

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
Krisestab HOD  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:  
Vår ref.: 22/7133-17  
Saksbehandler: Kristiane Bugge Dugstad  
Dato: 10.03.2022

## Svar på oppdrag 637 - Anbefalinger om testing

Vedlagt følger HelseDirektoratets svar på dette oppdraget.

### Oppsummering:

- Testing på klinisk indikasjon kan defineres som at lege, basert på sykehistorie, symptomer og tegn hos en person som søker helsehjelp, finner at testing for og påvisning av covid-19 vil ha betydning for klinisk vurdering, behandling og/eller oppfølging.
- HelseDirektoratet anbefaler at vi avslutter symptombasert testing ut fra smittevernformål, og går over til testing på klinisk indikasjon.
- Overgang til testing på klinisk indikasjon forutsetter god informasjon til publikum og aktørene i helsetjenesten, først og fremst fastleger og legevakt.
- Tidspunktet for overgang til testing på klinisk indikasjon bør settes 14 dager etter regjeringens beslutning slik at det kan gjennomføres gode informasjonstiltak. Det planlegges informasjonskampanjer rettet mot befolkningen og fagpersonell.
- Tilbudet ved de kommunale teststasjonene opprettholdes til 1. mai for å bidra til at fastleger og legevakt ikke overbelastes i en overgangsperiode og til smittetrykket er på et lavere nivå enn i dag.
- Kommunene bør fortsatt tilby gratis utdeling av antigen hurtigtester til befolkningen fram til 1. september.
- Personer i risikogrupper, eller som har kontakt med personer med risiko, bør ha tilgang til gratis antigen hurtigtester ut 2022. Dette gjelder også for personer som kan ha nytte av antivirale legemidler, når de måtte bli tilgjengelige.
- Det er ikke lenger behov for at alle som tester positivt ved antigen hurtigtest skal ta bekreftende prøver for PCR-analyse.
- HelseDirektoratets vurdering er at retten til testing til koronasertifikat eller test som tas rett før avreise må vurderes som et velferdstilbud for reisende, det vil si at det ikke regnes som nødvendig helsehjelp. Dersom den politiske vurderingen konkluderer med at kommunene skal tilby testing til koronasertifikat eller test tatt rett før avreise vil dette påvirke spørsmålet om hvor lenge kommunen skal opprettholde testtilbud på

teststasjoner. Dersom kommunene ikke skal tilby test til koronasertifikat eller test rett før avreise kan kommunene avvikle teststasjonene i utgangen av april.

- Helsedirektoratet og FHI anbefaler at kommunene får informasjon om overgang til klinisk testing to uker før overgangen trer i kraft, slik at de kan forberede seg og informere egne ansatte, forberede endring av informasjon på nettsider mm.
- Vi foreslår at Helsedirektoratet og FHI får i oppdrag å utarbeide en felles plan for informasjon til kommuner, fastleger og befolkningen og gjennomføre tiltakene i denne planen. En skisse til kommunikasjonsplan er lagt ved (vedlegg 2)

Svaret på oppdraget er utarbeidet i dialog og på grunnlag av faglige underlag fra Folkehelseinstituttet (FHI) mottatt 9. mars. Underlaget fra FHI finnes også som eget vedlegg.

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.  
direktør

Trude Andreassen  
seniorrådgiver

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

Kopi:  
FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd Utbrudd

# Svar på covid-19 oppdrag 637 fra HOD – Anbefalinger om testing

## Oppsummering

- Testing på klinisk indikasjon kan defineres som at lege, basert på sykehistorie, symptomer og tegn hos en person som søker helsehjelp, finner at testing for og påvisning av covid-19 vil ha betydning for klinisk vurdering, behandling og/eller oppfølging.
- Helsedirektoratet anbefaler at vi avslutter symptombasert testing ut fra smittevernformål, og går over til testing på klinisk indikasjon.
- Overgang til testing på klinisk indikasjon forutsetter god informasjon til publikum og aktørene i helsetjenesten, først og fremst fastleger og legevakt.
- Tidspunktet for overgang til testing på klinisk indikasjon bør settes 14 dager etter regjeringens beslutning slik at det kan gjennomføres gode informasjonstiltak. Det planlegges informasjonskampanjer rettet mot befolkningen og fagpersonell.
- Tilbudet ved de kommunale teststasjonene opprettholdes til 1. mai for å bidra til at fastleger og legevakt ikke overbelastes i en overgangsperiode og til smittetrykket er på et lavere nivå enn i dag.
- Kommunene bør fortsatt tilby gratis utdeling av antigen hurtigtester til befolkningen fram til 1. september.
- Personer i risikogrupper, eller som har kontakt med personer med risiko, bør ha tilgang til gratis antigen hurtigtester ut 2022. Dette gjelder også for personer som kan ha nytte av antivirale legemidler, når de måtte bli tilgjengelige.
- Det er ikke lenger behov for at alle som tester positivt ved antigen hurtigtest skal ta bekreftende prøver for PCR-analyse.
- Helsedirektoratets vurdering er at retten til testing til koronasertifikat eller test som tas rett før avreise må vurderes som et velferdstilbud for reisende, det vil si at det ikke regnes som nødvendig helsehjelp. Dersom den politiske vurderingen konkluderer med at kommunene skal tilby testing til koronasertifikat eller test tatt rett før avreise vil dette påvirke spørsmålet om hvor lenge kommunen skal opprettholde testtilbud på teststasjoner. Dersom kommunene ikke skal tilby test til koronasertifikat eller test rett før avreise kan kommunene avvikle teststasjonene i utgangen av april.
- Helsedirektoratet og FHI anbefaler at kommunene får informasjon om overgang til klinisk testing to uker før overgangen trer i kraft, slik at de kan forberede seg og informere egne ansatte, forberede endring av informasjon på nettsider mm.
- Vi foreslår at Helsedirektoratet og FHI får i oppdrag å utarbeide en felles plan for informasjon til kommuner, fastleger og befolkningen og gjennomføre tiltakene i denne planen. En skisse til kommunikasjonsplan er lagt ved (vedlegg 2)

Svaret på oppdraget er utarbeidet i dialog og på grunnlag av faglige underlag fra Folkehelseinstituttet (FHI) mottatt 9. mars. Underlaget fra FHI finnes også som eget vedlegg.

## Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

### **Oppdrag 637 Anbefalinger om testing**

#### **Bakgrunn**

Den 12. februar ble de fleste nasjonale tiltakene mot covid-19 fjernet, men noen nasjonale råd og anbefalinger er videreført, herunder råd om å være hjemme når man er syk og testing av voksne ved symptomer. Det ble i oppdrag 626 skissert at disse rådene kunne lettes på etter noen få uker. I svar på oppdrag 618B ga etatene en anbefaling om å etter hvert gå over fra symptombasert testing til klinisk testing. For å kunne gå over til klinisk testing ble det påpekt

at dette blant annet avhenger av hvor i smittebølgen vi står. Det er ønskelig at kommunene fortsatt har et testtilbud til befolkningen, i tillegg til tilbud hos fastlege og ved legevakt ut april 2022. Det vises også til oppdrag 610 om strategi og beredskapsplan.

### **Oppdrag**

HOD ber Hdir i samarbeid med FHI om å

- basert på en løpende vurdering, gi en anbefaling om tidspunkt for overgang til klinisk testing for hele befolkningen og dermed også gå bort fra rådet om å være hjemme fire dager ved påvist covid-19-smitte.
- vurdere innretningen på testtilbudet i kommunal regi i tillegg til hos fastlege og ved legevakt
- vurdere type testtilbud vi bør ha til dem som trenger koronasertifikat til reise (gjennomgått sykdom eller negativ test før avreise), og utarbeide informasjon for test ved reise og test til koronasertifikat
- vurdere behovet for bekreftende PCR
- belyse hvilke konsekvenser overgang til klinisk testing kan ha for kommunene, herunder fastleger og legevakt. Det bes om at det gjennomføres dialog med Statsforvalterne, kommuner og andre relevante aktører for å kartlegge tidspunkt for når kommunene er klare for å iverksette skissert endring av teststrategi. Herunder skal kapasitet hos fastleger og i legevakt vurderes spesielt
- utarbeide test-kriterier etter overgang til klinisk testing og utarbeide råd til personer som får påvist covid-19
- utarbeide egne råd og testkriterier til pasientgrupper med økt risiko for utvikling av alvorlig sykdom, og derfor behov for å iverksette medikamentell behandling tidlig.

Frist: fortløpende og senest 10. mars 2022

Vi ber om at kontaktperson for oppdraget i etatene inngår i svaret på oppdraget.

Kontaktpersoner i HOD:

Siri Helene Hauge [siri-helene.hauge@hod.dep.no](mailto:siri-helene.hauge@hod.dep.no)

Øystein Ellingsen [oystein-gjeset.ellingsen@hod.dep.no](mailto:oystein-gjeset.ellingsen@hod.dep.no)

Kontaktperson i Helsedirektoratet:

Trude Andreassen [tan@helsedir.no](mailto:tan@helsedir.no)

Marie Thoresen [marie.thoresen@helsedir.no](mailto:marie.thoresen@helsedir.no)

## Bakgrunn

TISK (testing-isolasjon-smittesporing-karantene) har vært en av bærebjelkene i pandemihåndteringen for SARS-CoV-2 siden våren 2020. Det har vært vesentlig at utbrudd kunne oppdages lokalt på et tidligst mulig tidspunkt for så raskt å kunne slås ned. For å få til dette har det vært vesentlig å etablere en god testkapasitet, smittesporer alle nærkontakter og raskt sette smittede personer i isolasjon og nærkontakter i karantene. Målet med TISK har vært at det skal være så effektivt at det kan erstatte mer inngripende og kostbare tiltak, både for enkeltmennesker og for samfunnet. TISK-arbeidet har i stor grad vært gjennomført med tett oppfølging fra helsetjenesten, og strategien har vært effektiv og med god etterlevelse i befolkningen.

Pandemien preges nå av at omikronvarianten av SARS-CoV-2 er mer smittsom enn tidligere varianter, men samtidig gir lavere risiko for alvorlig sykdom. Vaksinasjon gir noe dårligere beskyttelse mot smitte med omikronvarianten sammenlignet med andre virusvarianter, men gir god beskyttelse mot alvorlig sykdom hos de aller fleste. Vaksinasjonsgraden i Norge er høy. De siste ukene er det innført nye råd og anbefalinger som omfatter de ulike delene i TISK-strategien. Regjeringen bestemte den 25. februar 2022 at barn og unge til og med videregående skole ikke lenger anbefales test ved symptomer på covid-19, men at de skal testes på klinisk indikasjon etter vurdering fra lege. For alle personer over 19 år anbefales fortsatt test ved symptomer. Overgang fra symptomatisk testing til testing på klinisk indikasjon vil ha følger for:

- kommunenes organisering av testaktiviteten, blant annet leie av lokaler og kontrakt med ansatte
- legevakt og fastleger som må overta testingen av pasienter med tegn på sykdom
- informasjon til kommuner, allmennleger og befolkningen, blant annet om bruk av selvtesting
- beredskapstiltak for å sikre at kommunene kan starte testing ved eventuell økt smitte og/eller en virusvariant som gir økt sykdom
- organisering av testtilbud hvor formålet hverken er smittevern faglig eller klinisk begrunnet, men hvor test er avgjørende for andre formål som ved reise (koronasertifikat).

I oppdrag 610 anbefaler Helsedirektoratet at kommunen beholder en testrigg slik at de til enhver tid kan teste 1 % av befolkningen med PCR og ha beredskapsplaner for å oppskalere testing til 5 % av befolkningen i løpet av 2-4 uker. Helsedirektoratet anbefaler i tillegg at kommunene har et beredskapslager av selvtester tilsvarende 2 tester per innbygger. Videre anbefaler Helsedirektoratet at spesialisthelsetjenesten har kapasitet for å kunne gjennomføre PCR-analyser tilsvarende dette, og har mulighet til å øke PCR kapasiteten og kapasiteten til sekvensering ved en eventuell ny smittebølge eller oppdagelsen av nye bekymringsvarianter.

I oppdrag 617 vurderte Helsedirektoratet at flere grunner talte for at covid-19 på det tidspunktet fortsatt burde inngå i forskrift om allmennfarlig smittsom sykdom. Det ble vist til beredskapshensyn i kommuner og dagens utforming av de økonomiske rettighetene. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet vurderte også at covid-19-epidemien ikke lenger representerte et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, men at denne vurderingen var avhengig av en konkret vurdering av hvilke tiltak det var behov for.

I oppdrag 618 anbefalte Helsedirektoratet overgang til symptombasert testing for alle. Det ble også drøftet hvor lenge symptomatisk testing burde opprettholdes. Det ble da foreslått å gjøre en ny vurdering for overgang til testing på klinisk indikasjon om 3-4 uker når vi hadde fått mer kunnskap om utviklingen i omikronbølgen, og når vi hadde fått sikret at testsystemer som ivaretar befolkningens behov var på plass. Uansett valg av teststrategi fremover, ble informasjon til befolkningen om at vi er i ferd med å gå over til testing kun på klinisk indikasjon beskrevet som viktig. Det ble anbefalt at ved overgang til testing på klinisk indikasjon vil det være naturlig å ha en anbefaling om å holde seg hjemme når man er syk tilsvarende som for andre infeksjoner. I en overgangsfase mens smitten er høy, vurderte Helsedirektoratet at ansatte og besøkende i helse- og omsorgstjeneste og eventuelt andre kritiske funksjoner burde anbefales fortsatt å ha lav terskel for symptombasert testing. I en normal hverdag skal det i utgangspunktet ikke være behov for testing av smittevern hensyn. SARS-CoV-2 vil fortsatt være til stede, men det er et mål at denne skal håndteres av helsetjenesten på linje med andre sykdommer.

Ved overgang til testing på klinisk indikasjon vil det fortsatt være et behov i befolkningen for å få bekreftet eventuell SARS-CoV-2-smitte for koronasertifikat før reiser. EUs koronasertifikat gir en gyldighetsperiode på 180 dager ved bekreftelse av smitte med PCR-analyse eller antigen hurtigstest til profesjonelt bruk. Det vil også være et behov for å bekrefte negativt prøvesvar fra PCR eller antigen hurtigstest tatt på teststasjon for test tatt i løpet av siste 72 timer. Behovet for kapasitet til bekreftende PCR-analyser vurderes i oppdraget, både med tanke på indikasjonen for å følge opp personer med symptomer samt hvilken kapasitet som må sikres for PCR-analyser til testing for koronasertifikat. Testing til koronasertifikat er vesentlig så lenge det vil være behov for å dokumentere smittestatus ved reise. HOD er forespurt om utsiktene til videre bruk av koronasertifikat de kommende månedene.

Rutiner for bekreftelse av positiv selvtest med PCR-analyse ble endret i januar 2022 etter økt smittetrykk og stor belastning på kommuner og laboratorier. Bekreftende PCR anbefales nå ikke til personer som har mottatt oppfriskningsdose, eller til personer som har mottatt to vaksinedoser og deretter gjennomgått covid-19 i løpet av de siste 3 månedene. Enkelte grupper er fortsatt anbefalt PCR-test eller antigen hurtigstest til profesjonelt bruk, enten for medisinskfaglige grunner eller for testing til koronasertifikat. Barn og unge opp til videregående skole anbefales ikke bekreftende test unntatt for å få sykdom registrert i MSIS av hensyn til senere vaksinerings eller til koronasertifikat.

Helsedirektoratet har i flere tidligere oppdrag beskrevet behovet for god informasjon og kommunikasjon til befolkningen og kommunene ved overgang til testing på klinisk indikasjon. Vi må forvente at det tar noe tid før

befolkningen og kommune har tilpasset seg en situasjon der covid-19 skal håndteres på lik linje med andre luftveisinfeksjoner. FHI og Helsedirektoratet har utarbeidet en enkel skisse til kommunikasjonsplan som ligger ved dette svaret (vedlegg 2). Vi anbefaler at FHI og Helsedirektoratet får i oppdrag å utvikle og gjennomføre kommunikasjons tiltak inkludert en kommunikasjonspakke til kommunene og en kampanje som gjennomføres i dagene før overgangen til klinisk testing. Egne råd og testkriterier til pasientgrupper med økt risiko for utvikling av alvorlig sykdom, og derfor behov for å iverksette medikamentell behandling tidlig ligger ved som vedlegg 3.

### Dialog med Statsforvalter, kommuner og andre aktuelle aktører

Direktoratet er i oppdraget bedt om å *gjennomføres dialog med Statsforvalterne, kommuner og andre relevante aktører for å kartlegge tidspunkt for når kommunene er klare for å iverksette skissert endring av teststrategi.*

#### Prosess

Helsedirektoratet har ukentlige møter med landets Statsforvaltere i samarbeid med Direktoratet for sikkerhet og beredskap (DSB). Informasjon om oppdrag 637 ble inkludert i disse møtene i uke 9 og 10. Statsforvalterne ble også bedt om å rapportere skriftlig etter dialog med sine kommuner i uke 10 på spørsmål relatert til oppdraget. Skriftlige tilbakemeldinger ble sendt inn fra Statsforvalterne i Nordland, Trøndelag, Vestland, Rogaland og Oslo og Viken fylker; flere av de andre embedene rapporterte om for kort frist for å få innhentet gode innspill fra kommuner.

Helsedirektoratet avholdt også et eget møte om oppdraget med et utvalg referansekommuner hvor kommunene Bodø, Bærum, Kinn, Stavanger og Vang i Valdres deltok. Skriftlig innspill ble mottatt fra Stavanger kommune i forkant av møtet, og flere kommuner ga sin muntlige tilslutning til dette underveis i møtet. I tillegg har Helsedirektoratet mottatt skriftlige og muntlige innspill fra TISK-prosjekt- og styringsgrupper ved kommunerepresentanter, KS og representanter for laboratorier i regionale helseforetak.

Helsedirektoratet avholdt møte med Legeforeningen 3.3.22. Representanter fra Norsk forening for allmenntilleggsmedisin (NFA), Allmennlegeforeningen og Norsk samfunnsmedisinsk forening (NORSAM) var til stede. Skriftlig innspill ble også mottatt fra Legeforeningen i etterkant av møtet. Folkehelseinstituttet har vært med på alle møter med kommuner, Statsforvaltere og Legeforeningen, og har også fått tilgang til alle skriftlige innspill underveis.

#### Kort oppsummering av innspill

Detaljert oppsummering av innspillene fra Statsforvaltere, kommuner, Legeforeningen og andre finnes i vedlegg 1.

Helsedirektoratet mottok mange gode og informative innspill underveis i arbeidet med oppdraget. Mange kommuner, og også Legeforeningen, løftet frem at det er viktig med presisering av at testing på klinisk indikasjon dreier seg om test som tas når en person søker helsehjelp, og hvor påvisning av sykdommen har noe å si for vurdering, behandling og/eller oppfølging. Testing for covid-19 som gjøres av fastleger/legevakt bør ikke brukes til administrative formål, slik som sykemelding, bekreftelse av fravær, til koronasertifikat mv. Det vil belaste fastlegetjenesten på en uheldig måte. Det er ønskelig med tydelige nasjonale føringer til kommunene.

Det er bred enighet om at tidspunktet for overgang til testing på klinisk indikasjon kan være snart, eventuelt når smittesituasjonen er noe forbedret. Men det må være nok tid til forberedelser, informasjonstiltak osv. slik at befolkningen og helsepersonellet er trygge på hva som skal skje. Det er en stor overgang for befolkningen å gå fra et testregime hvor alle med symptomer oppfordres til å teste seg, til at det kun testes når en er såpass syk at det er behov for helsehjelp. Denne endringen vil ta tid. Plikten en kommune har til å tilby testing ved reiser og koronasertifikat må avklares. Det kommer tydelig frem at ingen ønsker at denne typen testing legges til fastleger eller legevakt. Enkelte større kommuner er tydelige på at de mener denne type testing ikke er helsehjelp og bør overlates i sin helhet til private aktører. Dette nyanseres ved at det også nevnes at de fleste kommunene i Norge, spesielt utenfor byer mv., ikke har noen aktuell privat aktør og at kommunen bør ha et tilbud som sikrer lik tilgang for alle til å bevege seg over grenser. Det samme avklaringsbehovet gjelder spørsmål om økonomisk dekning av kommunenes utgifter. Flere spiller

inn behovet for en overgangsfase med kommunalt teststasjonstilbud og selvtester, for å unngå press på fastleger og la nytt testregime synke inn hos befolkningen.

Innspillene fra Statsforvaltere, kommuner og andre relevante aktører er skjematisk fremstilt i Figur 1.

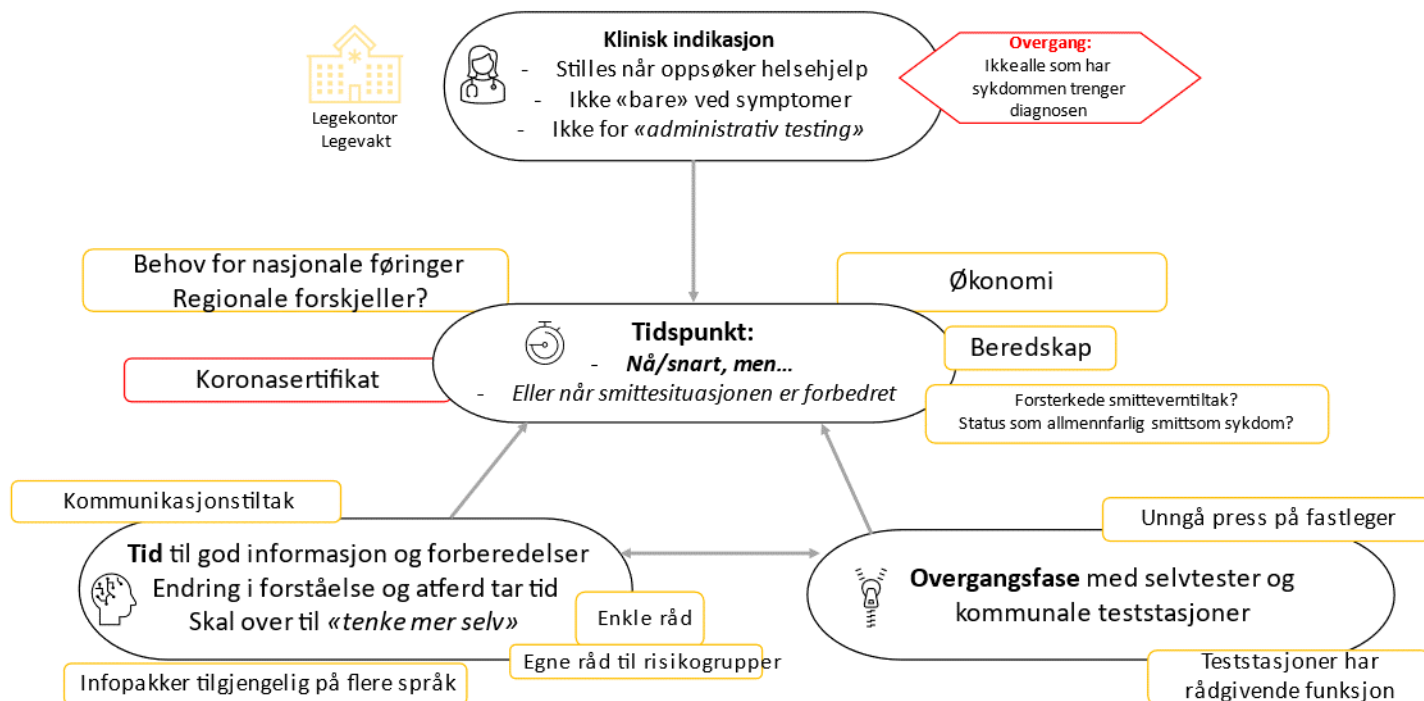


Fig 1. Skjematisk oppsummering av innspill fra Statsforvaltere, kommuner og andre relevante aktører.

## Andre relevante oppdrag

580 – Ny vurdering av TISK-strategien

590 – Om helhetlig vurdering av situasjonen og vurdering av behov for justering i nasjonale smitteverntiltak

593 – Oppfølging av hurtigtester

603 – Smittekarantene og testregime

604 – Regulering av arrangementer og serveringssteder ut fra vaksinasjonsstatus (*delene om koronasertifikat*)

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

613 – Prioritering av analysekapasitet

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

618A og B - Vurdering av bruken av TISK fremover og lengden på isolasjonstiden

619 – Råd og anbefalinger

620 – Overvåkning av covid-19

626 – Vurdering av situasjon og tiltaksnivå

## Faglig underlag fra Folkehelseinstituttet

### Oppsummering

#### Klinisk testing

- Testing på klinisk indikasjon (klinisk testing) betyr at det er legen (hovedsakelig i den kommunale helse og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten) som overtar vurderinger av om det er behov for SARS-CoV-2-test etter en helhetsvurdering basert på sykehistorie og klinisk undersøkelse.
- Overgang til klinisk testing for hele befolkningen bør skje så snart som mulig og når overgangen er praktisk gjennomførbart for kommunene.
- Befolkningen rådes til å kontakte lege når en har behov for legetilsyn som ved andre luftveisinfeksjoner.
- Befolkningen kan etter overgangen ha et ønske om å finne ut av om de har covid-19 ved lette/moderate symptomer, der de vanligvis ikke hadde søkt helsehjelp. FHI anbefaler at det gjøres helhetsvurderinger av om det i en overgangsperiode bør deles ut selvtester til befolkningen for å møte dette behovet. Mange vil nok også gå til innkjøp av selvtester på apotek eller lignende. Tilgjengelighet av selvtester vil sannsynligvis bidra til å minske belastningen på primærhelsetjenesten.
- Det vil være viktig med god kommunikasjon ut til befolkningen og kommunene/helsetjenesten om at vi nå er i en fase der det er riktig med en normalisering av håndteringen, der selvtester og bekreftende PCR-tester/profesjonelt tatt antigen-hurtigtester ikke lenger er nødvendig med mindre det er behov for test for koronasertifikat.

### Rådgivning

- Befolkningen rådes til å kontakte lege ved når en har behov for legetilsyn.
- Råd ved positiv selvtest vil være det samme som de generelle rådene ved nyoppståtte luftveissymptomer. FHI har utarbeidet konkrete publikumsråd som ligger vedlagt besvarelsen.
- Egne råd om testing og egne råd ved positiv test kan gjelde for ansatte, pasienter og beboere for å hindre smitte inn i helse- og omsorgstjenesten. Dette bør tilpasses lokale forhold. Rådgivning fra nasjonale myndigheter til helse- og omsorgstjenesten og samarbeid om utforming av råd vil foregå som tidligere i kjente kanaler.
- Bekreftende testing for registrering i MSIS ansees ikke lenger medisinsk faglig nødvendig; verken for smittevern hensyn eller i forbindelse med kliniske vurderinger.
- Personer med enkelte underliggende sykdommer eller tilstander vil kunne ha betydelig økt risiko for alvorlig forløp og død ved covid-19, slik de kan ha ved andre infeksjonssykdommer. De bør som ellers rådføre seg med egen lege om risiko og nødvendighet av skjerming i perioder med mye smitte.

### Testberedskap for smittevernformål

- Selvtester vil være en viktig grunnberedskap dersom det blir behov for oppskalering av testkapasiteten for smittevernformål. Kommunene bør også ha planer for reetablering evt. oppskalering av testtrigger. Dette må ses i sammenheng med beredskap i laboratoriene.
- Frem til sommer 2023 bør det være nok selvtester og profesjonelle hurtigtester på lager.
- Dersom man ønsker å ha beredskap for Scenario 4 (verste antatt utfall, lite sannsynlig), kan det være nødvendig med oppskalering av NAT-kapasitet til 1-2% av befolkningen innen 3-5 uker. Det bør foreligge planer for oppskalering av personalressurser både ved laboratoriene og ved de kommunale teststasjoner. Dette kan innrettes også utenfor de kliniske mikrobiologiske laboratoriene, for eksempel private aktører.
- Selvprøvetaking bør være foretrukket metode for store deler av teststrategiene, både antigen-hurtigtest og NAT (spytttester og selvtest med pinne til PCR-analyse).

### Testing for koronasertifikat

- Testing for koronasertifikat bør ikke belaste legekontorer og legevakter.
- Det bør finnes et testtilbud for testing til koronasertifikat så lenge Norge har forpliktet seg til denne ordningen. Positiv test som dokumentasjon på gjennomgått covid-19 gir «recovery certificate» og påvirker



antallet vaksinedoser som kreves i grunnvaksinasjonen for å få gyldig koronasertifikat. For øyeblikket er det mest aktuelt for uvaksinerte, delvaksinerte og grunnvaksinerte uten oppfriskningsdose, dvs. hovedsakelig personer under 45 år.

- Ved en overgang til testing kun på klinisk indikasjon, vil det bli en særlig utfordring å skille covid-19-infeksjon fra andre luftveisinfeksjoner, og det vil være vanskeligere for innbyggerne å vite når de trenger å teste seg for å dokumentere covid-19 i et koronasertifikat.
- Enkelte land krever negativ test relativt kort tid før innreise (for noen land gjelder det uavhengig av gyldig koronasertifikat) kjent som "fit for flight"-test.
- Det bør også vurderes om det skal være et kommunalt ansvar å opprettholde testtilbud for koronasertifikat, eller om det er mer hensiktsmessig at andre aktører tilbyr denne tjenesten.

## Helsedirektoratets vurderinger og drøftinger

### Testing på klinisk indikasjon

Testing på klinisk indikasjon kan defineres som at lege, basert på sykehistorie, symptomer og tegn hos en person som søker helsehjelp, finner at testing for og påvisning av covid-19 vil ha betydning for klinisk vurdering, behandling og/eller oppfølging.

Helsedirektoratet legger denne definisjonen til grunn i vår oppdragsbesvarelse.

### Tidspunkt for overgang til test på klinisk indikasjon

Folkehelseinstituttet (FHI) anbefaler i sin oppdragsbesvarelse at overgang til testing på klinisk indikasjon kan skje så snart som mulig og når overgangen er praktisk gjennomførbar for kommunene. De beskriver at test av smittevernhensyn ikke lenger er nødvendig for de fleste, og at anbefalingen om å holde seg hjemme i fire dager ved positiv test, gir et større sykefravær enn om man går over til å holde seg hjemme når man er syk uansett om man har covid-19 eller en annen luftveissykdom. Helsedirektoratet støtter dette og er enig i at vi av rene smittevernhensyn kan gå over til test på klinisk indikasjon umiddelbart. Imidlertid er det en rekke andre forhold enn smittevern som må være på plass før vi går over på test på klinisk indikasjon. Dette innebærer at tidspunktet må bestemmes ut fra andre vesentlige hensyn i saken:

- Når publikum er tilstrekkelig informert om hvordan de skal håndtere situasjonen og hvordan de skal oppføre seg ved tegn på covid-19.
- Når helsetjenesten, først og fremst fastleger og legevakt er tilstrekkelig informert om hvordan de skal håndtere situasjonen.

Både Helsedirektoratet og FHI vurderer og presiserer at det er nødvendig å planlegge overgangen til test på klinisk indikasjon på en god måte. Etter innspill fra tjenesten, som beskrevet ovenfor og som vist i vedlegg 1, anbefaler vi at informasjon til tjenestene om overgangen går ut minst 14 dager før den iverksettes, og etter at avklaringene som beskrives i denne besvarelsen, er gjennomført. Helsedirektoratet understreker at det er viktig at innspillene fra tjenesten om blant annet tidspunkt etterleves. Dette da både befolkning, kommunene, fastlegene og legevakten må få tid til å forberede overgangen på en god og kvalitetssikret måte.

Etter vurdering av smittevernhensynet og tilbakemeldingene fra tjenestene anbefaler Helsedirektoratet at vi nasjonalt går over til test på klinisk indikasjon rundt **den 1. april**. Dette vil gi nødvendig tid til tjenesten til å forberede denne overgangen. Kommunene bør få informasjon om den kommende endringen så snart som mulig med beskjed om når dette trer i kraft. Befolkningen bør få informasjon noen dager før overgangen.

## Innretning på testingen

Ved test på klinisk indikasjon vil det være lege som rekvirerer test i en lege/pasient-konsultasjon. Formålet med testingen er å bekrefte eller avkrefte mistanke om sykdom, der svaret får en konsekvens for videre vurdering, behandling og/eller oppfølging. FHI har skissert forslag til testkriterier i deres besvarelse. Hdir stiller seg bak disse testkriteriene.

Når vi er over på test på klinisk indikasjon vil legen rekvirere testing, enten med prøvetagning av materiale til PCR-analyse eller antigen hurtigtest til profesjonelt bruk. PCR vil være den mest utstrakte testmetoden på lik linje med prøvetaking for andre luftveisagens. Imidlertid kan det bli aktuelt med profesjonelt tatte antigenhurtigtester der for eksempel medikamentell behandling skal vurderes eller i situasjoner der det av andre grunner er vurdert som nyttig å ha raskt svar. Testing for reiseformål (bekreftelse av negativ test), testing ved ukomplisert sykdom fordi bekreftende prøve gir gyldig koronasertifikat eller andre årsaker til ønske om å få test, går i utgangspunktet ikke under denne definisjonen. Det kan imidlertid finnes grunner til at befolkningen fortsatt i en periode vil ha et testbehov som ikke går inn under definisjonen på testing på klinisk indikasjon.

## Behov for å bevare teststasjoner etter 1. april

I en overgangsfase, mens det fortsatt er mye smitte i befolkningen, kan det fortsatt være behov for å teste seg ved symptomer for enkelte grupper, inkludert ansatte og besøkende i helse- og omsorgstjenesten og eventuelt andre tjenester avhengig av betydningen av smitte inn på arbeidsplassen/inn i tjenesten. Grunnet store variasjoner i helse og omsorgstjenesten med tanke på risiko for smitte, anses det ikke som hensiktsmessig å ha generelle eller nasjonale råd for symptomatisk test for alle typer helsetjenester/-institusjoner. Lokale vurderinger anbefales og vil være viktige i tiden som kommer. Det kan også være behov for testing ved symptomer i forbindelse med ankomst av flyktninger, flyktningmottak eller liknende der mange personer bor tett sammen og det er ønskelig å begrense smittespredningen. Egne anbefalinger for flyktninger og flyktningmottak beskrives i andre oppdrag.

Vi forventer at det i en overgangsperiode vil være et behov i befolkningen om fortsatt å få vite om de er smittet med covid-19 eller ikke. Dette da befolkningen i over to år har blitt oppfordret og opplært til å teste seg både ved symptomer og etter nærkontakt med en smittet person. Testviljen sammen med folks innlærte vaner forventes og føre til en testetterspørsel i befolkningen, selv om det ikke anbefales test av smittevern hensyn. Det er dermed vurdert som viktig at vi i tiden etter at vi er over på test på klinisk indikasjon, har et godt testtilbud til befolkningen i en overgangsfase. Det anbefales også at selvtester tilgjengeliggjøres for bruk av befolkningen i denne fasen. Det må vurderes om testtilbudet i overgangsfasen skal være kommunalt eller privat. Dette vurderes og drøftes senere i denne besvarelsen.

Flere instanser har pekt på at det er hensiktsmessig at befolkningen i en overgang har tilgang på selvtester, både til egen vurdering og spesielt der det er grunn til å teste på grunn av kontakt med personer med økt risiko ved covid-19. Bruk av selvtester kan i en del tilfeller avklare situasjonen for personer som utvikler symptomer, slik at de ikke behøver å kontakte helsetjenesten, slik vi ser ved bruk av selvtester i dag. Personer i risikogrupper, eller som har kontakt med personer med risiko bør ha tilgang til gratis antigen hurtigtester ut 2022. Dette gjelder også for personer som kan ha nytte av antivirale legemidler, når de måtte bli tilgjengelige.

Det er fremdeles god tilgang på antigen hurtigtester og Helsedirektoratet mener kommunene bør legge til rette for fortsatt utdeling av tester til selvtesting, foreløpig til 1.september. Det er viktig å utvikle god informasjon til befolkningen og kommunene om dette.

Vi vet ikke hvor lang periode befolkningen trenger for å innrette seg etter råd om testing på klinisk indikasjon. Vi må ha god informasjon til publikum slik at vi unngår overbelastning med stor etterspørsel etter testing hos fastleger og legevakt.

Regjeringen har gitt melding om at kommunene skal opprettholde testtilbudet ut april. Spørsmålet er om hensynet til momentene som er nevnt over innebærer at vi trenger tilbud om teststasjoner også etter 1.mai. Kommunene er selvsagt fri til å organisere egen drift, inkludert teststasjoner, også etter 1. mai, men dersom vi gir kommunene et nasjonalt råd om å opprettholde testingen etter 1. mai vil det ventelig også innebære et spørsmål om forlenget statlig kompensasjon for merutgifter til håndtering av covid-19.

Behovet for videre drift av teststasjonene etter 1. mai vil også kunne påvirkes av krav til testing for koronasertifikat. I dag er ikke koronasertifikat i bruk innenlands i Norge og testing for koronasertifikat vil derfor ikke være begrunnet som del av kommunens oppgaver knyttet til smittevern. Spørsmålet om testing til koronasertifikat er likevel fremdeles aktuelt for de som skal reise til andre land i tillegg til at det fremdeles kreves negativt testresultat tatt kort tid før reise til flere land.

## Beredskap

Som ledd i beredskapen for å kunne møte økt smitte og/eller utvikling av et alvorligere sykdomsbilde ved nye virusvarianter bør vi sikre at det er mulighet for raskt å kunne iverksette tiltak som testing i primær og spesialisthelsetjenesten. Kommunene bør ha hurtigtester på eget lager, og vil også ha tilgang til tester som oppbevares på nasjonalt forsyningslager. I beredskapsplanen for smittevern bør det inngå en plan for rask omstilling til økt testing, basert på de erfaringene de har etter to års drift. For mer informasjon om beredskap vises det til oppdrag 610.

## Finansiering ved testing på klinisk indikasjon

For fastlege/legevakt vil testing på klinisk indikasjon kunne finansieres på lik linje med finansieringen i dag. Legen kan kreve takst for konsultasjon og test, og så lenge covid-19 er definert som en allmennfarlig smittsom sykdom så vil undersøkelse og test være fritatt egenandel for pasienten. Finansieringen av laboratorietjenestene vil også være tilsvarende som dagens regelverk.

Dersom det skulle bli stor pågang på fastlegetjenesten ved overgang til testing på klinisk indikasjon, vil behovet for å ta kveldstakst ved konsultasjoner etter kl. 16.00 kunne gjøre seg gjeldende. Det kan derfor være behov for å vurdere om det skal åpnes for bruk av kveldstakster i en midlertidig periode. Avhengig av nivået på smitten i samfunnet vil overgangen til testing på klinisk indikasjon kunne påføre fastlegene økt arbeidsmengde. Det kan også vurderes om det er behov for å gjeninnføre kveldstakster for fastlege ut fra smittevernhensyn. Dersom fastlegen har stor pågang av pasienter med covid-19, vil det ut fra smittevernhensyn være hensiktsmessig å samle pasientene til eksempelvis slutten av dagen, slik at man kan redusere risikoen for at også andre pasienter ved legekantoret blir smittet. Vi viser i den forbindelse til oppdrag 618 B og 626 der behovet for kveldstakst er vurdert.

## Testtilbud for de som trenger koronasertifikat til reise

Ved overgang til test på klinisk indikasjon vil det fortsatt være en del personer som har behov for å få utført en koronatest; enten for å dokumentere at man har gjennomgått en covid-19 infeksjon eller for å avkrefte at man er smittet med covid-19. Begge formålene med test vil kunne gi grunnlag for gyldig koronasertifikat ved innreise eller opphold i EU. EU har besluttet at regelverket knyttet til koronasertifikat skal opprettholdes ut første halvdel av 2023, men innreisereglene og bruk av koronasertifikat for hvert enkelt land kan variere.

Testing for koronasertifikat er ikke helsehjelp og må ikke belastes fastleger og legevakt.

Dersom det kommer en politisk bestemmelse om at kommunene skal tilby testing til koronasertifikat må dette også gi opplysning om premissene for testing. Skal dette være:

- Et tilbud i alle kommuner?

- Et tilbud til befolkningen uten egenandel?
- Et tilbud til befolkningen med egenandel til kommunen (for å dekke arbeidskostnader, lokaler og analyse i laboratoriet)?
- En oppgave som overlates til private aktører?

Helsedirektoratet ber HOD gi føringer for hvilke alternativer som skal utredes, slik at testing til koronasertifikat eventuelt kan organiseres sammen med videre drift av teststasjonene etter 1. mai.

#### Kommunens ansvar for test til koronasertifikat

Kommunene er i flere omganger siden 2020 oppfordret til å tilby testing til andre formål enn smittevern, dersom de har kapasitet til det.

- Kommunene er i brev sendt 23. januar fra Helsedirektoratet bedt om å tilby bekreftende PCR eller bekreftende antigen hurtigtest utført av helsepersonell til uvaksinerte og delvaksinerte personer uten oppfriskningsdose som har behov for koronasertifikat.
- Helsedirektoratet har informert kommunene om at kostnader til testing i forbindelse med utenlandsreise skal dekkes av den reisende. Kommunene kan, dersom de har kapasitet tilby testing til utenlandsreiser, som den reisende selv må betale for, prisen skal være til selvkost.
- Fra 1. februar ble det forskriftsfestet at kommunene skal tilby utskrift av koronasertifikat til personer uten tilgang til digitalt koronasertifikat dersom testen er utført på en kommunal teststasjon.

Ved overgang til klinisk testing vil behovet for å opprettholde testtilbudet for smittevernformål bortfalle, og mye av grunnlaget for å opprettholde et testtilbud utenfor den ordinære helsetjenesten (fastlege og legevakt) vil reduseres. Det er ikke lenger behov for at alle som tester positivt ved antigen hurtigtest skal ta bekreftende prøver for PCR-analyse. Tester som sendes til PCR-analyse etter overgangen vil kun være tester som er tatt fordi det foreligger klinisk indikasjon for påvisning av sykdommen covid-19 eller tester relatert til koronasertifikat. I uke 9 ble det utført rundt 100 000 PCR analyser. Dette antallet forventes å reduseres når vi går over til test på klinisk indikasjon. For testforbruk viser vi for øvrig til FHI sin besvarelse og deres tabell 1. Behovet for testing til koronasertifikat må besluttes om skal tillegges kommunale teststasjoner etter den 30. april, eller om denne oppgaven skal overføres til private testaktører.

#### Vurdering av behov for test til koronasertifikat fremover

Gjennom dialog og samtaler med kommuner og helsetjenesten er det en tydelig tilbakemelding på at behovet for fortsatt å kunne få utført test i forbindelse med reise vil være til stede også i perioden fremover. Tilbakemeldingene er også tydelige på at test for dette formålet ikke må belaste fastlege og legevakt. Helsedirektoratet har også mottatt tilbakemeldinger fra noen kommuner som mener testing til koronasertifikat ikke er helsehjelp, og at det ikke bør legges til kommunene å gjennomføre det. Samtidig er det spilt inn fra flere at mindre kommuner uten private testtilbydere bør kunne ha et kommunalt tilbud som er finansiert av myndighetene slik at det i praksis blir lik rett til å bevege seg over landegrensene uavhengig av hvor man er bosatt.

Det er vanskelig å si hvor stort behovet for testing til koronasertifikat vil være, men vi kan anta at en del ønsker å dra utenlands i sommerferien, og at det vil være en viss etterspørsel frem til høsten 2022. Det er også usikkerhet knyttet til hvor lenge de ulike landene vil opprettholde et krav om å fremvise koronasertifikat for besøkende fremover.

Så lenge det finnes bestemmelser om koronasertifikat og tilsvarende dokumentasjon vil det være et behov for å kunne tilby test i forbindelse med reise. Det blir da snarere et spørsmål om *hvordan* denne type testing skal finansieres og *hvem som skal ha ansvaret* for det, enn om det skal finnes et testtilbud.

Her vil det være flere alternativer som bør vurderes:

### *Test i regi av det offentlige – gratis eller mot egenbetaling*

Dersom et slikt testtilbud ikke skal belaste fastlege og legevakt må det etableres på annet vis. En mulighet kan være å beholde noe av den testtriggen som allerede finnes i de fleste kommuner. Alternativt kan mindre kommuner slå seg sammen om et slikt tilbud. Helsedirektoratet har i oppdrag 610 anbefalt at det for beredskapshensyn opprettholdes et visst testtilbud i kommunene (test tilsvarende 1 % av befolkningen som skal kunne oppskaleres til 5 % innen 3-6 uker). Kommunene har tidligere formidlet at dersom de skal opprettholde en viss testkapasitet i beredskap vil det kreve at det beholdes en grunnkapasitet dersom de skal klare å skalere testkapasiteten opp ved behov. En løsning kan være at denne grunnkapasiteten benyttes for å gi befolkningen et tilbud om test til koronasertifikat.

I tråd med fortalen til forordning 2021/953 oppfordres medlemsstatene til å sikre økonomisk overkommelige og bredt tilgjengelige testmuligheter for å sikre fri bevegelighet i EU. Dette taler for at det skal være et offentlig ansvar å sikre testing til koronasertifikat.

Om det skal være gratis eller om kommunene skal kunne kreve en egenbetaling er først og fremst et politisk spørsmål. Dersom det legges til grunn at testingen skal være gratis for innbygger, kan kommunen fortsette å få refusjon for testingen ved å kreve takst 701. Dette forutsetter imidlertid en videreføring av unntaket fra kravet om at lege er søkt for sykdom eller mistanke om sykdom, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege § 1 fjerde ledd. Det samme gjelder videreføring av poliklinikkforskriften § 1 tredje ledd, og forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter § 1 fjerde ledd.

Kommunene er tidligere informert om at det er anledning til å ta betalt for denne type testing, og at prisen skal være til selvkost. Dersom det offentlige skal kunne kreve betaling for en slik tjeneste, bør det vurderes om det skal opprettes et hjemmelsgrunnlag for gebyret innbygger avkreves. Det kan være noe tvil om det er behov for hjemmel siden dette er tale om tjenester som privatpersoner eller virksomheter ikke har rett til og kommunen ikke har direkte plikt til å yte. Når kommunen yter slike tjenester mot betaling, opptrer kommunen som ethvert annet rettssubjekt som selger varer eller tjenester. Det kan likevel være hensiktsmessig å gi kommunene en tydelig hjemmel slik at tvil omkring dette ikke er til stede. Det vil være viktig å sikre et tilnærmet likt prisnivå på tvers av kommuner for å sikre likebehandling. Selv om det legges til grunn at det offentlige har ansvaret for å tilby tjenesten, vil ikke det være til hinder for at kommunen inngår avtale med private aktører. Det kan også videreføres et helt privat tjenestetilbud hvor testing skjer mot full egenbetaling.

Det vil kunne være noe arbeid med å opprette et betalingssystem for kommunene for denne typen tjeneste.

### *Test i regi av det private – mot full egenbetaling*

Det finnes i dag flere private aktører som tilbyr test både med PCR analyser og antigen hurtigtester som kan benyttes for å dokumentere gyldig koronasertifikat. Prisen som disse aktørene tar, varierer avhengig av testmetode, men ligger i størrelsesorden mellom 1800 – 2500 nok per test. Etter EU-forordningens fortale er landene oppfordret til å tilgjengeliggjøre tester til bruk i koronasertifikat til en overkommelig pris. Det er usikkert om vi imøtekommer dette dersom test til koronasertifikat utelukkende skal egenfinansieres hos private aktører.

### *Test i regi av det private med finansiering fra staten*

Alternativt kan private aktører inngå avtale om test til dette formålet med staten og få et vederlag, eventuelt kombinert med at det betales en egenandel for tjenesten. En ordning med refusjon fra Helfo ble innført i forbindelse med testing til koronasertifikat til innenlandsbruk sommeren 2021. Det ble laget en egen forskrift (FOR-2021-06-10-1862) med hjemmel i smittevernloven. En slik løsning vil kunne tilfredsstille forpliktelsene som er gitt i forordningen for koronasertifikat. Tilgangen til testing vil med en slik løsning kunne variere da det vil være fri etableringsplikt og tilbudet vil være styrt av etterspørselen. Vi viser til vurderingene som er gjort i oppdrag 467.

## Helsedirektoratets konklusjon/ anbefaling

- Testing på klinisk indikasjon kan defineres som at lege, basert på sykehistorie, symptomer og tegn hos en person som søker helsehjelp, finner at testing for og påvisning av covid-19 vil ha betydning for klinisk vurdering, behandling og/eller oppfølging.
- Helsedirektoratet anbefaler at vi avslutter symptombasert testing ut fra smittevernformål, og går over til testing på klinisk indikasjon.
- Overgang til testing på klinisk indikasjon forutsetter god informasjon til publikum og aktørene i helsetjenesten, først og fremst fastleger og legevakt.
- Tidspunktet for overgang til testing på klinisk indikasjon bør settes 14 dager etter regjeringens beslutning slik at det kan gjennomføres gode informasjonstiltak. Det planlegges informasjonskampanjer rett mot befolkningen og fagpersonell.
- Tilbudet ved de kommunale teststasjonene opprettholdes til 1. mai for å bidra til at fastleger og legevakt ikke overbelastes i en overgangsperiode og til smittetrykket er på et lavere nivå enn i dag
- Kommunene bør fortsatt tilby gratis utdeling av antigen hurtigtester til befolkningen fram til 1.september
- Personer i risikogrupper, eller som har kontakt med personer med risiko bør ha tilgang til gratis antigen hurtigtester ut 2022. Dette gjelder også for personer som kan ha nytte av antivirale legemidler, når de måtte bli tilgjengelige
- Det er ikke lenger behov for at alle som tester positivt ved antigen hurtigtest skal ta bekreftende prøver for PCR-analyse.
- Helsedirektoratets vurdering er at retten til testing til koronasertifikat eller test rett før avreise må vurderes som et velferdstilbud for reisende, det vil si at det ikke regnes som nødvendig helsehjelp. Dersom den politiske vurderingen konkluderer med at kommunene skal tilby testing til koronasertifikat eller test rett før avreise vil dette påvirke spørsmålet om hvor lenge kommunen skal opprettholde testtilbud på teststasjoner. Dersom kommunene ikke skal tilby test til koronasertifikat eller test rett før avreise kan kommunene utvikle teststasjonene i utgangen av april.

## Vedlegg 1

### Innspill fra Statsforvaltere, kommuner, Legeforeningen og andre aktører

Helsedirektoratet har mottatt innspill om hvordan klinisk indikasjon for testing forstås, om tidspunktet for overgang til nytt testregime, mulige konsekvenser for kommunene og innspill på nødvendige avklaringer før en overgang. KS har ikke levert egen besvarelse, men har oppsummert til Helsedirektoratet basert på observasjon i møter at: *"Tilbakemeldingene (fra kommunene) ser ut til å være at de fleste er klare på å normalisere situasjonen nå, men at det må komme god kommunikasjon på det fra nasjonalt hold."*

I det følgende vil innspillene fra Statsforvaltere og kommuner oppsummeres etter disse temaene som har kommet frem:

- Klinisk indikasjon og testkriterier
- Behov for nasjonale råd og føringer
- *"Nå, men...":* Synspunkter på tidspunkt for endring, forslag om en overgangsfase, mulige konsekvenser og behov avklaringer
- Forberedelsestid før ikrafttredelse og nødvendige kommunikasjonstiltak

Oppsummeringen vil suppleres med sitater fra skriftlige innspill som belyser det som er spilt inn.

#### *Klinisk indikasjon og testkriterier*

Det er tilslutning til at testing på klinisk indikasjon i denne sammenhengen generelt betyr det samme som det gjør for andre tilstander og sykdommer. Nemlig at lege, basert på sykehistorie, symptomer og tegn hos en person som søker helsehjelp, finner at testing for og påvisning av covid-19 vil ha betydning for klinisk vurdering, behandling og/eller oppfølging. Det har kommet innspill på at det er behov for tydelige retningslinjer for *når* en person bør testes og når det *ikke* er behov dersom indikasjonene for covid-19-test er annerledes enn testing for andre luftveisagens generelt. Det er viktig at befolkningen forstår hva klinisk indikasjon er. Testing hos fastlege/legevakt skal være for de som trenger helsehjelp. Det å ha symptomer eller ha behov for sykemelding er ikke behov for helsehjelp i denne forbindelse. Det spilles inn at det må unngås at befolkningen ved denne overgangen kontakter fastleger og legevakt for såkalt *"administrativ testing"*, som behov for sykemelding, bekreftelse av årsak til fravær fra skole og testing til koronasertifikat, herunder både bekreftelse av positiv selvtest med test til PCR analyse og bekreftelse av negativ prøve.

Det spilles inn at det bør utformes spesiell informasjon og testkriterier til immunsupprimerte og andre risikogrupper som bør teste seg selv ved milde symptomer. Det ble også løftet frem i et møte med kommuner at samtidig er det et mindretall som er i risikogrupper, slik at generelt sett bør nasjonale regler være enkle og befolkningen bør beroliges.

Overgangen fra dagens testregime og over til testing på klinisk indikasjon betyr en stor overgang for befolkningen når ikke alle med sykdommen covid-19 skal få denne diagnostisert lenger. Det må skje et kognitivt skifte fra utbredt testing, til en mer normal hverdag hvor det er behovet for helsehjelp som styrer behovet for testing. God informasjon til befolkningen og god nok tid til denne overgangen er viktig.

Fra en kommune fikk vi dette oppsummerende innspillet:

*"Befolkningen må være godt informert slik at de forstår at de ikke trenger å teste seg ved alle symptomer lenger. Da kan de evt. bruke selvtester dersom de ønsker å vite det. De skal kun kontakte fastlegen/helsetjenesten hvis de trenger helsehjelp. Det må tydelig defineres at klinisk indikasjon ikke er det samme som symptomer, men at man må ha medisinsk hjelp. Det å trenge en sykemelding er ikke å definere som medisinsk helsehjelp."*

Det ble fremhevet at det er viktig og riktig å gå tilbake til normal håndtering av luftveissyke etter hvert, men at omstillingen kan ta tid.

#### *Behov for nasjonale råd og føringer*

Kommuner og Statsforvaltere har spilt inn at det er ønskelig med nasjonale føringer og råd til kommuneledelsen om hvordan og hvor lenge testkapasiteten skal opprettholdes. Det spilles også inn at det kan være aktuelt med et lokalt spillerom i tillegg til nasjonale føringer på grunn av regionale og lokale forskjeller i smittesituasjonen. I Oslo og Viken gjennomførte Statsforvalteren en digital spørreundersøkelse og fikk svar tilbake fra 65 % av kommunene i sine fylker. Til spørsmålet om behov for nasjonal føring svarte 31 av 33 kommuner at kommunen trenger nasjonalt råd om hvordan og hvor lenge de skal opprettholde testkapasiteten.

#### *"Nå, men...": Synspunkter på tidspunkt for endring, forslag om en overgangsfase, mulige konsekvenser og behov avklaringer*

I innspillene vi har fått er hovedinntrykket at kommuner mener at tiden nå snarlig er inne for overgang, og enkelte nevner at utbredt testing nå har liten praktisk eller klinisk konsekvens utover registrering av positivitet til koronasertifikat. Et Statsforvalterembete spiller inn at det ikke framstår forholdsmessig at dagens regime med egenbestilling av PCR-test skal belaste helsetjenesten i den grad som det gjør nå når helsenyttens synes liten. Dagens testregime understøtter heller ikke behovet for overvåkning av smittenivå. Helsetjenestene er fortsatt belastet og bør spare sin kapasitet til de som trenger helsehjelp. Det nevnes fra mange at man gjerne kan vente 2-4 uker med å innføre testing på klinisk indikasjon, slik at befolkningen og helsetjenesten er forberedt. Men at det da er veldig viktig at man bruker tiden på å informere innbyggere grundig om at man nå snur på anbefalingene og endrer hvordan man håndterer pandemien videre.

Det nevnes imidlertid flere "men" som nyanserer når riktig tidspunkt for overgangen er og hva som bør gjøres og avklares i forbindelse med endringene. I Oslo og Viken var det et flertall av kommuner som ønsket å avvende overgangen til smittebølgen er over, for eksempel med overgang til nytt testregime 1.mai-1.juni. Det nevnes at riktig tidspunkt for overgang er ved lavere smittetall enn nå, og når situasjonen har kommet så langt at testing kun har klinisk konsekvens og man ikke lenger har andre motivasjoner for testing.

Mange anbefaler at det legges inn en overgangsperiode med gradvis avvikling av vanlig testtilbud og at selvtester bør være tilgjengelig i en periode. Kanskje bør selvtester være tilgjengelig i en noe lenger periode enn ordinær kommunal teststasjon eksisterer, til behovet for testing er mye lavere og uten merbelastning på kommunale tjenester. Teststasjoner har også en rådgivende rolle og kan være viktige i en overgangsfase hvor det tar tid for befolkningen å endre atferd. I innspillene som kom fra kommunene via Statsforvalterne sto det nevnt at for legevakt og sykehus oppleves det som nyttig at pasienten har kjent koronastatus før kontakt med virksomhetene. Dette er kanskje et argument for at selvtester bør være tilgjengelig i en periode.

Fra en statsforvalter ble det oppsummert:

*"Dagens testregime bør avvikles og erstattes med test på klinisk indikasjon. Befolkningen trenger nok tid til å omstille seg fra dagens testregime til test på klinisk indikasjon. Det er derfor viktig at en avvikling skjer gradvis med en overgangsperiode, også for å unngå belastning på helsesektoren. Egenbestilling av bekreftende PCR/profesjonell hurtigtest bør være det som avvikles i første omgang, mens selvtest fortsatt er tilgjengelig for en periode."*



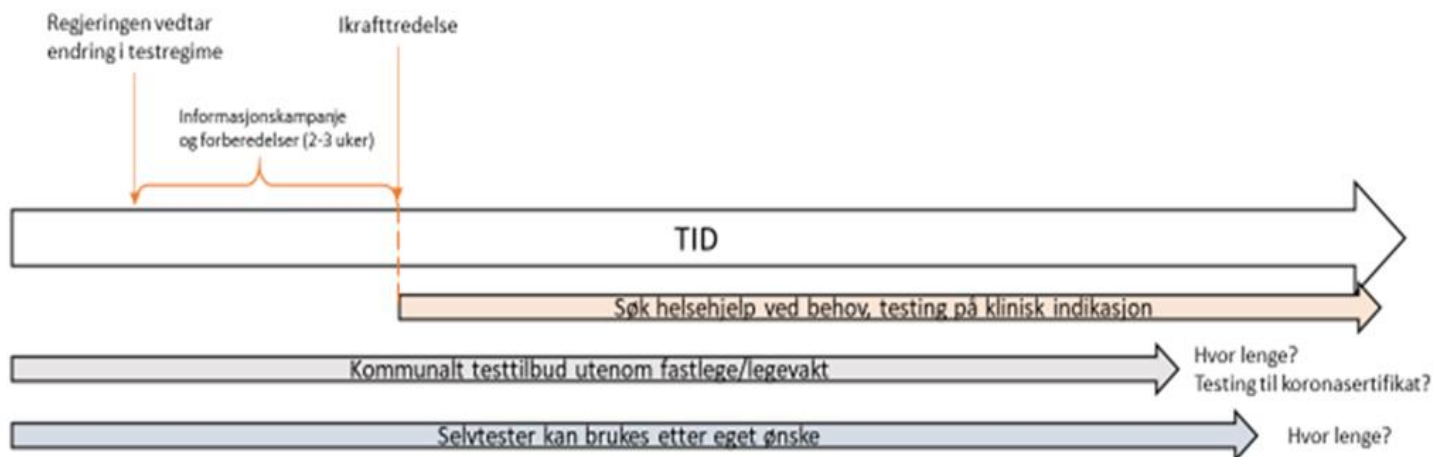


Fig.2 Modell for overgangen som kan skisseres ut ifra flere mottatte innspill

Et annet viktig tema som må avklares før det gjennomføres overgang til testing på klinisk indikasjon er kommunenes plikt til å ha et tilbud om eller en beredskap for testing til koronasertifikat. Det kommer tydelig frem at ingen ønsker at denne typen testing legges til fastleger eller legevakt. Enkelte større kommuner er tydelige på at de mener denne type testing ikke er helsehjelp og bør overlates i sin helhet til private aktører. Dette nyanseres i innspillene ved at det nevnes at de fleste kommunene i Norge, spesielt utenfor byer mv., ikke har noen aktuell privat aktør. Det nevnes også at mange vil ikke ha råd til testing i privat regi. Det spilles inn fra alle at tidspunktet for overgang fra dagens testregime til testing på klinisk indikasjon er tett knyttet opp mot regelverk for koronasertifikat.

Innspill fra en kommune om timing for overgang og sammenheng med koronasertifikatet:

*"..ein må sette endring litt fram i tid, alle brå endringar medfører mykje rabalder. Det vil ved ei slik endring kunne bli misnøye då det er sannsynleg at befolkninga vil sjå på dette som eit tap av tilbod. Så lenge reglane for reiser er som dei er (...) så vil det vere dei som ynskjer å ha ein positiv test registrert i sitt koronasertifikat."*

Flere av innspillene Helsedirektoratet har mottatt fremhever økonomi og finansiering som tema som trenger avklaring og nasjonale føringer. Dersom det fortsatt vil være behov for kommunale teststasjoner må det følge en økonomisk kompensasjon for kommunene. Flere kommuner stiller spørsmål ved om hvilke takster det vil være til bruk på legekontor og hvordan det blir med egenandeler, dersom covid-19 på et tidspunkt ikke lenger er en allmennfarlig smittsom sykdom. Det nevnes at sosiale forskjeller og kostnader ikke må bli avgjørende for når personer søker legehjelp. Det fremmes også at fastlegene må få tydelig regelverk med anledning til å sykemelde koronapasienter via e-konsultasjon/videokonsultasjon/telefon og at selvtest er tilstrekkelig grunnlag for å utløse sykemelding. Kommunene har også avtaler med enkeltpersoner og tilbydere om stillinger, utstyr og lokaler som det vil ta tid å avslutte. Det vil også kreve ressurser å dele ut selvtester hvis det fortsatt blir aktuelt. Det må avklares hvordan finansieringen av et eventuelt testtilbud til reiseførmål skal være hvis det legges til kommunen. Dersom en kommune skal ha stående beredskap for å skalere opp testing igjen er det behov for økonomisk forutsigbarhet.

Et innspill fra en Statsforvalter oppsummerer slik:

*"En videreføring av økonomiske støtteordninger for å sikre testkapasiteten er viktig i en periode hvor etterspørselen synker for å unngå at belastningen veltes over på fastlegeordningen og eventuelt legevakter. En må også ha en særlig oppmerksomhet rundt forhold der enkelte kommuner ser seg nødt til å opprettholde et kommunalt testtilbud på grunn av fastlegemangel mens andre kommuner overlater testing på indikasjon til fastlegene. Da må en være forsiktig med økonomiske støtteordninger som forskjellsbehandler."*

I dialogen med Helsedirektoratet kom det frem fra noen kommuner at de ønsker at covid-19 ved overgangen ikke lenger er en allmennfarlig smittsom sykdom, og at pasientene derfor kan håndteres som ved andre virusykdommer. Det er uansett status for sykdommen nødvendig med tydelige råd og anbefalinger fra nasjonale myndigheter om det er behov for særskilte smittevernstiltak eller andre praktiske håndteringer ved legekantor og legevakt. Det ble nevnt fare for at risikogrupper smittes på venterom dersom for mange søker testing samtidig.

En kommune nevner noe om konsekvenser ved overgang til testing på klinisk indikasjon:

*"Det vil ta vekk behovet for luftveislegevakt, og øke covid-positive vurderinger på fastlegekontorene, der en ikke vet om de er positive eller ikke. Det må derfor være i orden at dette er en vanlig luftveissykdom som har basale smittevern anbefalinger og ikke annet.*

De fleste nevner for Helsedirektoratet at en dårlig planlagt overgang med sviktende oppslutning i befolkningen kan få negative konsekvenser for fastlegetjenesten og legevakter. Fastlegeordningen er i press i mange kommuner og dette gir bekymring dersom overgangen til testing på klinisk indikasjon gjøres på feil tidspunkt eller uten at sentrale spørsmål er avklart. Det er ikke ønskelig fra noen at fastlegene blir involvert i reisetesting, eller blir sittende "som forreiskontor". Det ble også rapportert fra en Statsforvalter at:

*"Fastlegene rapporterer om mange forlengelser av sykmelding til covid syke - dersom dette fordrer (behov for bekreftelse av) positiv prøve, selv om det ikke innebærer konsekvens for behandling, vil det ytterligere øke pågang av luftveissyke pasienter på legekantorene."*

Flere nevner behovet for avklaringer rundt beredskap og hvilket testtilbud kommunene skal ha stående klar, og at det vil ta tid å bygge opp igjen et testtilbud når det er rigget ned. Det bes i ett innspill om at det fra nasjonalt hold kommer føringer om testberedskap, og om det er sannsynlig for eksempel at det vil være behov for stor testvirksomhet høsten 2022. Det er investert i testinfrastruktur som man ikke ønsker å bygge for raskt ned hvis det vil bli behov for den.

Når alt dette er sagt er det også innspill som nevner en viktig og mulig positiv konsekvens av overgangen:

*"Konsekvensar for befolkninga vil over litt tid primært vere ei sunn utvikling i retning mindre bekymring og ei normalisering av haldninga til luftvegsinfeksjonar."*

#### *Forberedelsestid før ikrafttredelse og kommunikasjonstiltak*

Et innspill fra et Statsforvalterembete oppsummerer skriftlig hva Helsedirektoratet også har hørt muntlig i møter med tjenestene i forbindelse med dette oppdraget:

*"Det er grunn til å tro at befolkningen vil trenge tid på å omstille seg (mer enn hva helsevesenet egentlig trenger) etter 2 år der testing ved hvert minste symptom har vært normen. Ønske om å vite, med størst mulig sikkerhet, hva som feiler en når en er syk er menneskelig. Vi må tåle å ikke alltid vite. Tid til omstilling tror jeg er en viktig faktor for å unngå ytterligere belastning på en ellers prøvet fastlegeordning."*

Det er viktig med tydelig kommunikasjon fra nasjonale myndigheter. De fleste kommuner spiller inn at de trenger tydelig varsel om endringer før de trer i kraft. Det må også legges inn god nok tid, og det anslås 2-3 uker, mellom kunngjøring av endringer, for eksempel på pressekonferanse, og iverksettelse av endringene. Det må lages enkle og gode flytskjemaer til bruk for innbyggere og helsepersonell. Det er ønskelig at det er klart ferdige informasjonspakker til både innbyggere og helsepersonell. Også på ulike språk. Det spilles inn at det bør være tilsvarende reklamekampanjer i denne overgangen som tidligere brukt i pandemien. Dette fremheves som viktig: "... da innbyggerne i 2 år har fått mye informasjon om å bare følge råd, anbefalinger og regler, og nå er man mer tilbake til at man skal ta vare sin egen helse og «tenke selv». Kommunene nevner at de også må ha nok forberedelsestid til å bestille utstyr og omorganisere/tilpasse drift.

## Innspill fra Legeforeningen

Legeforeningen fremhevet i møtet og i skriftlig innspill at det var ønskelig med overgang til testing på klinisk indikasjon snarlig/så raskt som mulig, men at det var svært viktig med en overgangsfase med opprettholdelse av en form for kommunalt testtilbud utenfor fastlegekontoret og legevakt slik at befolkningen får tid til å tilpasse seg. Fastlegeordningen er i en kronisk krise med mer enn nok å gjøre med sine vanlige oppgaver og Legeforeningen nevner at mange legevakter er underbemannet. Det er ikke ønskelig med stor pågang av folk som skal teste seg hos fastlegene eller på legevakt. Overgangsfasen bør vare til man ser at befolkningen har tilpasset seg ny situasjon. Informasjon ut til pasientene må være tydelig og god for at folk ikke oppsøker fastlegen unødvendig. Legeforeningen spiller også inn at mange i befolkningen står uten fastlege. Det kommunale testtilbudet bør opprettholdes i en periode også med tanke på dette. Anbefaling om overgang bør ikke være absolutt – det bør være mulig med lokale tilpasninger, selv om dette kan være vanskelig å kommunisere ut nasjonalt. Det ble i møtet diskutert at selvtesting ikke må trekkes tilbake i denne overgangsperioden. Kommunene må få dele ut de testene de har.

Ett innspill fra NFA var at det kan være positivt for enkelte grupper pasienter i risikogruppene at de må ha kontakt med lege ved symptomer etter overgangen, da det er en bekymring for at fastlegene ikke når disse pasientene med dagens testregime. Situasjonen er annerledes nå enn den har vært, vi har mer medikamentell behandling og enkelte grupper som bør henvises til behandling i spesialisthelsetjenesten. Det vil også bli aktuelt med oppstart av tablettbehandling i allmennpraksis som gjør at det er viktig for legene å komme i kontakt med de pasientene som dette er aktuelt for.

Legeforeningen nevner at det ved overgang til testing på klinisk indikasjon er viktig at covid-19 fremdeles har status som allmennfarlig smittsom sykdom. Det er i kontrast til enkelte av innspillene mottatt fra kommuner.

Legeforeningen fremhever:

*"Vi har holdt hele samfunnet nedstengt i lang tid pga. pandemien. Det vil være svært viktig at vi når alle med informasjon om hvem som har behov for testing og klinisk vurdering (testing). Tilbudet må være tilgjengelig for alle og uavhengig av sosial status, utdanning og økonomi, og dermed ikke utløse egenandeler. Det kan bli en terskel som gjør at de som behøver det mest ikke oppsøker legen for å bli testet. (...) Informasjonen må være slik at alle, uavhengig av helsekompetanse, i størst mulig grad selv kan ta riktig beslutning."*

Legeforeningen nevner også at fastlegene i dag får noe ekstra betalt for e-konsultasjoner, men ikke for å utvide vanlig åpningstid. Hvis utvidet åpningstider kreves ved overgang, bør kompensasjon med innføring av kveldstakst for covid-19-relatert arbeid revurderes. Disse takstene må være innført og med riktig nivå før overgangen.

Legeforeningen løftet frem at fastlegene eller legevakt ikke har kapasitet til å teste til reiseformål. Til slutt ble det i møtet diskutert at Legeforeningen gjerne bistår ved utforming av informasjon/råd til legene, og kan også være behjelpelig med å sende ut slik informasjon.

Oppsummering:

- Overgangsfase vurderes som ønskelig og nødvendig.
- Det bør opprettholdes et kommunalt testtilbud i en overgangsfase. Kommunene bør få dekket utgifter til dette.
- Belastning av fastlegene er spesielt viktig å ta hensyn til, men også legevakt.

## Andre innspill som er mottatt

Helsedirektoratet har mottatt innspill fra representanter fra regionale helseforetak og laboratorier i styringsgruppe for TISK. Det løftes frem i skriftlige innspill at det vil bli aktuelt med medikamentell behandling for risikogrupper, og at man fortsatt vil trenge PCR og variantscreening spesielt for risikogrupper og det er behov testing så tidlig som mulig i et sykdomsforløp og behov for raske svar. Det nevnes også at den aktuelle smittebølgen gir fortsatt økende innleggelsestall og det er betydelig sykefravær hos ansatte i helsetjenestene noe som belaster spesialisthelsetjenestene. Det anbefales at antallet innleggelser bør være fallende før man går over til testing på klinisk indikasjon. Det nevnes også at:

*"Elektronisk rekvirering, god tilgang til prøvetakingsutstyr og velfungerende logistikk er viktige premisser som må ivaretas."*

Et annet innspill går på at man bør vurdere å vente med overgangen til man ser at prøvemengden til PCR-analyse har gått ned og smittesituasjonen har roet seg, da vil pågangen på testing og informasjonsbehovet der ute muligens være redusert.

## Vedlegg 2. kommunikasjon

- Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har utarbeidet anbefalinger om kommunikasjon og skisse til kommunikasjonsplan sammen

### Anbefalinger

- Regjeringen og helsemyndighetene kommuniserer:
  - At overgangen fra dagens anbefalinger til nye anbefalinger skjer to uker etter politisk beslutning.
  - Hvorfor vi endrer anbefalingene om testing.
  - Enkle og tydelige anbefalinger om hva enkeltpersoner skal gjøre i ulike situasjoner.
  - At det gjelder egne anbefalinger for enkelte grupper og hvilke grupper dette gjelder.
- Kommunene får informasjon om overgang til klinisk testing to uker før overgangen trer i kraft, slik at de kan forberede seg og informere egne ansatte, forberede endring av informasjon på nettsider mm.
- Helsedirektoratet og FHI får i oppdrag å utarbeide en felles plan for informasjon til kommuner, fastleger og befolkningen om endringene i anbefalinger
- Helsedirektoratet og FHI utarbeider en informasjonspakke til kommunene som blir sendt ut samtidig med at kommunene får informasjon om overgangen til klinisk testing. Helsedirektoratet og FHI må ha noen dager på å utarbeide denne informasjonspakken.

### Skisse til kommunikasjonsplan – tiltak og tidspunkter

#### Gjennomgående informere om

- Råd til den alminnelige befolkningen
- Råd til særskilte grupper
  - Personer i risikogrupper
  - De som skal besøke personer i risikogrupper
  - Gravide og ammende
- Hva du trenger for å ha gyldig koronasertifikat

#### To uker før overgang til klinisk testing

- Informere kommuner og statsforvaltere i møte
- Pressekonferanse
- Nyhetssak på regjeringen.no og helsedirektoratet.no
- Sende informasjonspakke til kommunene
  - Informasjon om endringer
  - Forslag til tekst til kommunenes nettsider
  - Forslag til informasjon til de ansatte i helsetjenesten i kommunene
  - Tekstene sendes ut samtidig på nynorsk, bokmål, nordsamisk og engelsk

#### En uke før overgang

- Sette i gang kampanje

#### Ved overgang

- Oppdatere informasjon på FHI.no, Helsenorge.no, chatbot, informasjonstelefonen, helsedirektoratet.no og regjeringens nettsider

#### Forslag til budskap til befolkningen

## Overordna budskap

- Fra [dato] trenger du ikke lenger å teste deg for covid-19.
- Hold deg hjemme hvis du føler deg syk.
- Kontakt lege hvis du har behov for helsehjelp.
- Unngå kontakt med personer som har risiko for å bli alvorlig syke dersom du har nyoppståtte luftveissymptomer.
- Det gjelder egne anbefalinger for de som har økt risiko for å bli alvorlig syke med covid-19.
- Hvis du likevel har tatt en selvtest som viser at du har covid-19 gjelder de samme rådene om å holde seg hjemme hvis man føler seg syk.
- For test i forbindelse med koronasertifikat se informasjon på <lenke inn>. Testing for å få koronasertifikat skjer som hovedregel ikke hos fastlegen eller på legevakta.

## Hvorfor anbefaler vi ikke lenger testing

- Omikronvarianten gir mindre alvorlig sykdom enn tidligere varianter av viruset, og svært mange er nå vaksinert eller har hatt korona. Det gjør at de fleste nå er godt beskyttet mot alvorlig sykdom.
- Det er sannsynlig at de fleste steder i Norge nå er over eller svært nær smittetoppen. Det er ikke lenger nødvendig å begrense smitten på samme måte som tidligere. Det er nå tilstrekkelig at folk holder seg hjemme når de føler seg syke.
- Helsetjenesten har kapasitet til å hjelpe dem som blir alvorlig syke.

## Tentativ plan for 2 uker etter politisk beslutning:

- FHI og Helsedirektoratet får informasjon om hva beslutningen blir
- FHI og Helsedirektoratet utarbeider kommunikasjonsmateriell. Kommunene og Statsforvalterne får overordna informasjon om beslutningen.
- Helsedirektoratet sender informasjonsmateriell til kommuner.
- Overgang til klinisk testing.

### Vedlegg 3 Utarbeide egne råd og testkriterier til pasientgrupper med økt risiko for utvikling av alvorlig sykdom, og derfor behov for å iverksette medikamentell behandling tidlig.

Helsedirektoratet, i samarbeid med en bredt sammensatt "ekspertgruppe", utarbeider våren 2022 nasjonale råd for bruk av legemidler til behandling av covid-19. Rådene baserer seg i stor grad på ekstrapolering av kunnskap fra kliniske studier gjort på tidligere varianter av SARS-CoV-2 og laboratoriedata. I tillegg tas det også, blant annet, hensyn til kost/nytte og gjennomførbarhet av behandlingen i utarbeidelsen av rådene.

Litt om kjente legemidler som mulig egner seg for tidlig behandling til pasientgrupper med økt risiko for utvikling av alvorlig sykdom:

Molnupiravir er et direktevirkende antiviralt legemiddel som hemmer virusreplikasjon i kroppen. Tas i tablettform 2 ganger daglig i 5 dager. Det er kjøpt inn ca. 10.000 behandlingsforløp av molnupiravir. Effekten av legemidlet er usikker, og det har ikke markedsføringstillatelse.

Paxlovid er et direktevirkende antiviralt legemiddel. Tas i tablettform 2 ganger daglig i 5 dager. Paxlovid er ikke tilgjengelig i Norge. Det er bestilt ca. 50.000 behandlingsforløp gjennom EUs innkjøpsordning, men EU og Pfizer har ikke klart å lande en avtale (årsak er sannsynligvis uenighet om ev erstatningsansvar). Det er ukjent når Paxlovid blir tilgjengelig.

Remdesivir er et direktevirkende antiviralt legemiddel. Det administreres intravenøst en gang daglig i (minst) 3 dager. Det er i størrelsesorden 400 behandlinger tilgjengelig i Norge. Legemidlet gis/administreres i spesialisthelsetjenesten. Remdesivir er våren 2022 det eneste legemidlet tilgjengelig i Norge med antatt effekt mot omikronvarianten BA.2 av SARS-CoV-2.

Sotrovimab er et monoklonalt antistoff som binder seg til 'spikeproteinet' av SARS-CoV-2. Sotrovimab administreres intravenøst som en engangsdose. Det er i størrelsesorden 1000 behandlinger tilgjengelig i Norge. Sotrovimab har antatt effekt mot delta- og omikronvariant BA.1. Det er antatt at sotrovimab ikke har effekt mot omikronvariant BA.2 av SARS-CoV-2. Ved fremtidige effektive monoklonale antistoff vil det, grunnet virkemåten til disse legemidlene, være stor risiko for redusert eller bortfall av effekt ved nye mutasjoner av SARS-CoV-2.

Kort oppsummert er det tilgjengelig ca. 400-500 antatt effektive behandlinger mot den dominerende sirkulerende virusvarianten av SARS-CoV-2 i Norge våren 2022. De mest alvorlige immunsvekkede pasientene (inkludert organ- og beinmargstransplanterte) bør prioriteres for dette.

Rådene til pasientgrupper med økt risiko for utvikling av alvorlig sykdom vil i stor grad være avhengig av tilgangen på effektiv behandling. Paxlovid er et legemiddel som vil være aktuelt for de fleste pasientene i risikogruppene. Paxlovid har interaksjoner med en rekke andre legemidler som for noen pasienter er livsviktige (f.eks. organtransplanterte). Disse pasientene har behov for tilbud om andre legemidler (remdesivir eneste alternativ våren 2022).

# COVID-19

## Oppdrag fra HOD nr. 637

Mars Måned 2022



## Oppdragstekst

### **Oppdrag 637 Anbefalinger om testing**

#### **Bakgrunn**

Den 12. februar ble de fleste nasjonale tiltakene mot covid-19 fjernet, men noen nasjonale råd og anbefalinger er videreført, herunder råd om å være hjemme når man er syk og testing av voksne ved symptomer. Det ble i oppdrag 626 skissert at disse rådene kunne lettes på etter noen få uker. I svar på oppdrag 618B ga etatene en anbefaling om å etter hvert gå over fra symptombasert testing til klinisk testing. For å kunne gå over til klinisk testing ble det påpekt at dette blant annet avhenger av hvor i smittebølgen vi står. Det er ønskelig at kommunene fortsatt har et testtilbud til befolkningen, i tillegg til tilbud hos fastlege og ved legevakt ut april 2022. Det vises også til oppdrag 610 om strategi og beredskapsplan.

#### **Oppdrag**

HOD ber Hdir i samarbeid med FHI om å

- basert på en løpende vurdering, gi en anbefaling om tidspunkt for overgang til klinisk testing for hele befolkningen og dermed også gå bort fra rådet om å være hjemme fire dager ved påvist covid-19-smitte.
- vurdere innretningen på testtilbudet i kommunal regi i tillegg til hos fastlege og ved legevakt
- vurdere type testtilbud vi bør ha til dem som trenger koronasertifikat til reise (gjennomgått sykdom eller negativ test før avreise), og utarbeide informasjon for test ved reise og test til koronasertifikat
- vurdere behovet for bekreftende PCR
- belyse hvilke konsekvenser overgang til klinisk testing kan ha for kommunene, herunder fastleger og legevakt. Det bes om at det gjennomføres dialog med Statsforvalterne, kommuner og andre relevante aktører for å kartlegge tidspunkt for når kommunene er klare for å iverksette skissert endring av teststrategi. Herunder skal kapasitet hos fastleger og i legevakt vurderes spesielt
- utarbeide test-kriterier etter overgang til klinisk testing og utarbeide råd til personer som får påvist covid-19
- utarbeide egne råd og testkriterier til pasientgrupper med økt risiko for utvikling av alvorlig sykdom, og derfor behov for å iverksette medikamentell behandling tidlig. Kontaktpersoner i HOD:

Siri Helene Hauge [siri-helene.hauge@hod.dep.no](mailto:siri-helene.hauge@hod.dep.no)

Øystein Ellingsen [oystein-gjeset.ellingsen@hod.dep.no](mailto:oystein-gjeset.ellingsen@hod.dep.no)



Ida Charlotte Holmen [ida-charlotte.holmen@hod.dep.no](mailto:ida-charlotte.holmen@hod.dep.no)

Frist: fortløpende og senest 10. mars 2022

Vi ber om at kontaktperson for oppdraget i etatene inngår i svaret på oppdraget.

## Folkehelseinstituttets vurdering

### Innhold

Oppdragstekst .....	1
Folkehelseinstituttets vurdering.....	2
Oppsummering .....	3
Sammendrag .....	4
Tidspunkt for overgang til klinisk indikasjon.....	6
Innretningen på testing etter overgang til testing på klinisk indikasjon .....	7
Konsekvenser for kommuner og fastlege / legevakt .....	8
Testkriterier for leger ved klinisk testing .....	8
Ansatte i helse- og omsorgstjenesten.....	9
Råd ved nyoppståtte luftveissymptomer.....	9
Råd til personer i risikogrupper .....	10
Kommunikasjon .....	10
Beredskap for testing etter overgang til klinisk testing .....	10
Testtilbud til bruk i koronasertifikat .....	11
Vurdering av sosiale konsekvenser .....	14
Vedlegg 1: Innretning av testing på klinisk indikasjon .....	15
Vedlegg 2: Konkrete råd til befolkningen .....	17
Vedlegg 3: Beredskap for testing etter overgang til klinisk testing .....	19

## Oppsummering

### Klinisk testing

- Testing på klinisk indikasjon (klinisk testing) betyr at det er legen (hovedsakelig i den kommunale helse og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten) som overtar vurderinger av om det er behov for SARS-CoV-2-test etter en helhetsvurdering basert på sykehistorie og klinisk undersøkelse.
- Overgang til klinisk testing for hele befolkningen bør skje så snart som mulig og når overgangen er praktisk gjennomførbar for kommunene.
- Befolkningen rådes til å kontakte lege når en har behov for legetilsyn som ved andre luftveisinfeksjoner.
- Befolkningen kan etter overgangen ha et ønske om å finne ut av om de har covid-19 ved lette/moderate symptomer, der de vanligvis ikke hadde søkt helsehjelp. FHI anbefaler at det gjøres helhetsvurderinger av om det i en overgangsperiode bør deles ut selvtester til befolkningen for å møte dette behovet. Mange vil nok også gå til innkjøp av selvtester på apotek eller lignende. Tilgjengelighet av selvtester vil sannsynligvis bidra til å minske belastningen på primærhelsetjenesten.
- Det vil være viktig med god kommunikasjon ut til befolkningen og kommunene/helsetjenesten om at vi nå er i en fase der det er riktig med en normalisering av håndteringen, der selvtester og bekreftende PCR-tester/profesjonelt tatt antigen-hurtigtester ikke lenger er nødvendig med mindre det er behov for test for koronasertifikat.

### Rådgivning

- Råd ved positiv selvtest vil være det samme som de generelle rådene ved nyoppståtte luftveissymptomer. FHI har utarbeidet konkrete publikumsråd som ligger vedlagt besvarelsen.
- Egne råd om testing og egne råd ved positiv test kan gjelde for ansatte, pasienter og beboere for å hindre smitte inn i helse- og omsorgstjenesten. Dette bør tilpasses lokale forhold. Rådgivning fra nasjonale myndigheter til helse- og omsorgstjenesten og samarbeid om utforming av råd vil foregå som tidligere i kjente kanaler.
- Bekreftende testing for registrering i MSIS ansees ikke lenger medisinskfaglig nødvendig; verken for smittevern hensyn eller i forbindelse med kliniske vurderinger.
- Personer med enkelte underliggende sykdommer eller tilstander vil kunne ha betydelig økt risiko for alvorlig forløp og død ved covid-19, slik de kan ha ved andre infeksjonssykdommer. De bør som ellers rådføre seg med egen lege om risiko og nødvendighet av skjerming i perioder med mye smitte.

### Testberedskap for smittevernformål

- Selvtester vil være en viktig grunnberedskap dersom det blir behov for oppskalering av testkapasiteten for smittevernformål. Kommunene bør også ha planer for reetablering evt. oppskalering av testtrigger. Dette må ses i sammenheng med beredskap i laboratoriene.
- Frem til sommer 2023 bør det være nok selvtester og profesjonelle hurtigtester på lager.
- Dersom man ønsker å ha beredskap for Scenario 4 (verste antatt utfall, lite sannsynlig), kan det være nødvendig med oppskalering av NAT-kapasitet til 1-2% av befolkningen innen 3-5 uker. Det bør foreligge planer for oppskalering av personalressurser både ved laboratoriene og ved de kommunale teststasjoner. Dette kan innrettes også utenfor de kliniske mikrobiologiske laboratoriene, for eksempel private aktører.

- Selvprøvetaking bør være foretrukket metode for store deler av teststrategiene, både antigen-hurtigtest og NAT (spyttester og selvtest med pinne til PCR-analyse).

### Testing for koronasertifikat

- Testing for koronasertifikat bør ikke belaste legekontorer og legevakter.
- Det bør finnes et testtilbud for testing til koronasertifikat så lenge Norge har forpliktet seg til denne ordningen. Positiv test som dokumentasjon på gjennomgått covid-19 gir «recovery certificate» og påvirker antallet vaksinedoser som kreves i grunnvaksinasjonen for å få gyldig koronasertifikat., For øyeblikket er det mest aktuelt for uvaksinerte, delvaksinerte og grunnvaksinerte uten oppfriskningsdose, dvs. hovedsakelig personer under 45 år.
- Ved en overgang til testing kun på klinisk indikasjon, vil det bli en særlig utfordring å skille covid-19-infeksjon fra andre luftveisinfeksjoner, og det vil være vanskeligere for innbyggerne å vite når de trenger å teste seg for å dokumentere covid-19 i et koronasertifikat.
- Enkelte land krever negativ test relativt kort tid før innreise (for noen land gjelder det uavhengig av gyldig koronasertifikat) kjent som “fit for flight”- test.
- Det bør også vurderes om det skal være et kommunalt ansvar å opprettholde testtilbud for koronasertifikat, eller om det er mer hensiktsmessig at andre aktører tilbyr denne tjenesten.

Overvåking av covid-19-pandemien besvares i oppdrag 620 og omtales ikke her.

### Sammendrag

FHI mener man bør gå over til testing på klinisk indikasjon så snart som mulig og når det er praktisk gjennomførbart for kommunene. Smitteverneeffekten av symptombasert testing for hele den voksne befolkningen er lav sett opp mot kostnader og tiltaksbyrde med det smittenivået og den lave sykdomsbyrden vi ser nå. Dette er beskrevet i oppdrag 618 B. FHIs forslag til innretning ved klinisk indikasjon fra oppdrag 618 B ligger i vedlegg 1 i dette oppdraget.

Holden IV-ekspertgruppen skriver at *“Det må vurderes hvor mye testing som er nødvendig og hvorvidt den testing som gjennomføres, er en god anvendelse av testkapasiteten”*. FHI støtter dette.

Det har vært to år med mye fokus på testing for covid-19. En del av befolkningen vil trolig ønske å teste seg ved milde/moderate symptomer, der de vanligvis ikke hadde søkt helsehjelp. For å unngå at fastlegekontor og legevakter overbelastes med forespørsler om testing bør det derfor vurderes om selvtester fortsatt skal tilbys til dette formål for de som ønsker det i en periode framover. I så fall må det vektlegges og kommuniseres tydelig til befolkningen at rådet ved en positiv selvtest for SARS-CoV-2 er det samme som ved andre luftveissymptomer, altså å holde seg hjemme til man er i god form. Dermed vil bruk av selvtest i den generelle befolkningen få liten ekstra smitteverneeffekt.

Det er for tiden vanskelig å beregne nasjonale reproduksjonstall grunnet lite og usikre data. Samlet vurdering er at det fortsatt var en stigende smittetrend i uke 8. I henhold til våre modeller vil vi sannsynligvis nå den nasjonale smittetoppen i løpet av uke 10 eller 11. Det er dermed lite sannsynlig at en endring i råd allerede nå vil ha betydning for høyden på smittetoppen. Samtidig vil en overgang fra dagens anbefalinger for testing og positiv test kunne mer enn halvere antall sykedager og samfunnskostnader forårsaket av covid-19 i tiden fremover (beskrevet i 618 del B).

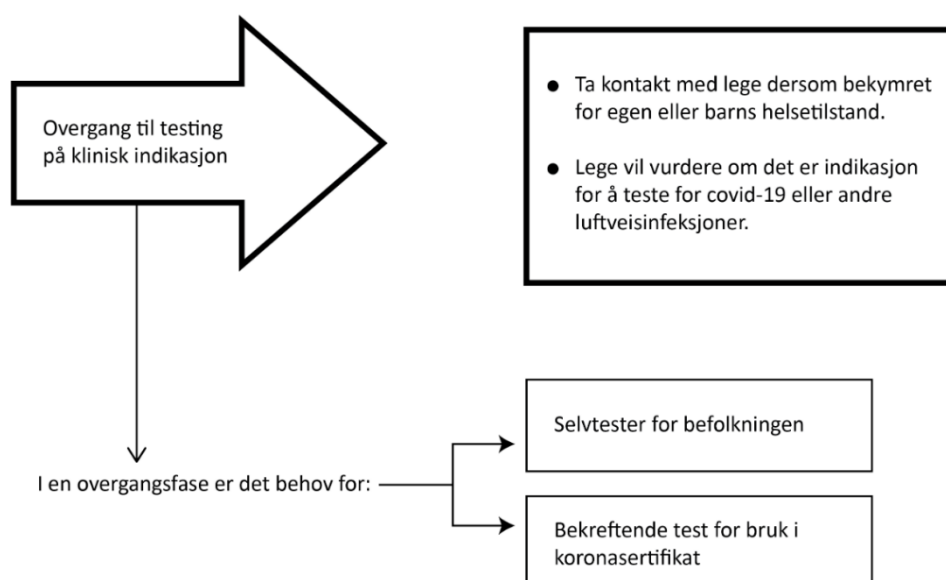
Fra et smittevernperspektiv kan overgangen skje umiddelbart, men flere kommuner har uttrykt ønske om beskjed et par uker i forkant av overgangen for å kunne gjøre nødvendige forberedelser og få ut viktig informasjon til både tjenestene og befolkningen. FHI mener man bør vurdere å imøtekomme kommunenes behov for en best mulig overgang med mulighet for gode kommunikasjonsstrategier og en opplevelse av forutsigbarhet.

Ved overgang til testing på klinisk indikasjon må det fortsatt finnes et tilbud om test til koronasertifikat, da Norge er forpliktet til å tilby tester til bruk i sertifikatet etter EUs forordning for koronasertifikat. God informasjon til befolkningen om koronasertifikat vil bli viktig. Muligheter for hvor reisende kan få tatt test kort tid før avreise ("fit for flight"-test) må også inngå i kommunikasjonen.

Kommunale testtrigget i dag består av:

- teststasjoner der test tas i kommunal regi for innsending til og analyse ved mikrobiologisk avdeling. Formålet kan være smitteverntesting eller bekreftende PCR-analyse etter positiv selvtest.
- teststasjoner der test tas i kommunal regi med profesjonelt tatt antigen-hurtigtest. Formålet kan være smitteverntesting eller bekreftende prøve etter positiv selvtest.
- feber/luftveisklinikker. Formålet kan være smitteverntesting, men også testing på klinisk indikasjon.

Testtriggene vil ved overgang til testing på klinisk indikasjon ikke lenger ha en rolle i smitteverntesting eller klinisk prøvetaking, men det kan fortsatt være behov for noen å få tatt test til bruk i koronasertifikat og før reise. Innretting av testtilbud må vurderes grundig opp mot kost-nytte-effekt, og ses i sammenheng med behov for beredskap og belastning på kommunene.



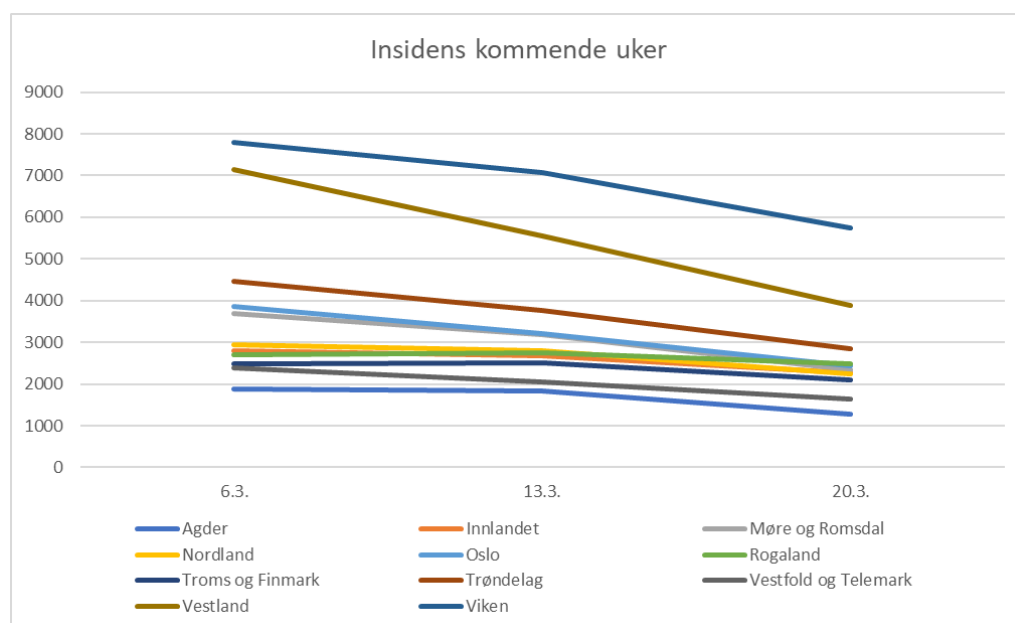
Illustrasjon: Skjematisk fremstilling av overgang til testing på klinisk indikasjon. Varigheten av behovet for bekreftende test for bruk i koronasertifikat er uavklart.

Selvtester vil fortsatt være en viktig grunnberedskap dersom det blir behov for oppskalering av testkapasiteten for smittevernformål ved evt fremtidig utvikling av epidemien. Kommunene bør også ha planer for reetablering evt. oppskalering av testtrigger. Dette må ses i sammenheng med beredskap i laboratoriene. Ved beredskap for et Scenario 4 (verste antatt utfall, lite sannsynlig), kan det være nødvendig med oppskalering av NAT-kapasitet til 1-2% av befolkningen innen 3-5 uker (se tabell). Det bør foreligge planer for oppskalering av personalressurser både ved laboratoriene og ved de kommunale teststasjoner. Dette kan innrettes også utenfor de kliniske mikrobiologiske laboratoriene, for eksempel private aktører.

### Tidspunkt for overgang til klinisk indikasjon

Som beskrevet i mer detalj i 618 del B er effekten av et smitteverntiltak på smittetoppens størrelse og antall smittede avhengig av hvor i bølgen man befinner seg, og om tiltaket skal videreføres i lang tid eller uansett avsluttes innen en begrenset periode. Tiltakenes effekt på smittetoppens størrelse, blir mindre desto nærmere denne toppen vi befinner oss. Det må også påregnes en gradvis reduksjon i smitteverneffekten etter avslutning av et tiltak og full effekt vil sannsynligvis først oppnås ca 5 uker etter avslutning. Dette betyr at en avvikling av tiltak i ukene rundt smittetopp høyst sannsynlig vil ha svært liten til ingen effekt på hvor stor toppen bli. Slik vi viser i 618 B vil en avvikling av symptombasert testing og råd om 4 dager isolasjon ved positiv test sannsynligvis føre til en halvering av sykefraværet som skyldes covid-19 og store offentlige besparelser. Slik FHIs mest oppdaterte simuleringer viser er det sannsynlig at alle regioner i Norge enten er over eller svært nærme smittetoppen (se figur 1 basert på FHIs siste regionale prediksjoner publisert 3.2.22). Basert på dette anbefaler FHI en overgang til klinisk testing nå (10.3.2022). Hva dette innebærer og plan for en overgangsperiode for å hindre stort press på fastlege og legevaktsordningen er beskrevet lenger ned i dokumentet.

Figur 1: Sannsynlig insidens neste tre uker i ulike regioner basert på FHIs siste [modelleringsrapport](#) (2.3.2022).



## Innretningen på testing etter overgang til testing på klinisk indikasjon

### *Klinisk testing / testing på klinisk indikasjon*

Ved klinisk testing er formålet å bekrefte eller avkrefte mistanke om sykdom, der svaret får en konsekvens for videre vurdering, behandling og/eller oppfølging. Dette er kjent fra andre luftveisinfeksjoner. Det betyr at man ikke lenger tester ved lette luftveissymptomer. Testen rekvireres av behandlende lege etter undersøkelse og vurdering dersom det vurderes som nødvendig. Det er ikke nødvendig å teste alle med luftveissymptomer. FHI har skissert forslag til testkriterier lenger ned i oppdraget.

Selve prøvetakningen ivaretas av det enkelte legekantor, helseinstitusjon eller sykehus der testen rekvireres. Beslutning om test tas ut fra vurdering av klinisk undersøkelse og sykehistorie på lik linje med alle andre supplerende undersøkelser. Det er også utarbeidet råd til lege om når det kan være særlig aktuelt å vurdere laboratorieundersøkelse med tanke på SARS-CoV-2 som finnes lengre ned i oppdragsbesvarelsen. Listen er ikke utfyllende, og det må uansett ligge en klinisk vurdering til grunn for beslutning om eventuell test.

Prøvene som rekvireres på klinisk indikasjon vil fortrinnsvis tas med NAT (PCR)-metode på lik linje med prøvetaking for andre luftveisagens. Det kan være aktuelt at legekantor har hurtigtester tilgjengelig for de tilfellene der det er behov for rask avklaring, for eksempel når medikamentell behandling skal vurderes.

### *Selvtester i kommunal regi*

Etter to år med mye fokus på testing må man forvente at en del av befolkningen ønsker å teste seg ved milde/moderate symptomer til tross for at det ikke lenger anbefales av smittevern- eller medisinsk hensyn. Det vil være en risiko for at legekantor og legevakter blir overbelastet med forespørsler om test, også ved lette symptomer når man normalt sett ikke ville gått til lege. Risikoen for overbelastning vil antakelig være størst så lenge smittetrykket er høyt. For å møte dette behovet i befolkningen kan det i en overgangsperiode denne våren vurderes å gjøre selvtester tilgjengelig for de som ønsker å teste seg ved symptomer.

Det må kommuniseres tydelig at personer som velger å teste seg og får en positiv selvtest må følge de generelle rådene ved luftveissymptomer, og vil ikke lenger få spesifikk anbefaling om antall dager en bør holde seg hjemme. En eventuell tilgjengeliggjøring av selvtester for befolkningen bør kun være for en kort, tidsavgrenset periode, til befolkningen er godt kjent med endringene i testanbefalinger. Det bør utarbeides gode kommunikasjonskampanjer for å tydeliggjøre dette budskapet.

### *Bekreftende test (NAT eller profesjonelt tatt Ag-hurtigtest)*

Ved overgang til testing på klinisk indikasjon vil det ikke lenger være nødvendig å bekrefte en positiv selvtest med oppfølgende NAT- (PCR-)prøve annet enn eventuelt til koronasertifikat (omtalt nedenfor), da det ikke får noen praktisk eller medisinsk konsekvens. Bekreftende testing for registrering i MSIS anses altså ikke lenger nødvendig for smittevern- eller overvåkningshensyn. God og tydelig informasjon i forkant av implementering, både rettet mot befolkningen og helsetjenesten, og ev. mulighet for kontakt med kommunen ved publikumsspørsmål vil sannsynligvis kunne begrense belastningen på fastleger og legevakt. Separat og tydelig informasjon om koronasertifikat og testtilbud for reisende må inngå i kommunikasjonsplanene.

NAT (for eksempel PCR-test) er kostbare og ressurskrevende analyser, og det kan være hensiktsmessig å begrense det offentlig finansierte tilbudet til de som har et reelt behov for diagnostisk utredning.

### Testtrigg / testsenter

Når vi går bort fra testing ved symptomer også for den voksne befolkningen, vil ikke de kommunale testtriggene lenger ha noen rolle i smitteverntesting. Det vil fortsatt være nødvendig med et testtilbud til bruk i koronasertifikat (se eget avsnitt).

Flere kommuner og legeforeningen har i møte med Helsedirektoratet og FHI uttrykt bekymring for at legekantor og legevakter vil bli belastet med forespørsler om bekreftende prøver dersom testtriggene legges ned. Et system for utdeling av selvtester og god kommunikasjon i forkant av implementering, som beskrevet ovenfor, vil sannsynligvis kunne begrense belastningen.

Det er kommet bekymring fra kommuner/statsforvalter om at primærhelsetjenesten kan bli belastet grunnet behov for testing for å avklare om sykdom dreier seg om covid-19 i forbindelse med sykmeldinger. Sykmeldingsordringer og lovverk rundt dette omtales ikke nærmere her.

Kommunene bør ha beredskap for å oppskalere testtriggene igjen hvis det blir behov for det. Beredskap omtales i eget avsnitt.

### Konsekvenser for kommuner og fastlege / legevakt

Mange kommuner har fremdeles egne luftveisklinikker med forsterkede smitteverntiltak i tillegg til ordinær fastlegeordning og legevakt. Overgangen til klinisk testing betyr at fastleger og legevakt igjen kan driftes som før pandemien.

Råd for smitteverntiltak for legekantor og legevakter blir fortløpende oppdatert. Se [Råd til primærhelsetjenesten - legekantor og legevakt](#). Rådene ved overgang til klinisk testing vil bli basert på basale smittevernrutiner som brukes for trygg håndtering av pasienter uansett hvilke sykdommer de presenterer seg med. Fastlekantor og legevakter har lang erfaring med å håndtere pasienter i perioder med mye luftveissvirus. FHI understreker viktigheten av at legekantor og legevakter ikke avviser personer med luftveissymptomer.

FHI og Helsedirektoratet benytter etablerte kanaler for kommunikasjon og samarbeid om råd til helse- og omsorgstjenesten.

### Testkriterier for leger ved klinisk testing

Testkriteriene må basere seg på medisinsk indikasjon. I situasjoner der utfallet av testen får konsekvenser for videre behandling og oppfølging, eventuelt videre utredning, bør pasienten testes. Det er ikke nødvendig å teste alle som har lette luftveissymptomer. Rådene om hvem som skal testes er ment for leger og ikke for den generelle befolkningen.

Når en pasient kommer til lege med luftveissymptomer er det ikke mulig å på forhånd vite hvilket agens (virus eller bakterie) som forårsaker sykdom. Derfor vil det oftest være indikasjon for å ta PCR-prøve med luftveispanel som inneholder en "pakke" med ulike agens som blir analysert. Det er viktig at rådene om test for covid-19 er mest mulig lik rådene for test ved mistanke om andre årsaker. *Rådene om hvem man særlig kan vurdere å teste er ikke utfyllende, og den endelige beslutningen ligger alltid hos legen som undersøker og behandler pasienten etter en helhetsvurdering.*

Laboratorieundersøkelser kan særlig være aktuelt ved covid-19-symptomer for:

- Personer som har økt risiko for komplikasjoner, også dem som er vaksinerte.
  - Personer med alvorlig immunsvikt\*

- Gravide\*\*
- Personer med langvarige eller alvorlige symptomer, inkludert alle med pneumoni eller behov for sykehusinnleggelse.
- Personer i situasjoner der det er viktig av smittevernhensyn å bekrefte diagnosen, for eksempel ved større utbrudd eller ved enkelttilfeller i institusjoner (inkludert sykehus).

\* Personer med alvorlig immunsvikt (primær eller ervervet) som ikke har hatt, eller man ikke kan forvente har hatt vaksineeffekt kan man vurdere å teste med hurtigtest i tillegg til PCR for raskest mulig diagnose. Ved positiv hurtigtest, evt negativ hurtigtest og sterk mistanke om covid-19, kontakte spesialisthelsetjenesten og drøfte om det er indikasjon for profylaktisk behandling med monoklonale antistoffer.

Hurtigtest hos lege for rask diagnose vil også kunne bli aktuelt for personer med lett til moderat økt risiko når peroral antiviral behandling blir tilgjengelig i primærhelsetjenesten.

\*\*For gravide vises det til fagmiljøets [egne retningslinjer/veileder](#) om oppfølging etter covid-19 i svangerskapet.

## Ansatte i helse- og omsorgstjenesten

Det kan være aktuelt med symptombasert testing og jevnlig testing i deler av helse- og omsorgstjenesten i perioder med høy smitte for å unngå smitte inn i tjenestene. Råd om symptombasert testing og jevnlig testing må etterfølges av et råd om å holde seg hjemme et bestemt antall dager ved positiv test for at tiltaket skal ha effekt.

Det å ta imot og behandle smittede personer er noe helsetjenesten hadde rutiner for også før pandemien.

Behov for justering av råd til helsetjenesten gjøres fortløpende mellom FHI og de regionale kompetansesentrene for smittevern og kommuneleger. Helsedirektoratet deltar også i disse møtene. Gjennom hele pandemien har dette vært arbeidsmetoden for utvikling og justering av råd til helsetjenesten, og det kontinueres.

Lokale vurderinger vil trolig bli enda viktigere i tiden framover, og det anses ikke som hensiktsmessig å ha generelle råd for alle typer helsetjenester/-institusjoner nasjonalt.

## Råd ved nyoppståtte luftveissymptomer

Når vi har gått over til klinisk testing vil det generelle rådet til befolkningen være å holde seg hjemme dersom en er syk med nyoppståtte luftveissymptomer. Det anbefales å holde seg hjemme til symptomene er i bedring og allmenntilstanden tilsier at en kan gå tilbake til jobb, skole og barnehage.

For de som har tatt en selvtest, vil det ved positiv selvtest gjelde de samme rådene som ved andre luftveissymptomer.

Det anbefales å kontakte lege dersom en er bekymret for egen eller barns helse, dersom en har vært syk lenge, opplever at tilstanden forverres eller en føler seg veldig syk. Generelt bør det være lavere terskel for å kontakte lege jo yngre barnet er. Legen vil da gjøre en vurdering, inkludert om det er behov for å teste for SARS-CoV-2-viruset eller andre agens.

Personer med særlig høy risiko for alvorlig infeksjon bør kontakte legen sin dersom de har en positiv selvtest. De bør også kontakte lege dersom de føler seg syk og har negativ selvtest.

Dersom man får påvist covid-19 etter undersøkelse hos lege, skal man følge rådene fra legen.



Ansatte i helse- og omsorgstjenesten som får påvist covid-19 bør følge anbefalinger på sin arbeidsplass. FHI oppdaterer også fortløpende råd for håndtering av covid-19-smitte blant ansatte og pasienter i helse- og omsorgstjenesten.

De konkrete rådene til befolkningen ligger i vedlegg 2.

### Råd til personer i risikogrupper

Risikogrupper er omtalt grundig i FHIs svar på oppdrag 619 som ble levert 9. februar.

I perioder med høye smittetall kan det være hensiktsmessig å ha lavere terskel for selvtest ved symptomer for risikogruppene. FHI har foreslått å tilgjengeliggjøre selvtester til befolkningen i en overgangperiode, og de vil være tilgjengelig også for personer i risikogrupper.

Det pågår kontinuerlig kunnskapsinnhenting og vurderinger vedrørende risikogrupper, og FHIs nettsider oppdateres fortløpende når ny kunnskap tilsier at det er behov for endringer.

Les mer her: [Risikogrupper og deres pårørende](#)

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

For testkriterier vises det til avsnittet "Testkriterier etter overgang til klinisk testing" der også risikogrupper er omtalt.

### Kommunikasjon

God informasjon tilpasset alle deler av befolkningen er nødvendig for å bidra til en smidig overgang til testing på klinisk indikasjon. Det har vært to år med mye fokus på testing, både ved symptomer og etter nærkontakt med smittet.

Det er viktig at det utarbeides en kommunikasjonsplan med tanke på god og enkel informasjon til befolkningen og til helsepersonell.

FHI og Helsedirektoratet vil samarbeide om kommunikasjonsstrategi og kommunikasjonsråd som vil gjelde når man går over til testing på klinisk indikasjon.

### Beredskap for testing etter overgang til klinisk testing

Testing, isolering, smittesporing og karantene (TISK) har vært effektive smitteverntiltak under pandemien. Testing er et langt mindre inngripende tiltak enn karantene, og det kan derfor bli aktuelt å øke testkapasiteten igjen dersom behovet tilsier det. Dersom det blir behov for oppskalering av testaktiviteten for smittevernformål vil selvtester være en viktig grunnberedskap. Det er nå etablert god lagerbeholdning for antigen-hurtigtester (til både profesjonelt bruk og selvtest) nasjonalt. Det bør være gode systemer på plass for å raskt kunne mobilisere disse for å sikre god tilgang lokalt. I en

fullvaksinert befolkning vil bruk av selvtester til smittevernformål trolig være nok. NAT (PCR) bør i hovedsak forbeholdes til klinisk diagnostikk.

Holden IV-ekspertgruppen skrev i sin delleveranse 1 at *“Det må vurderes hvor mye testing som er nødvendig og hvorvidt den testing som gjennomføres, er en god anvendelse av testkapasiteten”*. FHI støtter dette.

Hvor omfattende beredskap vi må ha på plass er avhengig av vår overvåkningsstrategi. Beredskap for testing fremover er også avhengig av egenskaper ved fremtidige bølger (varianter), hvor sannsynlige de er og vår strategi for å møte ulike scenarier.

I oppdrag 610 beskrives ulike scenarier der scenario 4 tar for seg det verste mulige utfall med en variant som både har større spredningsevne og økt virulens i forhold til omikron. Dersom det er et ønske å opprettholde beredskap for scenario 4 (verste antatt utfall, lite sannsynlig), kan det være nødvendig med beredskap for oppskalering av testkapasitet til 1-2% av befolkningen innen 3-5 uker (se tabell). Selvprøvetaking bør være foretrukket metode for store deler av teststrategiene, både antigen-hurtigtest og NAT (spyttester og selvtest med pinne til PCR-analyse).

Det bør foreligge planer for oppskalering av personalressurser både ved laboratoriene og ved de kommunale teststasjoner. Dette kan innrettes også utenfor de kliniske mikrobiologiske laboratoriene, for eksempel private aktører.

Nye legemidler kan medføre behov for utbredt klinisk testing. Det anbefales at det planlegges for bruk av hurtigtester og NAT til dette. Nødvendige reagenser, plastikk og utstyr bør være tilgjengelig i tilstrekkelig volum (enten i sentrale eller lokale beredskapslagre), slik at laboratoriene har mulighet til å oppskalere testkapasitet.

FHIs vurderinger og estimat for beredskap er beskrevet mer i detalj i vedlegg 3.

## Testtilbud til bruk i koronasertifikat

### Behov for test knyttet til koronasertifikat og reise

Koronasertifikat er per nå først og fremst aktuelt ved reiser utenlands, men regjeringen har ikke utelukket at dette vil endre seg i fremtiden da det er lovhjemmel også for bruk av koronasertifikat innenlands. Så lenge det finnes bestemmelser om koronasertifikat eller tilsvarende dokumentasjon, vil det være et behov for å kunne tilby test i forbindelse med reise. I øyeblikket er dette aktuelt i følgende tre situasjoner:

- Positiv test som dokumentasjon på gjennomgått sykdom. Positiv test gir «recovery certificate» (friskmeldingssertifikat) i 11-180 dager, og positiv test i kombinasjon med én vaksinedose gir status som grunnvaksinert. Både NAT-(PCR-)prøve og antigen hurtigtest kan brukes.
- Negativ test før innreise som alternativ til dokumentasjon på vaksine eller gjennomgått sykdom, eller eventuelt som tilleggskrav til disse (“fit for flight”). De fleste land aksepterer antigen hurtigtester, men enkelte land har krav om PCR-prøve.
- Som dokumentasjon på at man har vært smittet (dvs. positiv PCR-test eller antigen-hurtigtest) innen en periode på 3 måneder før innreise til land som krever negativ test. Da kan man i flere land bruke friskmeldingssertifikat for å få innreise på tross av at PCR-testen som ble krevd før innreise ikke blir negativ, men positiv.

Vurderinger knyttet til dokumentasjon av sykdom (positiv test): I en overgang til klinisk testing er det en særlig utfordring knyttet til den første situasjonen nevnt over, såkalt bekreftende testing, fordi myndighetene ikke lenger gir en generell anbefaling til befolkningen om å teste seg ved symptomer. Dermed blir det vanskelig å skille covid-19-infeksjon fra andre luftveisinfeksjoner, og det vil være vanskeligere for innbyggerne å vite når de trenger å teste seg for å dokumentere covid-19 i et koronasertifikat. For å unngå overbelastning av testkapasiteten, vil det være nyttig å gi tydelig informasjon til befolkningen om hvilke grupper som vil kunne ha individuelle fordeler ved å dokumentere covid-19 for koronasertifikat og reise.

Det bør vurderes å informere potensielt reisende i disse gruppene om at det være en fordel om de benytter selvtest ved milde/moderate symptomer hjemme før de henvender seg for profesjonelt tatt antigen-hurtigtest, alternativt PCR, for å øke sannsynligheten for en positiv test.

Følgende grupper kan per i dag ha individuelle fordeler ved dokumentert covid-19:

1. Delvaksinerte, dvs. personer som gjennomgår infeksjon etter å ha fått én vaksinedose. De vil regnes som grunnvaksinert når det er mer enn 3 uker mellom vaksinedosen og den senere infeksjonen. Denne gruppen inkluderer mange barn og unge i Norge. Dersom hendelsen (infeksjonen) ikke registreres, kan det medføre at de tar en ekstra vaksinedose kun for gyldig koronasertifikat, noe som i en medisinsk sammenheng vil være unødvendig da man regnes tilstrekkelig immunisert/grunnvaksinert etter én vaksinedose og gjennomgått infeksjon.
2. Grunnvaksinerte som ikke tilhører gruppene som anbefales oppfriskningsdose, det vil si majoriteten av befolkningen mellom 16 og 44 år. Ved bekreftelse av gjennomgått covid-19 blir koronasertifikatet gyldig i 180 dager, i denne perioden kan de unngå en unødvendig vaksinedose for å innfri innreisekrav. Det er uavklart hvor lenge ordningen med EUs digitale koronasertifikat og tilsvarende krav om koronadokumentasjon vil vare, men foreløpig gir EU signaler om forlengelse snarere enn avslutning. I øyeblikket ser det ut til at EU forordningens bestemmelser forlenges med ett år til 30.06.23. Det innebærer at personer i denne gruppen potensielt kan unngå flere unødvendige vaksinedoser dersom de på nytt blir syke og får registrert dette på et senere tidspunkt.
3. Uvaksinerte vil i henhold til nåværende regelverk regnes som grunnvaksinerte etter én vaksinedose hvis sykdom er dokumentert i forkant med PCR- eller antigen hurtigtest. For uvaksinerte vil også antistoffer påvist før vaksinasjon være et alternativ for å dokumentere gjennomgått sykdom for dette formålet, men dette vil ikke gi friskmeldingssertifikat i 180 dager. Gruppen av uvaksinerte inkluderer mange barn og unge.

### **Testtrigg for koronasertifikat og test før reise ("fit for flight"-test)**

#### Type test:

I øyeblikket vil antigen hurtigtester tatt av helsepersonell (registrert i MSIS) dekke mesteparten av testbehovet knyttet til koronasertifikat og reise, og disse testresultatene godtas på lik linje med PCR som bekreftelse på gjennomgått sykdom i EU DCC (friskmeldingssertifikat). Det er kun for sertifikat basert på negativ test at hvert enkelt land har mulighet til å stille spesifikt krav om PCR-test i sertifikatene. Behovet for PCR-kapasitet knyttet til koronasertifikatet blir dermed antakelig begrenset til testing av friske personer som skal reise til land som krever negativ test kort tid før innreise, mens testing for bekreftelse av sykdom fortrinnsvis bør dekkes av profesjonelt tatt antigen hurtigtester.

#### Testkapasitet og finansiering:

Etter EUs forordning for koronasertifikat (Regulation (EU) 2021/953), er Norge forpliktet til å tilgjengeliggjøre tester til bruk i koronasertifikat til en overkommelig pris (jf. artikkel 21). Land som ikke er koblet til EUs løsning, kan også kreve dokumentasjon på testresultat før innreise. I disse tilfellene har ikke Norge de samme forpliktelsene til å tilby tester til overkommelige priser, men så lenge land har denne typen krav, vil det være et behov for test kort tid før avreise til disse landene, der kort svartid vil være nødvendig.

Det har hittil vært et krav til laboratoriene om 24 timers svarfrist for prøveresultater for påvisning av SARS-CoV-2. Bakgrunnen for dette var viktigheten av raske prøvesvar for ikke å forsinke igangsettelse av isolasjon, smittesporing og karantene. Når denne tette oppfølgingen av prøvesvar nå er avviklet, har også grunnlaget for å opprettholde et krav om svartid bortfalt. *Det er ikke lenger medisinskfaglige eller smittevernmessige grunner til å kreve at laboratoriene skal tilby raske prøvesvar, og dette kravet bør ikke videreføres på grunnlag av krav om negativ test før reise til enkelte land.*

Det bør gjøres grundige vurderinger av om man skal opprettholde de kommunale testtriggene eller organisere dette på annen måte, for eksempel via private tjenestetilbydere, og om hvorvidt behovet for negativ PCR for reiseformål bør dekkes utenfor de medisinsk mikrobiologiske laboratoriene. Hvilket volum testtriggene skal kunne håndtere videre bør sees opp mot det reelle behovet og en kost-nytte-vurdering. Det reelle behovet for PCR-test eller profesjonelt tatt antigen-hurtigtest til koronasertifikat er vanskelig å anslå, og med det er det også vanskelig å anslå hvor stor kapasitet man bør ha for dette.

Inntrykket fra flere kommuner er at en del innbyggere ønsker bekreftelse av positiv selvtest "for sikkerhets skyld". Folk synes det er greit at infeksjonen er dokumentert i et offentlig register slik at dokumentasjonen er klar dersom de skulle trenge den for sertifikat for utenlandsreise eller innenlands bruk. Vi regner med at et slikt behov vil vedvare så lenge land krever slike sertifikater eller tilsvarende dokumentasjon ved innreise og så lenge regelverket åpner for at innenlands bruk kan bli aktuelt.

HOD presiserte i sin pressemelding 1. februar at kostnader til testing i forbindelse med utenlandsreiser skal dekkes av den reisende. Ettersom dette kan ha betydning for den frie bevegelsen, herunder adgangen til koronasertifikat, jf. EU-forordningens foralepunkt 21 og 41, kan det være behov for tydelige rammer. Muligheten for innenlands bruk av koronasertifikat hjemlet i dagens forskrift kan muligens innvirke vurderinger rundt finansiering. FHI har fått rapporter fra kommuner som heller tilbyr ekstra vaksinedoser (gratis) enn å ta bekreftende PCR når folk med covid-19 tar kontakt for test i forbindelse med koronasertifikat. Dette vil føre til unødvendig vaksinerings, og kan tenkes å øke når testmulighetene eller finansieringen av disse reduseres.

## Vurdering av sosiale konsekvenser

Når vi går over til å håndtere covid-19 stort sett likt som andre luftveisinfeksjoner, samtidig som det sannsynligvis vil være nødvendig med testing for koronasertifikat, vil det være viktig å se på behov for tilpasning av informasjon og innretning med tanke på ulike grupper i samfunnet slik at overgangen ikke slår skjevt ut.

Kommunikasjon til befolkningen bør utarbeides på forskjellige språk, gjøres tydelig for personer uten digital kompetanse og råd for risikogrupper må komme frem tydelig. Ansatte i helse- og omsorgstjenesten kan få tilpassede råd og her bør også ulik språkkompetanse og andre eventuelle barrierer inngå når rådene kommuniseres.

Angående testtilbud og finansiering av testing for koronasertifikat bør geografiske og sosiale forskjeller inngå i vurderingene. Dersom man må betale for bekreftende test til koronasertifikat kan dette slå ulikt ut for personer med ulike økonomiske ressurser.

## Merknad

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

Kontaktpersoner for oppdraget fra FHI er Marte Grenersen og Karan Golestani.

## Vedlegg 1: Innretning av testing på klinisk indikasjon

### Alternativ 2 fra 618 del B gjengitt i sin helhet

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

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

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

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

For konkrete råd til befolkningen vises det til vedlegg 2 i oppdrag 637.

#### Fordeler ved alternativ 2:

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

#### Ulemper ved alternativ 2:

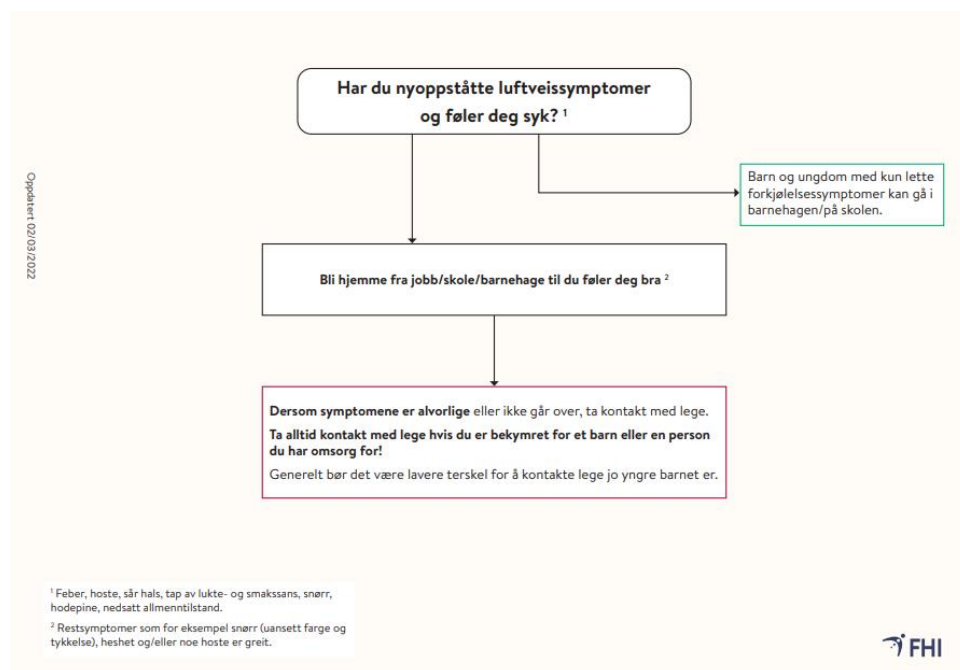
- Smittetallene vil øke noe slik tabell 1 viser, muligens også innleggelsestallene, men det er lite sannsynlig at kapasiteten i helsetjenesten eller andre samfunnskritiske institusjoner vil bli negativt påvirket i noen stor grad i forhold til alternativ 1.
- Vil føre til noen økning i smitterisiko, særlig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

Utfordringer / kommunikasjon ved alternativ 2:

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

## Vedlegg 2: Konkrete råd til befolkningen

Hva skal du gjøre når du har nyoppståtte luftveissymptomer og føler deg syk?  
Symptomer på luftveisinfeksjon kan begynne med vage symptomer som for eksempel hodepine og tett nese, eller mer klassiske influensalignende symptomer som feber, hoste, sår hals og nedsatt allmenntilstand.



- Hold deg hjemme ved nyoppståtte luftveissymptomer dersom du føler deg syk. Du bør bli hjemme til formen er god.
- Milde restsymptomer som rennende nese, snørr, heshet og noe hoste er greit. Barn kan gå i barnehage og skole når formen er god.
- Ta kontakt med legen din dersom du er bekymret for egen helse eller for barnet ditt. Legen vil vurdere om du trenger å testes for covid-19 eller andre luftveisinfeksjoner. Dersom testen viser at du har koronasykdom bør du bli hjemme til formen er god.
- <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/befolkningen/rad-for-gravide-og-ammende/?term=&h=1><https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/befolkningen/barn-og-unge/?term=&h=1> For personer i risikogrupper kan det gjelde egne råd
  - [Risikogrupper og deres pårørende](#)
- For råd til gravide vises det til egen informasjon
  - [Råd og informasjon for gravide og ammende](#)
- For å minske risikoen for å smitte andre bør du ha god hånd- og hostehygiene. Du bør redusere omgangen med andre til du føler deg frisk igjen, spesielt personer som har risiko for å bli alvorlig syke av luftveisinfeksjoner.
- I familier med nyfødte og spedbarn, bør besøk av voksne og barn med luftveissymptomer begrenses eller unngås.



- Dersom du har tatt en selvtest som viser at du er smittet med covid-19 gjelder de samme rådene som ved nyoppståtte luftveissymptomer.
- Dersom du jobber i helse- og omsorgstjenesten bør du følge FHI sine råd for helsetjenesten, og de anbefalinger som gjelder på din arbeidsplass angående test og råd om å holde seg hjemme.
- For råd om testing av barn og unge i en overgangsperiode vises det til egen informasjon
  - [Råd og informasjon om barn og ungdom](#)

<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/befolkningen/barn-og-unge/?term=&h=1>

## Vedlegg 3: Beredskap for testing etter overgang til klinisk testing

Testing, isolering, smittesporing og karantene (TISK) har vært effektive smitteverntiltak under pandemien. Testing er et langt mindre inngripende tiltak enn karantene, og det kan derfor bli aktuelt å øke testkapasiteten igjen dersom behovet tilsier det. Dersom det blir behov for oppskalering av testaktiviteten for smittevernformål vil selvtester være en viktig grunnberedskap. Det er nå etablert god lagerbeholdning for antigen-hurtigtester (til både profesjonelt bruk og selvtest) nasjonalt. Det bør være gode systemer på plass for å raskt kunne mobilisere disse for å sikre god tilgang lokalt. I en fullvaksinert befolkning vil bruk av selvtester til smittevernformål trolig være nok. NAT (PCR) bør i hovedsak forbeholdes til klinisk diagnostikk.

Holden IV-ekspertgruppen skrev i sin delleveranse 1 at *“Det må vurderes hvor mye testing som er nødvendig og hvorvidt den testing som gjennomføres, er en god anvendelse av testkapasiteten”*. FHI støtter dette.

Hvor omfattende beredskap vi må ha på plass er avhengig av vår overvåkningsstrategi. Ved god overvåkning som med stor sannsynlighet tidlig kan fange opp nye varianter og følge smitten av denne i befolkningen, vil det være mindre nødvendig med høy grad av stående beredskap fordi vi vil ha tid til å skalere opp ved behov og prioritere grupper og områder der behovet/nyttens er størst (se figur 1). Tiltak for å begrense smitten vil også være mer effektive desto tidligere i en bølge de iverksettes. God overvåkning vil være mer kostnadseffektivt enn å ha stor grad av operativ stående beredskap for testing. Overvåkningselementet i TISK har vært varierende og avhengig av teststrategier, FHIs vurderinger kring overvåkning beskrives nærmere i oppdrag 620.

Beredskap for testing fremover er avhengig av egenskaper ved fremtidige bølger (varianter), hvor sannsynlige de er og vår strategi for å møte ulike scenarioer.

I oppdrag 610 beskrives ulike scenarioer der scenario 4 tar for seg det verste mulige utfall med en variant som både har større spredningsevne og økt virulens i forhold til omikron. Det kan da være aktuelt å øke både smitteverntesting for å bremse smitten og klinisk testing for å raskt kunne tilby behandling til personer i risikogrupper. Sannsynligheten for scenario 4 anses som liten, men stor nok til at det likevel bør foreligge god beredskap i tilfelle det skulle inntreffe.

Fordi både smitteverntesting og klinisk testing i stor grad vil baseres på symptomatisk testing vil testomfanget i stor grad bestemmes av symptomer i befolkningen. Det vil si at testbehovet vil være størst dersom scenario 4 skulle inntreffe på et tidspunkt med mange andre sirkulerende luftveivirus.

### Scenario 4: antatt verste utfall. Lite sannsynlig, men alvorlig scenario:

FHI skisserer her et tenkt scenario med en tenkt håndtering. Det understrekes at situasjonen må vurderes grundig dersom det blir aktuelt, og tiltak må innrettes etter den kunnskapen og situasjonsforståelsen man til enhver tid har.

#### Eksempel:

En ny variant av SARS-CoV-2 rapporteres fra utlandet. Basert på tilgjengelig informasjon anser FHI det som sannsynlig at varianten har både økt spredningsevne og virulens (økt risiko for alvorlig

sykdom) i forhold til tidligere varianter. Samtidig er det stor sirkulasjon av andre luftveivirus som gjør at 10% av befolkningen får nyoppståtte luftveissymptomer hver uke. For å identifisere smittede anbefales symptomatisk testing, testing av husstandsmedlemmer til smittede, testing av øvrige nærkontakter og jevnlig testing av grupper med høyt smittepotensiale i områder med mye påvist smitte. På grunn av økt virulens anbefales det at alle risikogrupper bør starte med antiviral behandling tidlig i sykdomsforløpet, noe som fordrer en positiv test.

Til tross for tiltak øker smitten med en doblingstid på 4 dager de første ukene.

I grunn ligger god overvåkning slik beskrevet i 620. Formålet med testingen ved et slik scenario er å redusere smittespredningen effektivt ved å identifisere smittede, samtidig som testkapasiteten og vaksinasjonsprogrammet oppskaleres. I oppdrag 65 beskrives det at ved et scenario 4, vil behøves 4-8 uker for å gjennomføre en oppfriskningsvaksinasjonskampanje. Det er sannsynlig at de mikrobiologiske laboratoriene vil trenge 4-6 uker for å oppskalere grunnbemanningen for å kunne håndtere og teste opp mot 5% av befolkning i opptaksområdet.

Ved scenario 4 slik som beskrevet i eksemplet over iverksettes følgende:

- Oppskalere testing ved bruk av selvtester for å bremse spredning,
  - o Det anses ikke hensiktsmessig å basere smitteverntesting på NAT (PCR) da kapasiteten ikke vil bli høy nok til å dekke behovet og det er mindre effektivt enn selvtesting til dette formålet.
- Oppskalere vaksinerings slik skissert i oppdrag 65
- Ev. antiviral behandling ruller ut
- Vurdere behov for innkjøp av flere selvtester under gjeldende rammeavtaler
- Oppskalere kapasitet i kliniske mikrobiologiske laboratorier (og eventuelt inngå avtaler med eksterne laboratorier)
  - o dette fordrer en grunnberedskap med reagenser, plastikk osv som kan raskt mobiliseres
- Test før behandling utføres hovedsakelig med selvtester og profesjonelt tatt antigenester samt NAT ved behov for variantscreening. Gradvis økning av andel "test før behandling" utført med NAT med stigning i insidens.

### **Smitteverntesting**

I gitte scenario foreslås:

- Symptomatisk testing for hele befolkningen
- Daglig testing av husstandsmedlemmer til personer med påvist SARS-CoV-2
- To tester av alle øvrige nærkontakter
- Jevnlig testing av grupper med stort smittepotensiale (for eksempel ansatte i helse- og omsorgstjenesten) i områder med mye smitte

Ved oppstart antas det at forbruket ved jevnlig testing vil tilsvare at 5% av befolkningen testes en gang i uken, men at det på grunn av økende smitte trappes opp med 20% per uke.

Det anbefales at hovedberedskapen til smitteverntesting baseres på selvtesting med antigen hurtigtester. Det er lite sannsynlig at hurtigtestene vil ha lavere nøyaktighet ovenfor nye varianter og dersom det skulle inntreffe vil den reduserte sensitiviteten høyst sannsynlig være begrenset slik at de fortsatt vil være effektive for formålet. Bekreftende testing av positive hurtigtester har liten smitteverneffekt og bør ikke prioriteres som beredskap.

Kommunene bør ha en plan for distribusjon av selvtester. Det bør også foreligge en plan for å ivareta personer som ikke klarer å utføre selvtesting.

Eventuelt kan dette suppleres med rammeavtaler med ikke-kliniske mikrobiologiske laboratorier for smitteverntesting med NAT. Dette beskrives under "Beredskap NAT" lenger ned i dokumentet.

### **Klinisk testing/test for behandling**

For god effekt av nye antivirale legemidler og monoklonale antistoffer bør behandling startes så raskt som mulig, dette fordrer god tilgang på tester som kan gi raskt svar og at testene tas ved oppstart av symptomer (selv milde). En kombinasjon av hurtigtester og NAT er mest aktuelt, der raske svar fra hurtigtest kan kombineres med den mer sensitive NAT-metoden. Dersom en mer virulent variant skulle dukke opp som tilsier at en større del av befolkningen bør behandles ved smitte samtidig som store deler av befolkningen har symptomer (også eventuelt fra andre luftveivirus) vil behovet for "test for behandling" kunne bli stort.

For å øke sensitivitet på hurtigtester kan disse repeteres ved negativt svar, sammen med det raske svaret disse testene gir er det sannsynlig at effekt av behandling basert på slik testing vil nærme seg effekt av behandling basert på NAT-svar alene. Best effekt oppnås ved parallellprøvetaking til både hurtigtest og NAT.

Ved et scenario beskrevet her vil det kunne være aktuelt at alle over 65 år og yngre med flere risikofaktorer skal behandles, noe som kan tilsvare ca 20% av befolkningen.

I starten vil det i nevnte scenario ikke være kapasitet til å teste alle risikopersoner med lette luftveissymptomer med NAT. Selvtester og profesjonelt tatt hurtigtester kan i denne perioden avlaste NAT testing, også for denne formen for klinisk testing. NAT bør da prioriteres til de med størst nytte av den etter følgende to kriterier.

Profesjonelt tatt hurtigtest eller NAT bør være et alternativ for personer som ikke klarer å gjennomføre selvtesting.

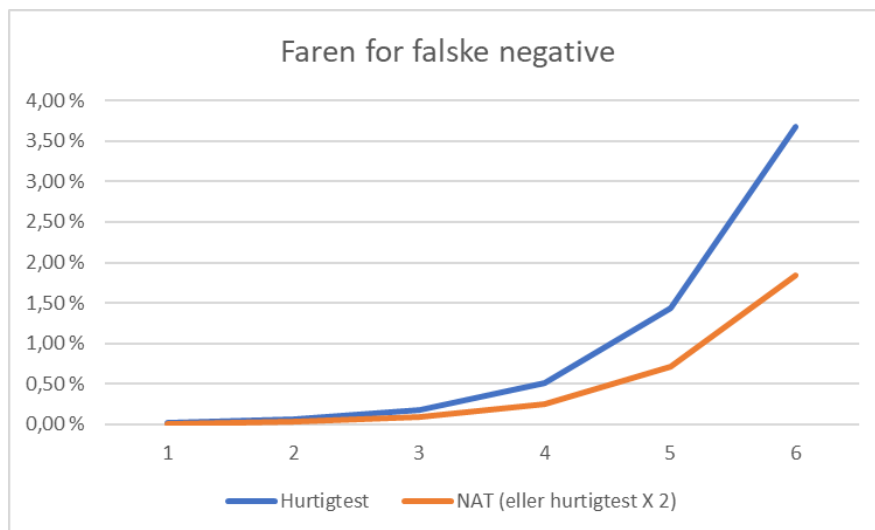
Teststrategi for "test for behandling" med valg av hvem som bør testes og med hvilken testmetode bør baseres på følgende to kriterier:

1. pretest sannsynlighet for smitte (*det vil si sannsynligheten at noen er smittet*)
  - a. Desto lavere pretestsannsynlighet desto sikrere er en negativ test
  - b. Bestemmes av insidens i lokalbefolkningen og mulig eksponering
  - c. NAT-tester bør derfor prioriteres til personer med høyest pretestsannsynlighet for smitte (i høyinsidensområde eller kjent nærkontakt)
  - d. Fordrer god overvåkning
2. Nytte av antiviral behandling hvis smittet
  - a. Antiviral behandling vil ha størst nytteverdi (lavest NNT) for personer med den høyeste risikoen for alvorlig sykdom og død.
  - b. NAT bør derfor prioriteres den andelen av risikogruppen med høyest risiko (se tabell under)

I starten av bølgen vil pretestsannsynlighet stort sett være svært lav, mens denne vil øke i takt med økt smittespredning. Dette betyr at sannsynligheten for at en symptomatisk person har SARS-CoV-2 etter negativ hurtigtest er svært lav i starten av bølgen, slik tabell 1 viser, noe som gjør hurtigtester til et godt alternativ alene for en stor andel i starten. Et husstandsmedlem til smittet person som får symptomer har derimot svært høy sannsynlighet for SARS-COV-2 smitte (over 80% i gitte scenario),

noe som tilsier at disse risikopersoner bør prioriteres for NAT fra starten. Nyttene av høy NAT kapasitet blir dermed størst når smittetallene blir høye/covid står for en stor andel av luftveissymptomer. Dette gir oss tid til å mobilisere kapasitet ved laboratoriene hvis en slik situasjon oppstår.

Tabell 1: Sannsynlighet for Covid-19 hos symptomatiske personer etter negativ test med hurtigtest eller NAT uke 1-6 i gitte scenario (se tabell 1 for antakelser gjort). Dersom negativ hurtigtest repeteres 48 timer senere vil den komme noenlunde likt ut som NAT.



#### Beredskap av NAT for lite sannsynlig, men verste antatt utfall (Scenario 4)

Momenter for utvikling av god, dynamisk og effektiv NAT beredskap:

- Størst mulig grad av selvprøvetaking
  - Tilrettelegging for rask utdeling av prøveutstyr til befolkningen for enten nasal – eller salivaprøvetaking.
- Automatisere og effektivisere prøveflyt
  - Prøveglass bør kunne registreres direkte inn i labsystem av prøvetaker, for eksempel ved hjelp av QR-kode på prøveglass og medfølgende app-webløsning.
  - Plan for mottakspunkter for prøver, kan være ubemannet.
  - Prøveglass kan gå direkte inn i analysemaskiner når de ankommer laboratoriet.
- Planlegge for pooling av prøver
  - Dataløsninger
  - Prøveglass til pinnesammenslåing som er kompatible med analysemaskiner
- Vurdere rammeavtaler med ikke-kliniske mikrobiologiske laboratorier for å raskt kunne skalere opp NAT testing uten at det går på bekostning av annen klinisk mikrobiologisk kapasitet.

Det kan oppstå situasjoner der ulike behandlingsformer kun vil være effektive mot enkelte av sirkulerende virusvarianter. Dette vil sannsynligvis hovedsakelig gjelde monoklonale antistoffer, men variantspesifikk resistens mot andre antivirale legemidler kan også oppstå. For å sikre korrekt behandling vil variantscreening kunne bli aktuelt. I starten av en bølge vil dette sannsynligvis kun gjelde et mindretall (personer indisert for aktuelle behandling som tester positivt), men behovet kan

vikse med økende smittetall. Overvåking av antiviral resistensmutasjoner blir også viktig beredskap framover når disse i større grad tas i bruk.

### Konklusjon beredskap:

Tabell 1: testforbruk av ulike typer tester de første 5 ukene av tenkt Scenario 4 med samtidig høy forekomst av andre luftveisvirus.

uke	1	2	3	4	5	6
Nyrapporterte symptomer per uke	10 %	10 %	10 %	10 %	11 %	12 %
Insidens per uke	500	1500	4500	13500	40500	121500
Områder med påvist smitte	10 %	16 %	26 %	41 %	66 %	100 %
Klinisk testing	103277	103637	104357	106517	112997	132437
NAT for husstandsmedlemmer i risikogruppen	370	1108	3326	9979	29937	89810
NAT for øvrige nærkontakter i risikogrupper m/symp	174	524	1580	4820	15192	52162
NAT for symp risiko	10328	16582	26715	43629	74054	132437
Selvtest	175571	88091	88703	90539	96047	112571
Profesjonelt tatt hurtigtest	13942	13963	13942	13942	13942	13942
NAT	10872	18213	31621	58428	119182	274409
Smitteverntesting						
Test ved symptomer	430320	431820	434820	443820	470820	551820
Test av husstandsmedlemmer	18800	56500	169600	508900	1526600	2450000
Test av øvrige nærkontakter	5000	15000	45000	135000	405000	1215000
Jevnlig testing	268950	322740	387288	464746	557695	669234
NAT bekreftelse av pos selvtest	500	1500	4500	2700	8100	24300
total	723070	826060	1036708	1552466	2960115	4886054
Antall selvtester per uke	898641	914151	1125411	1643005	3056162	4998625
Antall proff hurtigtester per uke	9240	82909	83485	85213	90397	105949
Andel proff selvtest av befolkning	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Antall NAT per uke	11272	19413	35221	60588	125662	293849
Andel NAT av befolkning*	0,2 %	0,4 %	0,7 %	1,1 %	2,3 %	5,5 %
Norges befolkning	5379000					
Andel av befolkningen regnet i risikogruppe	20 %					
Andel av risikogruppen i høyrisiko	50 %					
Andel risikogruppe som klarer å ta selvtest eller har hjelp på sykehjem, fra hjemmehjelp etc	85 %					
Antall tester per klinisk hurtigtest	2,00					
Antall øvrige nærkontakter risikogruppe	3,00					
Antall øvrige nærkontakter beolkning generelt	5,00					
Smittorisiko øvrige nærkontakter	2 %					
<b>Total selvtest første 5 uker</b>	<b>763737</b>					
<b>Total prof. hurtigtest første 5 uker</b>	<b>69712</b>					

\*Estimatene tar ikke høyde at andre tiltak enn TISK iverksettes, og overestimerer sannsynligvis NAT-kapasitetsbehov.

Det er fortsatt stor usikkerhet knyttet til fremtidige bølger med SARS-Cov-2. Det bør derfor være beredskap for å raskt kunne igangsette omfattende smitteverntesting med selvtester og det bør være nok selvtester på lager samt rammeavtaler for evt videre innkjøp.

Nye legemidler kan medføre behov for utbredt klinisk testing. Det anbefales at det planlegges for bruk av hurtigtester og NAT til dette. Nødvendige reagenser, plastikk og utstyr bør være tilgjengelig i tilstrekkelig volum (enten i sentrale eller lokale beredskapslagre), slik at laboratoriene har mulighet til å oppskalere testkapasitet.

For beredskap for scenario 4 (verste antatt utfall, lite sannsynlig), kan det være nødvendig med oppskalering av testkapasitet til 1-2% av befolkningen innen 3-5 uker (se tabell). Det bør foreligge planer for oppskalering av personalressurser både ved laboratoriene og ved de kommunale teststasjoner. Dette kan innrettes også utenfor de kliniske mikrobiologiske laboratoriene, for eksempel private aktører.

Muligheten for oppskalering og målretting av både klinisk testing og smitteverntesting krever god overvåkning.

#### *Beredskap for smittesporing i kommunene*

Man bør bruke tiden framover på å utvikle gode digitale løsninger for registrering av positiv selvtest og mulighet til å registrere nærkontakter slik at det raskt kan tas i bruk ved behov for rask oppskalering av både testing og smittesporing. Dersom man benytter selvtester for smittevernformål vil det uansett ikke være mulig å smittespore fra kommunene, og digitale løsninger som ivaretar smittesporingen som automatisk sender ut beskjed til den smittede og eventuelt nærkontakter om det er aktuelt, vil være viktig. For øvrig bør smittesporing baseres på at den smittede selv kontakter sine nærkontakter.