

FOLKEHELSEINSTITUTTET
Are Stuwitz Berg
Postboks 222 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 23/10425-5
Saksbehandler: Ingebjørg Skrindo
Dato: 30.03.2023

Dette er en kopi. Originalbrevet er sendt til FOLKEHELSEINSTITUTTET.

Svar på oppdrag fra HOD TTB2023-13 Justert strategi- og beredskapsplan for covid-19

Oppsummering

Oppdragets første del: Revisjon av gjeldende strategi og beredskapsplan

- Helsedirektoratet vurderer at det fortsatt er nødvendig å håndtere covid-19 med varsomhet og med beredskap for uventede utviklinger.
- Helsedirektoratet har foreslått enkelte justeringer i gjeldende strategi- og beredskapsplan etter føringer gitt i oppdragstekst og møte med Helse- og omsorgsdepartementet.
- Da covid-19 er en sykdom vi må regne med i uoverskuelig fremtid, anbefaler Helsedirektoratet at gjeldende strategi forlenges inntil covid-19 er innlemmet i annet beredskapsplanverk.

Oppdragets andre del, der det bes om vurdering av om covid-19 fortsatt skal defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom

- På spørsmål om hvorvidt covid-19 fortsatt oppfyller vilkårene i smittevernloven § 1-3 nr. 3 for allmennfarlig smittsom sykdom, vurderer Helsedirektoratet at vilkårene er oppfylt ved at covid-19 er en sykdom som er særlig smittsom, forekommer hyppig og kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen.
- På spørsmål om hvorvidt covid-19 fortsatt bør defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom, vurderer Helsedirektoratet at covid-19 etter hvert kan fjernes fra listen over allmennfarlig smittsomme sykdommer, men anbefaler at konsekvensene ved en slik endring gjennomgås og nødvendige justeringer av regelverket gjennomføres i god tid slik at overgangen kan skje på en forutsigbar måte.

Oppdragets tredje del, der det bes om vurdering av om enkelte forskriftsfestede bestemmelser knyttet til covid-19 bør forlenges, og ev. hvor lenge etter 30.06.23.

- Covid-19-forskriften § 9, som hjemler at Sysselmasteren på Svalbard kan gi forbud mot ilandstigning på Svalbard:
 - Helsedirektoratet anbefaler at covid-19 forskriften § 9 per i dag opprettholdes inntil videre.
 - Bestemmelsen har hjemmel i smittevernloven § 4-1. Dette innebærer at det må foreligge allmennfarlig smittsom sykdom for Sysselmesterens anvendelse av bestemmelsen.

Helsedirektoratet

Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester

Ingebjørg Skrindo

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

- Helsedirektoratet støtter, slik også FHI åpner for, at det på sikt bør vurderes å utrede et behov for en generell lovhjemmel for å kunne begrense antall mennesker som oppholder seg på eller ved Svalbard for å beskytte sykehusets kapasitet, uavhengig av årsak.
- Svaret på deloppdraget er utarbeidet på grunnlag av faglig innspill fra Folkehelseinstituttet og innspill fra Sysselmesteren på Svalbard.
- Covid-19-forskriften § 20 om lisens til studenter, elever og lærlinger kan gjerne forlenges utover 30.06.2023, men på sikt bør det vurderes om det i annen egnet forskrift kan gis hjemmel for utstedelse av studentlisens ved behov til studenter som ikke allerede er omfattet av de profesjonsrettede bestemmelsene om student- og turnuslisens.
- Covid-19-forskriften § 22a om kommunalt tilbud for covid-19-vaksinasjon: Helsedirektoratet viser til FHIs vurdering av dette spørsmålet.
- Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6a, 6b og 6c om fastlegers oppgaver ved vaksinasjon mot Covid-19: Før Helsedirektoratet kan ta stilling til nærmere regulering, er det nødvendig med en avklaring av hvordan vaksinerings mot covid-19 hos fastlege skal finansieres.
- Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6 d om økonomisk vederlag til private virksomheter ved vaksinasjon mot covid-19: Etter en helhetsvurdering, vurderer Helsedirektoratet at ordningen med at private aktører kan sende krav om vederlag til Helfo for utført vaksinasjon bør avvikles når gjeldende forskriftsbestemmelse opphører.
- Sykepleieres og farmasøytens midlertidige rett til å vaksinere, jf. Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m. §§ 7-1a og 7-2 annet og tredje ledd, jf. kap 16: Helsedirektoratet viser til FHIs vurdering og støtter denne.
- Helsedirektoratet ser ikke at det er grunnlag for å videreføre unntaksbestemmelsen som gir sykehuslaboratoriene anledning til å kreve refusjon for sekvensering av og screening for virusvarianter (Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften), § 1 tredje ledd).

Vår besvarelse er utarbeidet på bakgrunn av Folkehelseinstituttets (FHIs) utkast til besvarelse datert 24. mars (del tre av besvarelsen) og 26. mars (del to av besvarelsen om allmennfarlig smittsom sykdom), og i løpende dialog med FHI. På grunn av oppdragets korte frist, har vi ikke hatt mulighet til å involvere andre aktører i besvarelsen av oppdraget, men har forsøkt å ivareta de innspillene vi fortløpende får via vår løpende kontakt med andre aktører.

Vennlig hilsen

Helga Katharina Haug e.f.
divisjonsdirektør

Ingebjørg Skrindo
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

Helsedirektoratet, Beredskap @helsedir.no;FOLKEHELSEINSTITUTTET, Are Stuwitz
Berg;FOLKEHELSEINSTITUTTET, Preben Aavitsland

Svar på oppdrag fra HOD TTB2023-13 Justert strategi- og beredskapsplan for covid-19

Oppsummering

Oppdragets første del: Revisjon av gjeldende strategi og beredskapsplan

- Helsedirektoratet vurderer at det fortsatt er nødvendig å håndtere covid-19 med varsomhet og med beredskap for uventede utviklinger.
- Helsedirektoratet har foreslått enkelte justeringer i gjeldende strategi- og beredskapsplan etter føringer gitt i oppdragstekst og møte med Helse- og omsorgsdepartementet.
- Da covid-19 er en sykdom vi må regne med i uoverskuelig fremtid, anbefaler Helsedirektoratet at gjeldende strategi forlenges inntil covid-19 er innlemmet i annet beredskapsplanverk.

Oppdragets andre del, der det bes om vurdering av om covid-19 fortsatt skal defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom

- På spørsmål om hvorvidt covid-19 fortsatt oppfyller vilkårene i smittevernloven § 1-3 nr. 3 for allmennfarlig smittsom sykdom, vurderer Helsedirektoratet at vilkårene er oppfylt ved at covid-19 er en sykdom som er særlig smittsom, forekommer hyppig og kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen.
- På spørsmål om hvorvidt covid-19 fortsatt bør defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom, vurderer Helsedirektoratet at covid-19 etter hvert kan fjernes fra listen over allmennfarlig smittsomme sykdommer, men anbefaler at konsekvensene ved en slik endring gjennomgås og nødvendige justeringer av regelverket gjennomføres i god tid slik at overgangen kan skje på en forutsigbar måte.

Oppdragets tredje del, der det bes om vurdering av om enkelte forskriftsfestede bestemmelser knyttet til covid-19 bør forlenges, og ev. hvor lenge etter 30.06.23.

- Covid-19-forskriften § 9, som hjemler at Sysselmesteren på Svalbard kan gi forbud mot ilandstigning på Svalbard:
 - Helsedirektoratet anbefaler at covid-19 forskriften § 9 per i dag opprettholdes inntil videre.
 - Bestemmelsen har hjemmel i smittevernloven § 4-1. Dette innebærer at det må foreligge allmennfarlig smittsom sykdom for Sysselmesterens anvendelse av bestemmelsen.
 - Helsedirektoratet støtter, slik også FHI åpner for, at det på sikt bør vurderes å utrede et behov for en generell lovhjemmel for å kunne begrense antall mennesker som oppholder seg på eller ved Svalbard for å beskytte sykehusets kapasitet, uavhengig av årsak.
 - Svaret på deloppdraget er utarbeidet på grunnlag av faglig innspill fra Folkehelseinstituttet og innspill fra Sysselmesteren på Svalbard.
- Covid-19-forskriften § 20 om lisens til studenter, elever og lærlinger kan gjerne forlenges utover 30.06.2023, men på sikt bør det vurderes om det i annen egnet forskrift kan gis hjemmel for utstedelse av studentlisens ved behov til studenter som ikke allerede er omfattet av de profesjonsrettede bestemmelsene om student- og turnuslisens.
- Covid-19-forskriften § 22a om kommunalt tilbud for covid-19-vaksinasjon: Helsedirektoratet viser til FHIs vurdering av dette spørsmålet.

- Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6a, 6b og 6c om fastlegers oppgaver ved vaksinasjon mot Covid-19: Før Helsedirektoratet kan ta stilling til nærmere regulering, er det nødvendig med en avklaring av hvordan vaksineringsprogram mot covid-19 hos fastlege skal finansieres.
- Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6 d om økonomisk vederlag til private virksomheter ved vaksinasjon mot covid-19: Etter en helhetsvurdering, vurderer Helsedirektoratet at ordningen med at private aktører kan sende krav om vederlag til Helfo for utført vaksinasjon bør avvikes når gjeldende forskriftsbestemmelse opphører.
- Sykepleieres og farmasøyters midlertidige rett til å vaksinere, jf. Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m. §§ 7-1a og 7-2 annet og tredje ledd, jf. kap 16: Helsedirektoratet viser til FHIs vurdering og støtter denne.
- Helsedirektoratet ser ikke at det er grunnlag for å videreføre unntaksbestemmelsen som gir sykehuslaboratoriene anledning til å kreve refusjon for sekvensering av og screening for virusvarianter (Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften), § 1 tredje ledd).

Vår besvarelse er utarbeidet på bakgrunn av Folkehelseinstituttets (FHIs) utkast til besvarelse datert 24. mars (del tre av besvarelsen) og 26. mars (del to av besvarelsen om allmennfarlig smittsom sykdom), og i løpende dialog med FHI. På grunn av oppdragets korte frist, har vi ikke hatt mulighet til å involvere andre aktører i besvarelsen av oppdraget, men har forsøkt å ivareta de innspillene vi fortløpende får via vår løpende kontakt med andre aktører.

Innhold

Oppsummering.....	1
Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet	4
Innledning.....	6
Andre relevante oppdrag	7
Helsedirektoratets vurdering	8
Del 1 Oppdatering av regjeringens strategi- og beredskapsplan for covid-19	8
Spesielt om beredskap for nasjonalt kontrollsenner for innreise og innreiseregister	8
Konklusjon:	9
Del 2 Vurdering av om covid-19 oppfyller vilkårene i loven for fortsatt å bli definert som en allmennfarlig smittsom sykdom og hvorvidt den fortsatt bør klassifiseres slik.....	9
2.1 Innledning.....	9
2.2 Helsedirektoratets vurdering.....	9
Vurdering av om covid-19 fremdeles oppfyller kriteriene for allmennfarlig smittsom sykdom	9
Vurdering av om covid- 19 fortsatt bør klassifiseres som en allmennfarlig smittsom sykdom	12
Paxlovid og konsekvenser for distribusjon dersom covid-19 ikke lenger klassifiseres som en allmennfarlig smittsom sykdom	14
Sammenligning med andre skandinaviske land.....	16
2.3 Konklusjon	17
Del 3 Gjennomgang av enkelte bestemmelser.....	18
Delspørsmål 1: Covid-19-forskriften § 9 om karantenerregulering og inn- og utreiseregler for Svalbard	18
Bakgrunn.....	18
Tidligere oppdrag vedrørende anbefalinger og forskriftsregulering for Svalbard	18
Gjeldende rett	18
Folkehelseinstituttets vurdering (utkast per fredag 24.03.23).....	20
Helsedirektoratets vurdering.....	21
Delspørsmål 2: Covid-19-forskriften § 20 om at det kan gis lisens til studenter, elever og lærlinger som er under utdanning i en helse- og sosialfaglig utdanning, for arbeid mot covid-19.....	22
Gjeldende bestemmelse	22
FHIs vurdering.....	22
Helsedirektoratets vurdering.....	22
Helsedirektoratets anbefaling	23
Delspørsmål 3: Covid-19-forskriften § 22a om kommunalt tilbud for covid-19-vaksinasjon	23
Delspørsmål 4: Fastlegers oppgaver ved vaksinasjon mot covid-19. Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6a, 6b og 6c.....	23
Forbrukstall.....	23
Behovet for å videreføre bestemmelsen	24

Delspørsmål 5: Økonomisk vederlag til private virksomheter ved vaksinasjon mot covid-19. Midlertidig hjemmel i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6d.....	26
Oppdragstekst	26
Gjeldende bestemmelse	26
Innføring av § 6 d – Vaksinasjon utført av apotek	27
Vaksinasjon utført av apotek og andre private aktører	27
Forbrukstall.....	27
Behovet for å videreføre bestemmelsen	29
Konsekvenser av en avvikling – oppsummert.....	31
Helsedirektoratets anbefaling	31
Delspørsmål 6: Sykepleieres og farmasøyters midlertidige rett til å vaksinere jf. forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m. §§ 7-1a og 7-2 annet og tredje ledd, jf. kap 16.....	31
Delspørsmål 7: Sykehuslaboratoriernes anledning til å kreve refusjon for sekvensering og screening etter virusvarianter	32
Helsedirektoratets konklusjon.....	32
Vedlegg.....	33

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

TTB2023-13 Justert strategi- og beredskapsplan for covid-19

Regjeringen har besluttet at det skal utarbeides forslag til en justert strategi- og beredskapsplan for covid-19. Koronabølgen som vi opplevde rundt årsskifte 2022/23 er over og den videre utviklingen er usikker. Dagens strategi- og beredskapsplan utløper 30.6.2023. På sikt er målet at en ny pandemiplan kan erstatte en særegen håndtering av covid-19.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ber Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet **om faglige innspill og vurdering av behov for justeringer i nåværende strategi- og beredskapsplan** (fra 05.04.2022) slik at dokumentet kan beskrive dagens situasjon, aktuelle scenarier og tiltak, herunder beredskapsnivå og innretning på TISK-tiltak. Det bes også om at andre relevante aktører involveres dersom det er hensiktsmessig. Forslag til justeringer må kunne dekkes innenfor gjeldende budsjettammer.

FHI bes om å særlig se på de smittevern faglige vurderingene knyttet til overvåking, scenarier og smitteverntiltak, inkludert vaksinasjon, og Helsedirektoratet på områder knyttet til helsetjenestens beredskap og behov for justeringer i regelverket (se også under)

Vi ber også om en vurdering av om covid-19 fremdeles oppfyller kriteriene i smittevernloven for allmenfarlig smittsom sykdom og fortsatt bør klassifiseres slik.

HOD **ber også om innspill til varighet** av en justert strategi- og beredskapsplan for eksempel på om den bør gjelde ut 2023, gjennom vintersesongen 2023/24 eller enda lenger.

Det **bes også om vurdering av om følgende bør forlenges** og eventuelt hvor lenge etter 30.6.2023:

1. **Covid-19-forskriften § 9** om karantenereregulering og inn- og utreiseregler for Svalbard, hvorefter Sysselmasteren kan fastsette forbud mot å gå i land på Svalbard, samt også fastsette unntak fra slikt ilandstigningsforbud. Det bes om at Sysselmesterens vurdering innhentes.
2. **Covid-19-forskriften § 20** om at det kan gis lisens til studenter, elever og lærlinger som er under utdanning i en helse- og sosialfaglig utdanning, for arbeid mot covid-19.
3. **Covid-19-forskriften § 22a** om kommunalt tilbud for covid-19-vaksinasjon, herunder bestemmelsens krav om at det skal være et tilgjengelig tilbud som «ikke krever timebestilling og som også er tilgjengelig utenom vanlig kontortid».
4. **Fastlegers oppgaver ved vaksinasjon mot covid-19.** Midlertidig hjemmel i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6a. Økonomiske vederlag for fastleger til vaksinasjon mot covid-19 § 6b. Oppgjør mellom Helfo og kommunene ved finansiering av vaksiner mot covid-19 hvor fastlege har utført vaksinasjon. Midlertidig hjemmel i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6c
5. **Økonomisk vederlag til private virksomheter** ved vaksinasjon mot covid-19. Midlertidig hjemmel i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6c
6. **Sykepleieres og farmasøytens midlertidige rett til å vaksinere** jf. forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m. §§ 7-1a og 7-2 annet og tredje ledd, jf. kap 16.
7. **Sykehuslaboratoriene** som ved midlertidig forskrift er gitt anledning til å kreve refusjon for sekvensering og screening etter virusvarianter. Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften), § 1 tredje ledd.

Helsedirektoratet bes ta hovedansvaret for punkt 1-2 og FHI bes ta hovedansvaret for punkt 3-7.

HOD ber om at besvarelsen på oppdraget leveres samlet fra FHI.

Frist: 31.03.2023. Ansvarlig avdeling HOD: FHA, Kontaktperson Øystein Riise

Innledning

Etter mer enn tre år med SARS-CoV2, har vi begynt å tilpasse oss en situasjon der covid-19 som sykdom er med oss i uoverskuelig fremtid. Vi har fjernet de aller fleste covid-19 spesifikke tiltakene og lever nesten som før pandemien. Samtidig må vi tilpasse oss det at vi har en ny sykdom iblant oss. Mye er fortsatt usikkert. Vi vet at det vil komme nye bølger, men vi vet ikke omfanget av dem. Vi har sett at covid-19 har gitt en del overraskende symptomer og komplikasjoner, men vi vet ikke langtidseffektene av disse. Samlet sett vurderer vi at det fortsatt er behov for et eget strategi- og beredskapsplanverk for covid-19. På sikt, når vår kunnskap og erfaring med sykdommen er større, kan disse planene sannsynligvis innlemmes i en ny, overordnet beredskapsplan, der våre erfaringer fra denne pandemien innlemmes.

Norge står ikke alene om å håndtere covid-19. WHO vurderte situasjonen på det 14. møtet i *The International Health Regulations (2005) Emergency Committee* avholdt 27. Januar 2023. De konkluderte i møtet at covid-19 pandemien fortsatt utgjør en *public health emergency of international concern (PHEIC)*. Deres konklusjon i møtet var følgende:

*"The WHO Director-General concurs with the advice offered by the Committee regarding the ongoing COVID-19 pandemic and determines that the event continues to constitute a public health emergency of international concern (PHEIC). The Director-General acknowledges the Committee's views that the COVID-19 pandemic is probably at a transition point and appreciates the advice of the Committee to navigate this transition carefully and mitigate the potential negative consequences."*¹

De poengterer at pandemien sannsynligvis er i en overgangsfase, og at denne overgangen må gjøres med varsomhet for å unngå negative konsekvenser for folkehelsen.

"Moving forward past the PHEIC requires a focused commitment of WHO, its Member States and international organizations to developing and implementing sustainable, systematic, long-term prevention, surveillance, and control action plans. (...)"

*The Committee, therefore, recommended that WHO, in consultation with partners and stakeholders, should develop a proposal for alternative mechanisms to maintain the global and national focus on COVID-19 after the PHEIC is terminated, including if needed a possible Review Committee to advise on the issuance of standing recommendations under the IHR."*¹

Varsomhet kan også beskrive EU sin respons på smitteøkningen i Asia rundt nyttår. Helsesikkerhetskomiteen i EU (HSC) samarbeidet med WHO og nasjonale myndigheter i land i Asia med høy smittespredning, og anbefalte samlede tiltak i forbindelse med innreise fra disse landene.² Norge støttet opp om EU sine tiltak, selv om vi ikke anså risikoen som veldig stor for våre egne innbyggere.³

Innenlands har vi gjennom det siste året sett at både befolkningen og helsetjenestene har klart å håndtere flere smittebølger. Smittebølgene har imidlertid ikke vært uten kostnader. Perioder med mye smitte i samfunnet har tidvis ført til så mange innleggelse i helseforetakene, at annen aktivitet har måttet tas ned. For eksempel, så vi høye nivåer av totalt inneliggende pasienter de to siste ukene i desember 2022 sammenliknet med samme periode i 2021. I samme periode så vi at flere helseforetak hevet sitt beredskapsnivå. Utover i januar så vi at antallet innlagte falt

¹ [Statement on the fourteenth meeting of the International Health Regulations \(2005\) Emergency Committee regarding the coronavirus disease \(COVID-19\) pandemic \(who.int\)](#)

² [EASA/ECDC provide guidelines for aviation as part of European response to COVID-19 developments in China \(europa.eu\)](#)

³ [Norges oppfølging av koordinerte koronatiltak i Europa - regjeringen.no](#)

gradvis, det samme gjorde beredskapsnivåene. Denne smittebølgen med covid-19 var sammenfallende med influensa og RSV, noe som utfordret situasjonen ytterligere.

Utviklingen i fristbrudd kan også si noe om den belastningen helsetjenesten har stått i over tid. Det var nesten 2000 færre fristbrudd i februar enn i januar, men likevel 2400 flere fristbrudd i februar 2023 enn i februar 2022.⁴ Det kan være mange årsaker til fristbrudd, og vi kan ikke sikkert si at denne utviklingen skyldes covid-19 pandemien.

Samlet sett vurderer vi, som WHO, at det fortsatt er nødvendig å håndtere covid-19 med varsomhet og med beredskap for uventede utviklinger. Covid-19 pandemien har overrasket oss mange ganger, og kan fortsatt gjøre det i tiden fremover. På grunn av denne usikkerheten i den videre utviklingen, anbefaler både FHI og Helsedirektoratet at den gjeldende strategi- og beredskapsplanen i hovedsak videreføres inntil en ny, revidert, overordnet beredskapsplan som tar høyde for covid-19, er på plass.

I denne besvarelsen foreslår vi justeringer av gjeldende strategi på bakgrunn av oppdatert kunnskap om covid-19. I tillegg drøfter vi om covid-19 fortsatt oppfyller vilkårene i loven for å være definert som en allmennfarlig smittsom sykdom, og vi vurderer om enkelte midlertidige bestemmelser bør videreføres.

Vår besvarelse er utarbeidet på bakgrunn av Folkehelseinstituttets (FHIs) utkast til besvarelse datert 24. mars (del tre av besvarelsen) og 26. mars (del to av besvarelsen om allmennfarlig smittsom sykdom), og i løpende dialog med FHI.

Andre relevante oppdrag

Anbefaling om at covid-19 defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom av 28.1.2020

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

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

530 – samleoppdrag om innreiserestriksjoner, reiseråd, innreisekarantene, karantenehotell, bruk av koronasertifikat og testing ved innreise

601 – om tabell med oversikt over pakker med smitteverntiltak

609 og 626 – vurdering av situasjon og tiltaksnivå

610 tillegg – videre arbeid med pakker med nasjonale smitteverntiltak

620 – overvåking av covid-19

630 - om tiltakspakker for innreiseområdet

634 – innhenting av innspill fra Statsforvalterne til arbeidet med pakker av smitteverntiltak

637 – Anbefalinger om testing

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

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

⁴ [Ventetider og pasientrettigheter, per måned - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratets vurdering

Del 1 Oppdatering av regjeringens strategi- og beredskapsplan for covid-19

Helsedirektoratet har foreslått enkelte justeringer i gjeldende strategi- og beredskapsplan etter føringer gitt i oppdragstekst og møte med Helse- og omsorgsdepartementet.

Da covid-19 er en sykdom vi må regne med i uoverskuelig fremtid, anbefaler vi at gjeldende strategi forlenges inntil covid-19 er innlemmet i annet beredskapsplanverk.

Den endelige teksten i revidert strategi- og beredskapsplan for covid-19, må justeres avhengig av utfallet av vurderingen av om covid-19 fortsatt skal være definert som en allmennfarlig smittsom sykdom. Dersom covid-19 ikke lenger defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom, anbefaler vi at det tas inn et element om å gjøre en ny vurdering av om covid-19 oppfyller kravene til allmennfarlig smittsom sykdom dersom smittespredningen igjen blir alvorlig.

Spesielt om beredskap for nasjonalt kontrollsentral for innreise og innreiseregister

Det er midler og beredskap for å reetablere nasjonalt kontrollsentral for innreise til og med 30.06.2023. I og med at infrastruktur og tilskuddsordning for teststasjoner ved grensen er vedtatt avvirket, er det logisk at man senker beredskapsnivået for resten av innreisekjeden også. Å opprettholde nasjonalt kontrollsentral med dagens beredskap koster omtrent 300 000 kroner i måneden. Selv med beredskap for reetablering vil det ta noe tid å reetablere kontrollsentralen fordi man må ansette nye personer til å drive det. Det vil selvfølgelig gå tregere å reetablere nasjonalt kontrollsentral om man tar ned dagens beredskap. Helsedirektoratet har kontaktet Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) om innreiseregistreringssystemet (IRRS), og DSB informerer om at det med nåværende beredskapsnivå kan ta mellom 4-6 uker å få reetablert IRRS (ekskl. kundesentral tilknyttet løsningen). Om maskinvaren settes i bruk til andre oppgaver og de må bestille ny maskinvare, vil det kunne ta mellom 1-3 måneder å få opp igjen IRRS på grunn av lang leveringstid på maskinvare. Kostnaden per måned er ca. 1 mill. kroner. Innreiseregistreringen var nyttig for å følge med på antallet mennesker som reiste inn til Norge, men var avhengig av at brukerne gjorde dette korrekt. Vi vet det var noe feilmargin på tallene. Det er heller ikke tradisjon i Norge for å kontrollere innreisende på denne måten, samt at det krevde store ressurser fra politiet for å følge opp alle innreisende. Hensikten med Nasjonalt kontrollsentral for innreisende var å øke etterlevelsen av tiltakene blant innreisende.

Konsekvensen av beslutningen om å avvikle teststasjoner ved grensen og infrastrukturen tilknyttet dem før jul, sammen med avviking av kontrollsentral og innreiseregisteret, er fraværet av å kunne hurtig oppskalere det samme systemet som vi hadde i årsskiftet 2021-2022. Det finnes derimot alternativer, som for eksempel utlevering av hurtigtester til reisende ved de største grenseovergangene. En vurdering av konsekvensene må ses i sammenheng med alvorlighetsgraden av sykdommen, som beskrevet i resten av denne besvarelsen og i FHI sitt svar. Det vil ikke være mulig å videreføre beredskap for reetablering uten at det også videreføres midler til å opprettholde maskinparken hos F24 og systemene hos Nasjonalt kontrollsentral for innreisende etter 30.06.2023. Tidslinjen for reetablering vil da være noenlunde lik for teststasjoner ved grensen og øvrige systemer. Om man ikke viderefører systemene etter 30.06.2023, vil vi i praksis ha ingen beredskap for å reetablere testing på grensen i det formatet vi ble kjent med de siste årene. Helsedirektoratet vurderer at man i et slikt tilfelle bør vurdere å revidere planen til å inkludere andre mindre omfattende alternativer.

Våre forslag til justeringer i gjeldende strategi- og beredskapsplan, er vedlagt.

Konklusjon:

- Helsedirektoratet vurderer at det fortsatt er nødvendig å håndtere covid-19 med varsomhet og med beredskap for uventede utviklinger.
- Helsedirektoratet har foreslått enkelte justeringer i gjeldende strategi- og beredskapsplan etter føringer gitt i oppdragstekst og møte med Helse- og omsorgsdepartementet.
- Da covid-19 er en sykdom vi må regne med i uoverskuelig fremtid, anbefaler Helsedirektoratet at gjeldende strategi forlenges inntil covid-19 er innlemmet i annet beredskapsplanverk.

Del 2 Vurdering av om covid-19 oppfyller vilkårene i loven for fortsatt å bli definert som en allmennfarlig smittsom sykdom og hvorvidt den fortsatt bør klassifiseres slik

2.1 Innledning

Forskrift om allmennfarlig smittsom sykdom ble endret 31. januar 2020 ved at covid-19 (SARS-CoV-2) ble lagt til i listen over allmennfarlige smittsomme sykdommer. Dette har vært revurdert flere ganger, sist ved oppdrag 617 (10.2.22) da covid-19 fortsatt ble definert som en allmennfarlig smittsom sykdom med de plikter og rettigheter som dette medfører.

For å gi en oversikt over konsekvensene av å avvike eller beholde covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom, har Helsedirektoratet beskrevet særlig relevante bestemmelser i smittevernloven, forskrifter til smittevernloven og andre lover som gjelder for allmennfarlig smittsomme sykdommer. Oversikten er ikke fullstendig, og omtaler i hovedsak de bestemmelsene som har vært aktuelle i forbindelse med covid-19-pandemien.

2.2 Helsedirektoratets vurdering

Smittevernloven har til formål, jf. § 1-1, å *verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i eller ut av Norge til andre land.* Loven skal i tillegg bl.a. *sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner sin virksomhet i smittevernarbeidet.* Lovens nærmere virkeområde er angitt i § 1-2.

Smittevernloven gjelder for alle smittsomme sykdommer, men har også en trinnvis inndeling der hjemlene i loven avhenger av om det er en smittsom sykdom, en allmennfarlig smittsom sykdom, eller om det er et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

Vi vil først vurdere om covid-19 fortsatt oppfyller vilkårene i smittevernlovens § 1-3 for allmennfarlig smittsom sykdom, for deretter å drøfte hvorvidt denne klassifiseringen bør opprettholdes.

Vurdering av om covid-19 fremdeles oppfyller kriteriene for allmennfarlig smittsom sykdom

Sykdommer som defineres som allmennfarlig smittsomme fremgår av *forskrift om allmennfarlig smittsomme sykdommer*⁵. Forskriften består per i dag av 39 sykdommer.

Smittevernloven angir i § 1-3 om definisjoner, nr. 3 at en allmennfarlig smittsom sykdom er en sykdom som:

- "- er særlig smittsom, eller*
- som kan opptre hyppig, eller*
- har høy dødelighet, eller som*

⁵ [Forskrift om allmennfarlige smittsomme syndrome - Lovdata](#)

- kan gi alvorlige eller varige skader, og som

a. vanligvis fører til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens, eller

b. kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen, eller

c. utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den".

§ 1-3 første ledd nr. 3 inneholder fire alternative hovedkriterier og tre alternative tilleggskriterier. Det er tilstrekkelig at ett av hovedkriteriene og ett av tilleggsvilkårene er oppfylt. Det er derfor mange kombinasjoner av typetilfeller som kan føre til at en sykdom kan bli definert som allmennfarlig smittsom. En sykdom som har høy dødelighet (hovedkriteriet) og som det ikke finnes effektiv behandling for (tilleggskriteriet) tilfredsstiller derfor definisjonen, selv om den er lite smittsom og ikke kan få stor utbredelse. Motsatt kan en sykdom med lavere alvorlighetsgrad, men som kan få så stor utbredelse at den eksempelvis kan overbelaste kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten eller føre til mange samtidig syke, også falle innunder definisjonen. Det vises i denne sammenheng til Gyldendal Rettsdata, der det blant annet kommer frem at:

"Når det gjelder sykdommer som kan få stor utbredelse, jf. bokstav b, må det være tilstrekkelig at sykdommen har potensial i seg til å få en slik utbredelse at den blir en trussel mot folkehelsen for å kunne bli vurdert som allmennfarlig".

Det er potensialet i situasjonen og muligheten for nye utbrudd som er relevant i vurderingen av om en sykdom skal defineres som allmennfarlig smittsom sykdom.

Vi vil også vise til forarbeidene der det står:

"Vilkårene (kriteriene) for allmennfarlig smittsom sykdom er som det fremgår, forholdsvis detaljert utformet, men vil likevel i stor grad bero på skjønn. Selv om det er en samlet vurdering (flere skjønnstemaer) som skal legges til grunn, vil det kunne oppstå forskjellig bedømmelse av hva som er en allmennfarlig smittsom sykdom".⁶

Vurdering av hovedkriteriet: *særlig smittsom*

Det første hovedkriteriet om at en sykdom er særlig smittsom, vil måtte bygge på generell og internasjonalt anerkjent viten om den enkelte sykdoms smittsomhet og den utbredelse den eventuelt kan få i en befolkning som ikke er beskyttet på kunstig vis⁷.

Folkehelseinstituttet skriver i utkast til besvarelse av 26.03.2023:

"Covid-19 smitter fortsatt ganske lett ved deponering av spyttdråper på slimhinner i ansiktet eller ved innånding av aerosoler med virus. Immunitet etter smitte eller vaksinasjon beskytter godt mot ny infeksjon, men bare i noen måneder. Deretter kan man lett bli smittet igjen dersom man eksponeres for viruset."

Vurderingen som Helsedirektoratet gjorde i oppdrag 617 opprettholdes i dag. Vi viser derfor til vår redegjørelse i dette oppdraget. Vi vurderer at det første hovedkriteriet fortsatt er oppfylt.

Vurdering av hovedkriteriet: *som kan opptre hyppig*

Når det gjelder det andre hovedkriteriet om at sykdommen kan opptre hyppig, må det etter departementets

⁶ Ot.prp.nr.91 (1992-1993), særmerknadene.

⁷ Ot.prp.nr.91 (1992-1993), side 122.

oppfatning, legges vekt på den enkelte sykdoms epidemiologiske særtrekk i ulike deler av verden. Hvorvidt en sykdom kan opptre hyppig i Norge i den forstand at epidemier når oss med forholdsvis korte mellomrom, må vurderes i et ganske vidt epidemiologisk perspektiv og underbygges av den erfaring vi har skaffet oss opp gjennom årene.⁸

Folkehelseinstituttet skriver i utkast til besvarelse av 26.03.2023:

"Covid-19 har siden starten av 2022 smittet så å si hele befolkningen. Det er nå utbredt immunitet i befolkningen, men beskyttelsen mot å bli smittet på nytt, svekkes ganske raskt. Vi må altså regne med at de fleste vil bli smittet igjen flere ganger de kommende årene. Dette og de neste få årene vil kanskje epidemien fortsatt komme i bølger, men disse vil bli mindre uttalte etter hvert. Likevel vil vi regne med at hundretusener smittes hvert år."

Selv om det er utbredt immunitet i befolkning tas det forbehold om at immunitet mot smitte er kortvarig og risiko for å bli smittet igjen øker etter noen måneder. Erfaringen i løpet av 2022 og fram til mars 2023 tilsier at sykdommen opptrer hyppig i befolkning og i hyppige bølger som gjenspeiler kortvarig immunitet mot smitte hos enkelte. Helsedirektoratet vurderer at det andre hovedkriteriet fortsatt er oppfylt.

Vurdering av tilleggskriteriet: kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen

Det andre tilleggskriteriet, bokstav b, gjelder muligheten for at en sykdom kan bli en vesentlig belastning for folkehelsen. Kriteriet gjelder ifølge forarbeidene "muligheten for at en sykdom på grunn av stor utbredelse, kan resultere i et så høyt sykefravær innen mange sektorer at viktige samfunnsfunksjoner kan bli truet. Også her må det bygges på erfaring om hvilke typer av sykdommer som kan få slike konsekvenser."⁹ Vi viser også til sitatet fra Gyldendals Rettsdata over.

I tidligere vurderinger av covid-19 har vi sett at både utbredelsen av sykdommen, antallet alvorlig syke og døde samt sykefravær har vært en vesentlig belastning for folkehelsen. Spørsmålet er om dette fortsatt er tilfelle. Vi viser i den forbindelse også til at dette kriteriet har blitt brukt ved oppføringen av rubella og meslinger på listen over allmennfarlig smittsomme sykdommer, selv om forekomsten av sykdommene i Norge på det tidspunktet var lav. Folkehelseinstituttet skriver i utkast til besvarelse av 26.03.2023 at

"Vi må fortsatt regne med at hundretusener smittes av SARS-CoV-2 hvert år. De fleste får mild sykdom. Risikoen for alvorlig forløp er liten for de aller fleste, men høyere for de eldste og skrøpeligste og sannsynligvis også for alvorlig immunosupprimerte. Belastningen på folkehelsen og helsetjenesten vil sannsynligvis bli stadig mindre."

Og videre om senfølger:

"Pasienter som har gjennomgått covid-19 blir diagnostisert med lignende tilstander som pasienter som har gjennomgått andre alvorlige luftveisinfeksjoner, dog med noen forskjeller som at neurologiske symptomer er vanligere etter covid-19. Kvinner har høyere risiko for å utvikle seinfølger enn menn. Pasienter som har hatt mild og moderat covid-19 (ikke innlagt på sykehus) rapporterer vedvarende symptomer seks til tolv måneder etter infeksjon hyppigere enn personer i kontrollgrupper som ikke har fått påvist SARS-CoV-2. Effekten av seinfølger etter covid-19 på livskvalitet i den generelle befolkningen er fortsatt usikker ettersom livskvalitet i hovedsak er målt blant pasienter som har vært alvorlig syke."

⁸ Ot.prp.nr.91 (1992-1993), særmerknadene.

⁹ Ot.prp.nr.91 (1992-1993), særmerknadene.

De konkluderer:

"Basert på dette er det derfor vår vurdering at SARS-Cov-2 ikke er en vesentlig belastning for folkehelsen nå og sannsynligheten for at den vil bli det i fremtiden anses som lav.

→ Vi vurderer at kriteriet neppe er oppfylt."

Vi legger FHI sin smittevern faglige vurdering i deres utkast til besvarelse til grunn for vår vurdering. FHI beskriver at vi fortsatt må regne med at svært mange smittes hvert år. Selv om de fleste vil få milde symptomer, er det usikkerhet rundt sykefravær og konsekvenser for kritiske samfunnsfunksjoner inkludert helsetjenesten. Det er fortsatt risiko for alvorlig forløp og død hovedsakelig blant de eldste og de med svekket immunforsvar. Sykdommen kan gi senfølger ("long covid") hos både vaksinerte og uvaksinerte, og vi har ikke sett langtidseffektene av dette enda.

Gjennom det siste året har vi sett at covid-19 har gitt flere bølger med smittespredning og økende sykehusinnleggelse. Sammen med influensa og RSV-infeksjon, ga covid-19 en betydelig belastning av helsetjenesten i desember 2022 og januar 2023. Vi har fortsatt en helsetjeneste som i hovedsak er tilpasset en situasjon uten covid-19. Store smittebølger slik som vi så rundt nyttår, kan, hvis sammenfallende med andre alvorlige hendelser, føre til utfordringer for helsetjenesten og behandlingsutfordringer for andre pasienter.

NAV¹⁰ har rapportert om en oppgang i sykefraværet på 4,4 prosent fra 2021 til 2022. Økningen i tapte dagsverk var størst for sykdommer i luftveiene (+56,8 %), hvor påvist covid-19 (R992) utgjorde cirka halvparten (49,3 %) av de tapte dagsverkene i denne diagnosegruppen. I rapporten er det beskrevet at sykefraværet har svingt i takt med smittetallene under pandemien og at av alle enkeltdiagnoser, var det R992 (påvist covid-19) som forårsaket både flest tapte dagsverk og flest sykefraværstilfeller i 2022. Videre er det notert at i det tillegg til mange koronarelaterte sykefravær de siste årene, er registrert en betydelig økning i antall lengre sykefravær. Senfølger av covid-19 er drøftet som medvirkende årsak til denne utviklingen.

Helsedirektoratet legger til grunn at selv om sykdommen anses som mindre alvorlig nå enn ved pandemiens begynnelse, er det fortsatt usikkerhet med hensyn til den videre utviklingen. Både størrelsen av smittebølger, sammenfall med andre helse relatert hendelser, usikkerhet knyttet til senfølger av covid-19 og utvikling av nye virusvarianter bidrar til denne usikkerheten. Det er fortsatt potensiale for at covid-19 kan bli en vesentlig belastning for folkehelsen både ved et høyt sykefravær i kritiske samfunnsfunksjoner, og ved at helsetjenesten får kapasitetsutfordringer som påvirker ytelsen av helsetjenester til befolkningen. Som vurdert i oppdrag 617, er det ikke bare graden av sykkelighet for den enkelte som er avgjørende for vurderingen, men potensialet i situasjonen. Helsedirektoratet vurderer at tilleggskrav b. fortsatt er oppfylt.

Vi har ikke vurdert de øvrige kriteriene, men viser her til FHI sin besvarelse.

Oppsummering av om covid-19 fortsatt oppfyller kravene for å være definert som en allmennfarlig smittsom sykdom:

- Helsedirektoratet vurderer at vilkårene i smittevernloven § 1-3 nr. 3 er oppfylt ved at covid-19 er en sykdom som er særlig smittsom, forekommer hyppig og kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen.

Vurdering av om covid-19 fortsatt bør klassifiseres som en allmennfarlig smittsom sykdom

Smittevernlovens bestemmelser gir en rekke fullmakter, rettigheter og plikter for å kunne håndtere en situasjon med tiltakene nevnt nedenfor. Disse bestemmelsene (§§ 2-1, 2-2 og 3-5 og 3-6, 4-1, 4-2, og hele kapittel 5) vil bare kunne anvendes for en sykdom som defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom. Det vises til at grunnvilkåret i

¹⁰ NAV. (2023). [Utviklingen](#) i sykefravær per år 2022.

smittevernloven § 1-5 alltid må vurderes konkret før et nytt tiltak benyttes. Bruken av tiltak må bygge på en klar medisinskfaglig begrunnelse, og være forholdsmessig.

En gjennomgang av samtlige bestemmelser som utløses av allmennfarlige smittsomme sykdommer er ikke formålstjenlig, men vi velger å kommentere noen bestemmelser overordnet.

- § 2-1 Informasjon og personlig smittevernveiledning til smittede personer
Bestemmelsen presiserer legens plikt til å gi informasjon og personlig veiledning om sykdommen. Det er ikke lenger like viktig som før med informasjon og personlig smittevernveiledning ved covid-19. Samtidig kan dette gjøres selv om covid-19 ikke lenger er definert som allmennfarlig smittsom sykdom.
- § 3-5- Legens plikt til å foreta undersøkelse av smittede personer
"En lege som får mistanke om at en pasient har en allmennfarlig smittsom sykdom, skal etter samtykke fra pasienten foreta eller sette i verk de undersøkelser som er nødvendige for å bringe på det rene om det foreligger en slik sykdom. I så fall skal legen straks og i samråd med den smittede pasienten gjøre sitt for å motvirke at sykdommen blir overført til andre." Denne bestemmelsen er ikke like viktig nå som vi ikke lenger har plikt eller anbefaling om å teste alle med symptomer for covid-19. Samtidig vil det i de aller fleste situasjoner være slik at en person som har gått til lege pga. mistanke om covid-19, vil ha behov for å få stilt en diagnose, og vil få anbefaling om å holde seg hjemme under sykdomsforløpet. FHI skriver i sitt utkast til besvarelse at det kan være en fordel om covid-19 ikke lenger er en allmennfarlig smittsom sykdom. Vi har imidlertid ikke erfaring med at denne bestemmelsen har gitt noen utfordringer, og kan derfor ikke se at den gir noen ulempe verken for pasienten eller legen.
- § 3-6 Legens plikt til å foreta smitteoppsporing
Denne bestemmelsen kommer kun til anvendelse når det er nødvendig av hensyn til smittevernet, noe det i øyeblikket ikke er med den smittesituasjonen vi har i landet. Vi kan derfor ikke se at den er til hinder for at covid-19 fortsatt er definert som en allmennfarlig smittsom sykdom.
- § 5-1 Plikter for en person som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom "Den som har grunn til å anta at han selv eller noen han har omsorgen for, er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, skal snarest gi beskjed til lege og oppsøke legen for nødvendig undersøkelse". Denne bestemmelsen har blitt tolket på forskjellig måte gjennom pandemien. Tidlig i pandemien skulle man gå i isolasjon, og kun oppsøke lege ved behov for helsehjelp. Senere i pandemien skulle alle teste seg ved symptomer, positive tester skulle registreres, men man skulle kun oppsøke lege ved behov for helsehjelp. Nå er informasjonen til befolkningen at man kun trenger å teste seg ved behov for legehjelp. Helsedirektoratet vil vurdere å foreslå en justering av denne bestemmelsen slik at den i større grad kan romme behovet under en pandemi. Vi kan imidlertid ikke se at denne bestemmelsen med dagens informasjon til befolkningen om hvordan den skal håndteres, er noen ulempe for at covid-19 fortsatt defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom.
- § 6-2 Dekning av tjenester og tiltak
Smittevernloven § 6-2 hjemler en rekke forskrifter som sikrer gratis tjenester og tiltak ved en allmennfarlig smittsom sykdom. Departementet kan bestemme at tjenester eller tiltak etter loven skal være gratis for den som er i fare for å bli smittet med smittsomme sykdommer, eller som allerede er det. Det er ikke et vilkår at sykdommen er definert som allmennfarlig: at den er smittsom, jf. § 1-3 nr. 1, er tilstrekkelig. Forarbeidene¹¹ forutsetter at særlig tjenester og tiltak overfor allmennfarlig smittsomme sykdommer skal være gratis. Hensynet bak regelen er dels at økonomiske overveielser ikke skal hindre folk i å søke nødvendig legehjelp, dels at flere av lovens plikter er gitt ut fra hensynet til samfunnet. Konsekvensene for behandling med Paxlovid, drøftes nedenfor.

¹¹ Ot.prp.nr. 91 (1992-1993), side 168.

Dersom covid-19 ikke lenger skal defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom, faller muligheten for å bruke visse bestemmelser på ytterligere vilkår, bort. De viktigste beredskapsbestemmelsene som har vært i bruk under pandemien, er § 4-1 Møteforbud, stenging av virksomhet, begrensing i kommunikasjon, isolering og smittesanerung, § 4-3 om innreisetiltak og § 4-3a om isolasjon og karantene. I gjeldende strategi – og beredskapsplan har kommunene en viktig rolle ved at de skal kunne iverksette lokale tiltak når det nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført. Både vi og FHI anser det som lite sannsynlig at det vil være aktuelt med lokale tiltak overfor covid-19 slik smittesituasjonen er i dag, men Helsedirektoratet har tillit til kommunene og ser det ikke som noe problem at fullmaktene i bestemmelsene holdes åpne. Bestemmelsen er en beredskapsbestemmelse som kun kan tas i bruk dersom det er nødvendig. Slik Helsedirektoratet forstår gjeldende covid-19 forskrift med gjenstående regulering av Sysselmannens kompetanse i § 9 er hjemlingen av bestemmelsen fortsatt smittevernloven § 4-1, noe som tilsier krav om allmennfarlig smittsom sykdom for bruk av kompetansen. Det vises til omtale i del 3, punkt 1.

§ 4-3 hjemler i dag muligheten for å iverksette innreisetiltak. Dersom covid-19 ikke lenger skal defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom, faller muligheten for å iverksette slike tiltak bort. Selv om vi i dag ikke har behov for innreisetiltak for covid-19, viste situasjonen med smitteøkningen i Kina rundt nyttår oss at det var behov for en samlet, europeisk strategi for å håndtere en slik situasjon. Dersom det igjen vil bli behov for innreisetiltak for eksempel i Europa, vil man i så fall måtte definere covid-19 som en allmennfarlig smittsom sykdom på nytt.

En revisjon av § 4-3a er i øyeblikket på høring. Som § 4-1, kan § 4-3a kun iverksettes dersom det er nødvendig og forholdsmessig utfra en helhetsvurdering. § 4-3 er også en beredskapsbestemmelse, som kan tas i bruk dersom utviklingen av pandemien tilsier at det er nødvendig.

Paxlovid og konsekvenser for distribusjon dersom covid-19 ikke lenger klassifiseres som en allmennfarlig smittsom sykdom

FHI foreslår at covid-19 ikke lenger skal klassifiseres som en allmennfarlig smittsom sykdom. For å sikre fortsatt mulighet for gratis behandling av pasienter med Paxlovid, foreslår FHI i sitt utkast til besvarelse å endre blåreseptforskriften § 4 punkt 1 til følgende:

"Folketrygden yter stønad til legemidler ved allmennfarlige smittsomme sykdommer og covid-19 etter denne paragrafen til den som oppholder seg i Norge, selv om vedkommende ikke er medlem i folketrygden. Med allmennfarlige smittsomme sykdommer menes sykdommer i henhold til forskrift 1. januar 1995 nr. 100 om allmennfarlige smittsomme sykdommer § 1."

Blåreseptforskriften

Visse legemidler til behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer kan i dag dekkes på blåresept etter § 4, Legemidler ved smittsomme sykdommer. Etter dagens forskrift, kan det ytes stønad til forebygging og behandling av covid-19 med antiinfektiva i ATC-gruppe J. Det er satt som et vilkår at bruken er i henhold til faglige anbefalinger fra Helsedirektoratet.

Det ytes full dekning etter denne bestemmelsen i blåreseptforskriften. Det vil si at pasienten ikke betaler egenandel, slik hovedregelen er i blåreseptordningen. I motsetning til forhåndsgodkjent refusjon (§ 2) og individuell stønad (§ 3) i blåreseptordningen, så er det ingen krav til at det er gjennomført en metodevurdering før det kan ytes stønad etter § 4. Det er heller ikke krav til at prioriteringskriteriene er oppfylt for behandlingen som det ytes stønad til.

Blåreseptforskriften § 4 var inntil 2014 begrenset til legemidler til bruk ved allmennfarlige smittsomme sykdommer. Ved en forskriftsendring i 2014 ble dekningsområdet for bestemmelsen utvidet til å gjelde også bruk av legemidler (vaksiner, immunglobuliner og immunsera) hos spesifikke risikopasienter med smittsomme (men ikke allmenfarlige smittsomme) sykdommer. I høringsnotatet ble det ikke spesifikt omtalt at forslaget faktisk utvider omfanget av

bestemmelsen til også å gjelde ved smittsomme sykdommer. Det vises i høringsnotatet til at blåreseptforskriften er hjemlet i smittevernloven, og at denne har til formål å verne befolkningen mot *smittsomme* sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen. Det vises også til at særreglene for forebygging og behandling av allmenfarlige smittsomme sykdommer i forskriften er blant annet diktert av smittefare. Ordlyden i paragrafen ble samtidig endret til *§ 4 Legemidler ved smittsomme sykdommer*. I punkt 1 og punkt 2 i bestemmelsen som bl.a omhandler antiinfektive legemidler, så er rett til stønad fremdeles begrenset til allmennfarlige smittsomme sykdommer. Etter punkt 1 i bestemmelsen, er det ikke krav til medlemskap i trygden for å ha rett til stønad til allmennfarlige smittsomme sykdommer. Det er uklart om det samme gjelder behandling av de smittsomme sykdommene som dekkes etter § 4.

Etter dagens regelverk for blåreseptordningen, så kan det ytes stønad til kortvarig behandling av smittsomme sykdommer også etter § 2 og § 3. Behandling med antiinfektiva mot covid-19 er derfor mulig å dekke på blåresept på annen måte enn etter § 4. Det vil imidlertid være et generelt krav til å betale egenandel for stønad til slike legemidler etter § 2 og § 3. Videre vil det være krav til at det må gjennomføres en metodevurdering for å sikre at prioriteringskriteriene er oppfylt før det kan ytes stønad etter § 2 og § 3. Paxlovid, som er det eneste legemidlet mot covid-19 som dekkes etter § 4 i dag, er ikke metodevurdert. Det vil derfor ta en del tid (trolig måneder) å få gjennomført en metodevurdering og dermed åpne for å kunne dekke det etter § 2 eller § 3. Dersom covid-19 blir "deklassifisert" til en smittsom sykdom i løpet av kort tid, vil det medføre utfordringer med å sikre dekning av legemidler til behandling av covid-19 på blåresept § 2 og § 3. Det kreves vanligvis også at legemiddelfirmaet som har markedsføringstillatelse involveres i prosessen og søker om pris som er offentlig (AUP) for at det skal bli en reell metodevurdering. Alternativt kan man be om en forskriftsendring i § 4 som åpner for å dekke legemidler til behandling (og eventuelt forebygging) av covid-19 i tråd med faglige anbefalinger fra Helsedirektoratet. Prinsipielt synes vi det er uheldig å åpne opp for kun utvalgte smittsomme sykdommer på § 4, med mindre det er gode grunner til at disse sykdommene eller pasientene skiller seg klart fra andre pasienter med smittsomme sykdommer som i dag enten får legemidlene dekket etter § 2 eller § 3 mot betaling av egenandel, eller må dekke hele kostnaden av egen lomme. Dersom man ikke lenger ser behov for å skjerme pasienter med covid-19 for egenandeler hos lege, så er det vanskelig å forstå hvorfor det er viktig å skjerme de samme pasientene for egenandel for legemiddelbehandlingen mot den samme sykdommen.

Oppsummering:

Slik vi ser det, er det åpning for å kunne dekke forebygging og behandling med legemidler til bruk ved covid-19 etter blåreseptforskriften § 4 også dersom sykdommen blir å anse som en smittsom (men ikke allmennfarlig smittsom) sykdom. Det vil kreve en forskriftsendring. Vi ber om at departementet gir et oppdrag om å utrede en slik endring i blåreseptforskriften. Det er noen prinsipielle utfordringer med å åpne for å dekke covid-19 behandling på denne måten, bl.a. ved at det ikke sikrer likebehandling overfor pasienter som trenger behandling av legemidler ved andre smittsomme sykdommer, som det ikke ytes full dekning til.

Konsekvenser i forhold til rasjoneringsvedtaket

I og med at det foreløpig er gjort et engangsinnkjøp av en begrenset mengde Paxlovid har Statens legemiddelverk [vedtatt rasjonering for dette legemiddelet](#). Apotek skal kun utlevere Paxlovid på blå resept (§ 4) eller rekvisisjon fra sykehjem eller kommunale akutte døgnenheter (KAD-enheter) i tråd med faglige anbefalinger fra Helsedirektoratet. Det er ikke anledning for sykehjem eller legekontor å bestille til lager. Dette vedtaket er hjemlet i helseberedskapsloven § 5-2.

Selv om klassifisering av covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom ikke har direkte betydning for spørsmålet om vilkårene etter helseberedskapsloven § 1-5 er oppfylt, så har det betydning for om man fortsatt kan begrunne vilkåret om en krise.

Uten mulighet til rasjonering, vil Paxlovid kunne forskrives på hvit resept, og rekvireres til institusjoner og legekantor på lik linje med andre legemidler. Kostnaden for pasient eller institusjon vil være 190 kroner inkl. MVA per pakning (dvs per behandling). Dette tilsvarer apotekets godtgjørelse for håndtering og gjenspeiler ikke legemiddelets reelle pris som er konfidensiell. Denne lave kostnaden er det grunn til å tro at kan bidra til betydelig økning i rekvirering, spesielt til institusjoner. Pakninger som er sendt ut til apotek kan ikke tas tilbake til Helsedirektoratets lager. De kan heller ikke overføres mellom apotek, i henhold til regler for legemiddeldistribusjon. Helsedirektoratet kan imidlertid følge salget fra grossister til apotek og fortløpende vurdere om det er behov for å stanse distribusjonen av Paxlovid med formål å beholde et beredskapslager for ev. fremtidige smittebølger. Det vil i så fall være ønskelig at produsenten Pfizer ønsker å markedsføre legemidlet i Norge selv, se siste avsnitt.

Oppsummering:

Endring i klassifisering for covid-19 vil kunne medføre at rasjonering av legemiddelet ikke lenger er mulig. På grunn av en fiktiv og lav pris er det slik vi ser det reell fare for hamstring hjemme hos pasient, på legekantor og i institusjoner.

Mulighet for rekvirering på hvit resept

Som beskrevet i avsnittet om konsekvenser for rasjoneringsvedtak, vil prisen den enkelte pasient må betale for Paxlovid på hvit resept være 190 kroner inkl. MVA per behandling. Dette vurderes å være en akseptabel pris. Til sammenligning er prisen for en 10 dagers behandling med et vanlig antibiotikum som penicillin eller erytromycin ca. 110-150 kroner inkl. MVA.

Fremtidig tilgang på Paxlovid

Så lenge Helsedirektoratet har Paxlovid på lager med tilfredsstillende holdbarhet kan vi kreve at grossistene distribuerer våre pakninger fremfor pakninger som evt markedsføres av produsenten Pfizer. Det er foreløpig ikke kjent om Pfizer vil markedsføre legemiddelet i Norge på ordinær måte og selv ta hånd om distribusjon. Det er imidlertid usannsynlig at dette vil skje uten refusjon etter blåreseptforskriften (§ 4 eller § 2 og § 3), da salg til markedspris på hvit resept vil medføre en betydelig kostnad for den enkelte pasient. I Sverige har Pfizer markedsført Paxlovid til en pris på 9915 SEK AUP. Det er ikke kjent hvilken pris produsenten vil selge det til hvis det er aktuelt å markedsføre det i Norge.

Helsedirektoratet har kjøpt inn Paxlovid via felles europeisk innkjøp og innkjøpspris er konfidensiell.

Innkjøpskontrakten forplikter verken produsenten eller oss til ytterligere leveranser/kjøp, men gir mulighet for dette så lenge kontrakten er gyldig.

Oppsummering av om covid-19 fortsatt bør klassifiseres som allmennfarlig smittsom sykdom:

- Helsedirektoratet vurderer at covid-19 etter hvert kan fjernes fra listen over allmennfarlig smittsomme sykdommer dersom det er ønskelig, men anbefaler at konsekvensene ved en slik endring gjennomgås og nødvendige justeringer av regelverket gjennomføres i god tid slik at overgangen kan skje på en forutsigbar måte.

Sammenligning med andre skandinaviske land

Folkhelseinstituttet nevner i utkastet til faglig underlag (26.3.23) at Sverige og Danmark ikke har covid-19 på deres respektive lister over allmennfarlige smittsomme sykdommer. Samtidig nevnes det at: "*De tre skandinaviske landene har nokså lik, men ikke identisk, regulering på dette området.*"

Forskjellige land har ulikt lovverk og praksis rundt håndteringen av de smittsomme sykdommene. I vår besvarelse på helseerettsspørsmålet som leveres 31. mars 2023, redegjør vi for den norske innretningen av listen over allmennfarlig smittsomme sykdommer. Ved sammenlikning med andre land sine lister, vil det være nødvendig å gjøre en helhetlig sammenlikning av hele lovverket rundt de smittsomme sykdommene for å kunne vurdere eventuelle likheter og

forskjeller. For eksempel står seksuelt overførbare infeksjoner som gonore og klamydia på listen over allmennfarlig smittsomme sykdommer i Norge, men ikke på listen over allmennfarlige sykdommer i Danmark¹². I Norge bidrar dette til at pasienter med seksuelt overførbare sykdommer får rettigheter som bidrar til å bekjempe den videre smittespredningen. Andre eksempler er meslinger og rubella som er definerte som allmennfarlig smittsomme sykdommer i Norge, bl. annet pga. beredskapshensyn, men ikke i Danmark.

I vurderingene av covid-19 fra Danmark¹³ kommer det fram at:

"I lovebemærkningerne nævnes bl.a. pest, ebola, kopper og svært akut respiratorisk syndrom (SARS) som eksempler på sygdomme der antages at opfylde kriterier for alment farlige sygdomme, mens bl.a. klamydia, syfilis, gonore, tuberkulose, mæslinger, hiv og sæson-influenza nævnes som eksempler på smittsomme sygdomme, der ikke vil skulle høre til kategorien alment farlige sygdomme.

En række af disse eksempler er begrundet i lovebemærkningerne: For tuberkulose ved at sygdommen ved behandling ikke medfører høj dødelighed eller alvorlige eller varige skader, for mæslinger ved at sygdommen nok kan medføre alvorlige og varige skader, men at den aktuelle danske kontekst med høj tilslutning til vaccinationsprogram gør, at større udbrud og epidemier ikke kan forekomme, samt for HIV ved at sygdommen ved behandling ikke medfører høj dødelighed eller alvorlige eller varige skader, og i den aktuelle danske kontekst med formentlig verdens bedste hiv-behandlingsindsats må sygdommen anses som en kronisk medicinsk behandlet sygdom."

Helsedirektoratet bemerker at sammenlikningene som her er gjort, vil få andre konsekvenser i Norge.

I Sverige¹⁴ er også systemet for kategorisering av smittsomme sykdommer annerledes enn den norske, med flere kategorier: anmeldningspliktig, smittspørningspliktig, allmänfarlig, samhällsfarlig. Covid-19 er definert som anmeldningspliktig.

2.3 Konklusjon

- På spørsmål om hvorvidt covid-19 fortsatt oppfylder vilkårene i smittevernloven § 1-3 nr. 3 for allmennfarlig smittsom sykdom, vurderer Helsedirektoratet at vilkårene er oppfylt ved at covid-19 er en sykdom som er særlig smittsom, forekommer hyppig og kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen.
- På spørsmål om hvorvidt covid-19 fortsatt bør defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom, vurderer Helsedirektoratet at covid-19 etter hvert kan fjernes fra listen over allmennfarlig smittsomme sykdommer, men anbefaler at konsekvensene ved en slik endring gjennomgås og nødvendige justeringer av regelverket gjennomføres i god tid slik at overgangen kan skje på en forutsigbar måte.
- Vi gjør spesielt oppmerksom på konsekvensene for beredskap, spesielt beredskap på Svalbard (se del 3 punkt 1) og behandling med Paxlovid:
 - Det er åpning for å kunne dekke forebygging og behandling med legemidler til bruk ved covid-19 etter blåreseptforskriften § 4 også dersom sykdommen blir å anse som en smittsom (men ikke allmennfarlig smittsom) sykdom. Det vil kreve en forskriftsendring.

¹³ Sundhedsstyrelsen. (2023). Vedr. kategorisering af covid-19 som alment farlig sygdom [Kategorisering-af-covid-19-som-alment-farlig-sygdom.ashx](#)

¹⁴Folkhälsomyndigheten. (2023). Anmälningspliktiga sjukdomar. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/overvakning-och-rapportering/anmalningspliktiga-sjukdomar/> oppdatert 16.3.23

- Endring i klassifisering for covid-19 vil kunne medføre at rasjonering av legemiddelet ikke lenger er mulig. På grunn av en fiktiv og lav pris er det slik vi ser det reell fare for hamstring hjemme hos pasient, på legekantor og i institusjoner.
- Prisen den enkelte pasient må betale for Paxlovid på hvit resept være 190 kroner inkl. MVA per behandling.

Del 3 Gjennomgang av enkelte bestemmelser

Det bes om vurdering av enkelte bestemmelser bør forlenges, og ev. hvor lenge etter 30.06.23. Det vises til oppdragsformuleringen tidligere i dokumentet. Helsedirektoratet er gitt hovedansvar for delspørsmål 1 og 2, og FHI er gitt hovedansvar for 3-7.

*Delspørsmål 1: Covid-19-forskriften § 9 om karantenerregulering og inn- og utreiseregler for Svalbard
Det bes også om vurdering av om følgende bør forlenges og eventuelt hvor lenge etter 30.6.2023:*

Covid-19-forskriften § 9 om karantenerregulering og inn- og utreiseregler for Svalbard, hvoretter Sysselmesteren kan fastsette forbud mot å gå i land på Svalbard, samt også fastsette unntak fra slikt ilandstigningsforbud. Det bes om at Sysselmesterens vurdering innhentes.

Bakgrunn

Beredskapssituasjonen på Svalbard er sårbar. Under covid-19-pandemien besvarte derfor Helsedirektoratet og FHI en rekke oppdrag knyttet til spesielle smitteverntiltak- og regler på og ved Svalbard. Det er begrensede helse- og redningsressurser, og store geografiske avstander. En eventuell tilstrømning av syke personer vil kunne ha store konsekvenser for helsetjenesten på Svalbard. En eventuell samtidig hendelse (f.eks. ulykke), vil kunne forverre en slik situasjon ytterligere. Det er tidligere vist til at behandling av kun én alvorlig syk covid-19 pasient ville kunne beslaglegge hele sykehusets kapasitet.

Imidlertid er situasjonen en annen nå enn tidligere. Nær sagt alle tilreisende (og beboere) må antas å være immunisert, og risikoen for at den enkelte tilreisende skal utvikle alvorlig covid-19-sykdom er betraktelig redusert. Det er ikke lenger krav om isolasjon og karantene – hvilket tidligere har vært problematisk på Svalbard pga. begrenset tilgang til slike fasiliteter.

Etter at Helsedirektoratet og FHI sist vurderte covid-19-forskriftens særregulering av Svalbard (i Covid-19 oppdrag 640), er det kun § 9 som fortsatt gjelder.

Etatene vurderer i denne besvarelsen om denne forskriften bør forlenges.

Tidligere oppdrag vedrørende anbefalinger og forskriftsregulering for Svalbard

Oppdragene 328, 367, 372, 466, 466 – del 2, 495, 535, 574, 596, 627, 640.

Helsedirektoratet viser særlig til vår vurdering og nærmere drøftelse av covid-19 forskriften § 9 og Sysselmesterens myndighet i tilknytning til denne bestemmelsen i oppdrag 640.

Gjeldende rett

§ 9.Karantenerregulering og inn- og utreiseregler for Svalbard

Sysselmesteren på Svalbard kan under hensyn til de stedlige forholdene i forskrift fastsette forbud mot å gå i land på Svalbard, samt unntak fra ilandstigningsforbud og vilkår for slikt unntak.

Det er i gjeldende covid-19-forskrift § 9 adgang for Sysselmesteren til å fastsette forskrift om ilandstigningsforbud og unntak fra et slikt forbud. Bestemmelsen har hjemmel i smittevernloven § 4-1. Dette innebærer at det må foreligge allmennfarlig smittsom sykdom for Sysselmesterens anvendelse av bestemmelsen. Bestemmelsen gir adgang til å

fatte en rekke ytterligere vedtak om smitteverntiltak. Tiltakene må oppfylle vilkårene i smittevernloven § 1-5.

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

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

En slik vurdering må videre gjøres fortløpende dersom Sysselmesteren tar i bruk covid-19 forskriften § 9, og de lokale vedtakene må oppheves så snart de ikke er nødvendige, jf. smittevernloven § 1-5.

Sysselmesterens vurdering

Hva gjelder beredskapssituasjonen og den maritime trafikken til Svalbard vises det til vårt brev til Helsedirektoratet av 23. mars 2022 som beskriver de særlige utfordringene som gjør seg gjeldende på Svalbard. Vurderingene og anbefalingene i nevnte brev er fortsatt dekkende for vårt syn.

Sysselmesteren har i forbindelse med direktoratets forespørsel rettet en henvendelse til UNN Longyearbyen sykehus for en smittevern faglig vurdering basert på de stedlige forhold. Smittevernoverlege Ole Tveiten har i epost til Sysselmesteren av d.d. anbefalt en videreføring av § 9 i forskriften frem til sommer 2024. Stikkordsmessig er dette begrunnet slik:

- *Generelt kan en si at forutsetningene når det gjelder helsetjenestens kapasitet og begrensninger på Svalbard er uendra og fortsatt gyldige. o Longyearbyen sykehus er et beredskapssykehus som er utstyrt og bemanna for å kunne gi akutte helsetjenester til Svalbards befolkning og et begrensa antall tilreisende.*

o Det er begrensninger både i bemanning, utstyr, kompetanse og plassforhold.

o Massetilstrømning av pasienter uansett årsak vil raskt knekke ryggen på sykehusets funksjon.

o En lokal oppblomstring av en pandemi vil også på samme måte gjøre at sykehusets funksjoner vil stoppe opp.

Det er derfor fortsatt grunn til å beskytte sykehuset mot å kunne komme i slike situasjoner, noe også ROS-analysen tar høyde for.

- *Covid 19-pandemien er ennå ikke avslutta internasjonalt.*
- *Dagens virusutgaver gir generelt mindre alvorlig sykdom, spesielt hos yngre pasienter.*
- *De generelle tiltakene når det gjelder karantene, fravær fra jobb osv. er betydelig letta.*
- *Vi ser imidlertid fortsatt alvorlige tilstander spesielt hos eldre og svekkede pasienter.*
- *Cruise-turister har ofte høy alder og er multimorbide, de har altså større risiko for alvorlig utvikling av sykdom og infeksjoner.*
- *Vi har sett en oppblomstring av smitte fra Covid 19 også lokalt, og vi har for tiden daglig positive tilfeller på øya. Vi har derfor en høy beredskap i forhold til smitte både i byen og på sykehuset.*

- Det er meldt om 75.000 cruiseturister til øya med båtanløp i løpet av sommeren, noe som vår daglige leder allerede (kfr. siste utgave av Svalbardposten) har uttrykk sterk bekymring for i forhold til vår kapasitet. Dette er blant annet bygd på erfaringer fra i fjor sommer, der vi opplevde mange tilfeller av svært ressurskrevende pasienter fra cruise-skip.

Syssemesterens vurdering er etter dette at forskriftens § 9 videreføres frem til sommeren 2024 og at det da foretas en fornyet vurdering i lys av smittesituasjonen.

Folkehelseinstituttets vurdering (utkast per fredag 24.03.23)

Gjeldende rett: Syssemesteren kan i forskrift fastsette forbud mot å gå i land på Svalbard. Det er ingen slik forskrift nå.

§ 9. Karantenerregulering og inn- og utreiseregler for Svalbard

Syssemesteren på Svalbard kan under hensyn til de stedlige forholdene i forskrift fastsette forbud mot å gå i land på Svalbard, samt unntak fra ilandstigningsforbud og vilkår for slikt unntak.

Vurdering: Det er nå utbredt immunitet blant befolkningen på Svalbard og sannsynligvis også blant dem som besøker området. Immuniteten skyldes dels vaksinasjon og dels gjennomgått infeksjon. Eventuelle bølger av covid-19 og influensa vil ramme også Svalbard, men det er lite sannsynlig at disse blir så stor som bølgen denne vinteren. Da var det ingen restriksjoner på reiser til Svalbard, og helsetjenesten håndterte situasjonen. Den største risikoen er imidlertid knyttet til sommersesongen da det er mye cruisetrafikk og annen turisme på Svalbard. Dette er imidlertid den tida på året da en influensaepidemi er svært lite sannsynlig og en stor covid-19-bølge er lite trolig.

Det er vanskelig å anslå hva belastningen på Svalbard sykehus vil bli. En mulig beregning er slik: La oss si at det kommer 100 000 turister til Svalbard gjennom sommeren, og at hver av dem oppholder seg en kvart måned der. Da har vi 25 000 personmåneder. De fastboende tilfører gjennom en sommer 8000 personmåneder. Til sammen er det altså 33 000 personmåneder.

I den norske befolkningen var det i de 14 første månedene av omikronperioden 1,7 innleggelser per 10 000 personmåneder. Siden innleggesrisikoen øker med alder, kan vi doble dette tallet for å ta hensyn til at cruiseturistene er eldre. Da har vi 3,4 innleggelser per 10 000 personmåneder. Vi tar imidlertid ikke hensyn til at forekomsten av alvorlig covid-19 ventes å bli lavere i resten av 2023 enn i det førte året med omikron.

Med 33 000 personmåneder havner vi da på $33\,000 * 3,4 / 10\,000$ ganger = 11 innleggelser på sykehus på Svalbard for covid-19 gjennom sommeren 2023. Antallet vil sannsynligvis bli mindre ettersom det ikke ventes noen betydelig covid-19-bølge i sommer.

Hvorvidt dette er et antall som kan true Svalbardsykehusets kapasitet, er det riktigere at sykehuset selv uttaler seg om.

Å nekte noen å reise til en del av Norge, i noen tilfeller kanskje også om de bor der, er et inngripende tiltak. Det bør derfor være svært høy terskel for å innføre det. Covid-19-pandemien er ikke lenger et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, og sykdommen er snart heller ikke allmennfarlig smittsom sykdom. Det er derfor nå vanskelig å begrunne en hjemmel for et så ekstraordinært tiltak.

Konklusjon: Sannsynligvis vil færre enn ti pasienter ha behov for innleggelse for covid-19 ved Svalbardsykehuset i løpet av sommeren dersom det kommer en bølge av epidemien da. Syssemesteren og sykehuset må vurdere hvilken risiko dette utgjør for sykehusets kapasitet.

Et alternativ til forskriftens § 9 kan være en generell lovhjemmel for å begrense antall mennesker som oppholder seg på eller ved Svalbard for å beskytte sykehusets kapasitet, uavhengig av årsak.

Helsedirektoratets vurdering

Sysselmasteren ivaretar i sine vurderinger, inklusive ved innhenting av eksterne innspill, så vel smittevern faglige hensyn som beredskapshensyn.

FHI vurderer i sitt utkast at en sommerbølge av covid-19 sannsynligvis vil medføre et begrenset antall innleggelses ved Longyearbyen sykehus, men at Sysselmasteren og sykehuset må vurdere hvilken risiko dette utgjør for sykehusets kapasitet. Det vises til FHIs utkast (over) for fullstendig beskrivelse. FHI har også i tidligere besvarelse vist til at covid-19 sjelden gir akutt alvorlig sykdom uten forvarsel, og at det trolig i de fleste tilfeller vil være tid til å planlegge videre håndtering av et smittetilfelle.

Sysselmasteren, etter dialog med smittevernlegen, viser til at beredskapssituasjonen på Svalbard er sårbar. Sysselmasteren viser også til deres vurdering av 23.03.22 til oppdrag 640 (vedlagt), og de anfører at disse vurderingene og anbefalingene fortsatt er dekkende. Det er fortsatt høy beredskap for smitte både i Longyearbyen og på sykehuset. Massetilstrømming av pasienter uansett årsak vil overbelaste sykehuset. Smittevernoverlegen ved Longyearbyen sykehus viser til at de fortsatt ser alvorlige tilstander spesielt hos eldre og svekkede. Sommeren 2022 opplevde de mange tilfeller av svært ressurskrevende pasienter fra cruiseskip, og at det er knyttet sterk bekymring til denne sommerens båtanløp. Det vises til innspillet fra Sysselmasteren for fullstendig beskrivelse. Sysselmasteren vurderer at forskriften § 9 bør videreføres frem til sommeren 2024, og at det foretas en fornyet vurdering da i lys av smittesituasjonen.

Helsedirektoratet vurderer at nå som de fleste er immunisert, utgjør covid-19 en mindre beredskapsmessig trussel enn tidligere, da de fleste smittede forventes å ha et mildt sykdomsforløp. Dette taler imot å opprettholde særregulering mtp. covid-19. Imidlertid er beredskapssituasjonen på Svalbard fremdeles sårbar, slik underlaget fra Sysselmasteren beskriver. Som Sysselmasteren også viser til, har cruise-turister ofte høy alder, og ofte også mange sykdommer. De kan derfor ha større risiko for alvorlig sykdomsforløp og komplikasjoner ved en akutt infeksjon. De største cruiseskipene kan frakte flere tusen personer. Et utbrudd på et slikt cruiseskip kan medføre at mange personer blir smittet samtidig. Den eventuelle belastningen på sykehus og beredskap blir da ikke nødvendigvis jevnt fordelt over tid. Longyearbyen sykehus har begrensede ressurser, ikke minst er intensivkapasiteten svært liten. Alvorlig syke pasienter fraktes vanligvis til Tromsø så snart det er praktisk mulig. Selv om det er gode rutiner for slik flytting av pasienter, er det tidkrevende og væravhengig.

Helsedirektoratet støtter Sysselmasteren i deres vurderinger. Helsedirektoratet anbefaler at covid-19 forskriften § 9 per i dag opprettholdes inntil videre. Overskriften kan imidlertid med fordel oppdateres ved at overskriften endres – f.eks. til *Vedtak om forbud mot ilandstigning*.

En mer generell beredskapshjemmel.

Folkehelseinstituttet skriver avslutningsvis i sin anbefaling ovenfor at: *Et alternativ til forskriftens § 9 kan være en generell lovhjemmel for å begrense antall mennesker som oppholder seg på eller ved Svalbard for å beskytte sykehusets kapasitet, uavhengig av årsak.*

Helsedirektoratet støtter, slik også FHI åpner for, at det på sikt bør vurderes å utrede et behov for en generell lovhjemmel for å kunne begrense antall mennesker som oppholder seg på eller ved Svalbard for å beskytte sykehusets kapasitet, uavhengig av årsak. Som FHI også viste til i oppdrag 640, kan det være behov for en totalvurdering av den generelle beredskapen for håndtering av utbrudd av smittsomme sykdommer og andre hendelser på Svalbard. Ifølge besvarelsen av oppdrag 640, har Longyearbyen sykehus tidligere påpekt at selv i en normalsituasjon er cruisetrafikken en betydelig tilleggsbelastning for sykehuset, og at beredskapen på Svalbard generelt sett er svært sårbar. Helsedirektoratet går ikke videre inn på dette i herværende oppdrag.

Delspørsmål 2: Covid-19-forskriften § 20 om at det kan gis lisens til studenter, elever og lærlinger som er under utdanning i en helse- og sosialfaglig utdanning, for arbeid mot covid-19.

Gjeldende bestemmelse

"§ 20. Lisens som helsefaglig student

Lisens etter helsepersonelloven § 49 kan etter søknad gis for å bidra til at studenter, elever og lærlinger som er under utdanning i en helse- og sosialfaglig utdanning skal kunne gi helsehjelp som helsepersonell utenfor helsefaglig opplæring i arbeidet mot covid-19.

Lisens kan utstedes til studenter, elever og lærlinger som er under utdanning i Norge eller et annet EØS-land i et av yrkene som nevnt i helsepersonelloven § 48 første ledd, er i siste opplæringsår av utdanningen og har påbegynt eller skal påbegynne praksisdelen av utdanningen.

Lisens kan bare gis til de som er skikket ut fra lisensens art og omfang.

Lisensen kan begrenses i tid, til en bestemt stilling, til visse typer helsehjelp eller på annen måte.

Helsedirektoratet kan trekke tilbake lisenser gitt etter dette kapitlet når det ikke lenger er behov for personellet i arbeidet mot covid-19.

Lisens etter denne bestemmelsen kan ikke gis til søkere som er under utdanning i medisin og farmasi. Lisens til disse gis etter forskrift om lisens til helsepersonell kapittel 1".

FHIs vurdering

FHI viser i sitt utkast til at kommunene under pandemien har hatt stor nytte av studenter, elever og lærlinger i arbeidet med covid-19, og konkluderer med at ordningen gjerne kan videreføres.

Helsedirektoratets vurdering

Forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet (covid-19-forskriften) § 20 gir hjemmel for å gi lisens til helsefaglige studenter. Denne bestemmelsen er ikke tidsbegrenset.

De norske helsefagutdanningene avsluttes med obligatorisk praksis i helse- og omsorgstjenesten. Dette innebærer at siste års studentene allerede er i tjenesten også uten lisens. For leger og farmasøyter på masternivå, gis det studentlisens for gjennomføring av praksis med hjemmel i forskrift om lisens til helsepersonell. På samme måte er det gitt egne forskrifter som regulerer turnustjeneste for studenter som trenger dette før de kan få innvilget autorisasjon (gjelder fysioterapeuter, kiropraktorer og ortopediingeniører).

Helsefaglige studenter er et viktig bidrag inn i norsk helsetjeneste. Dette har vist seg spesielt under pandemien. Imidlertid anses det per i dag ikke å være et definert behov for å benytte helsefaglige studenter utover det som kommer frem ovenfor, samt for studenter som har obligatorisk praksis siste året av studiet.

I tillegg kan studenter som ikke oppfyller vilkårene for studentlisens, arbeide som medhjelper til autorisert helsepersonell med hjemmel i helsepersonelloven § 5. Det følger av den alminnelige handlefrihet at den som selv er faglig kvalifisert til å utføre en oppgave, også kan overlate til andre å utføre oppgaven på vegne av seg selv. Det er i det enkelte tilfelle en forutsetning at dette fremstår forsvarlig, ut ifra medhjelperens faktiske kvalifikasjoner, og at medhjelperen faktisk arbeider under oppsyn/supervisjon av et personell som er autorisert for de oppgavene det er tale om. Den som delegerer oppgavene, har ansvar for at medhjelperen utfører oppgavene på forsvarlig vis.

For å tilgjengeliggjøre studenter som en mobiliserbar ressurs under pandemien, ble også økonomiske hindre fjernet. Det ble gjort et unntak fra hovedregelen om at stipend blir omgjort til studielån dersom inntekten overstiger et bestemt beløp. Ved en mer generell tilgjengeliggjøring av lisens til siste års helsefagstudenter, risikerer studentene å

gå over inntektsgrensen. Å få omgjort stipendet til studielån vil være et hinder for å få mobilisert studenter ved neste situasjon som krever utstedelse av lisens til denne gruppen. Det er derfor viktig med dialog med andre relevante etater for å sikre en reell tilgang til siste års helsefagstudenter.

Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratet mener at det bør være en egen forskriftshjemmel for lisens til øvrige studenter, tilsvarende covid-19 forskriften § 20, dersom det oppstår behov for å benytte studentene til annet enn gjennomføring av aktiviteter lagt til obligatorisk praksis og turnustjeneste.

En forskriftshjemmel vurderer vi må avgrenses til behovet og situasjonen som eventuelt oppstår.

Hvorvidt det foreligger et behov, må aktuelle faginstanser og fagmiljø til enhver tid vurdere.

Covid-19 forskriften § 20 kan gjerne forlenges utover 30.06.2023, men på sikt bør det vurderes om det i annen egnet forskrift kan gis hjemmel for utstedelse av studentlisens ved behov til studenter som ikke allerede er omfattet av de profesjonsrettede bestemmelsene om student- og turnuslisens.

Delspørsmål 3: Covid-19-forskriften § 22a om kommunalt tilbud for covid-19-vaksinasjon

Helsedirektoratet viser til FHIs vurdering av dette spørsmålet.

Delspørsmål 4: Fastlegers oppgaver ved vaksinasjon mot covid-19. Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6a, 6b og 6c.

Etter forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 2, er det kommunene som har plikt til å tilby og å gjennomføre vaksiner mot smittsomme sykdommer etter nærmere bestemmelser i smittevernloven.

Under pandemien ble det bestemt å forskriftsfeste en midlertidig plikt også for fastlegene til å tilby covid-vaksine til egne listeinnbyggere. Denneplikten forutsetter at kommunene gjør nødvendig praktisk tilrettelegging som muliggjør at plikten kan oppfylles.

I desember 2020 ble det nedfelt et midlertidig regelverk i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram som regulerer at fastlegene skal bidra med å vaksinere egne listeinnbyggere, og at Helfo skulle utbetale honorar til legene med etterfølgende kostnadsdekning fra kommunene. Bestemmelsene har virkning til 30. juni 2023.

Fastlegenes plikter med hensyn til å bidra med gjennomføringen av vaksinasjonen ble regulert i forskriften § 6a.

De økonomiske vederlagene fastlegen skulle få for henholdsvis vaksinerings, identifisering av listeinnbyggere, samt rekvirering av vaksine der vaksinasjonene skulle utføres av annet kvalifisert helsepersonell ble nedfelt i forskriften § 6b. Honorar for vaksinerings på dagtid ble satt til kroner 220,-, og til kroner 286,- dersom det ble utført på kveld/natt/helg. Honorering av tidsbruk for å identifisere listeinnbyggerne som skal få tilbud om vaksine er honorert med kroner 375,- per påbegynte 15. minutt. Dersom legen rekvirerer vaksine som settes av annet kvalifisert helsepersonell, er dette honorert med kroner 100,-.

Takstene kan bare benyttes i de tilfellene der kommunen har bedt fastlegen å utføre vaksinerings eller identifisering.

Når det gjaldt hvordan selve oppgjøret for vaksinerings og identifisering skulle gjennomføres ble det besluttet at Helfo skulle refundere fastlegenes arbeid med å vaksinere listeinnbyggere. Da det er kommunene som bærer det økonomiske ansvaret for å vaksinere befolkningen mot covid-19, skal Helfo kreve kostnadsdekning fra kommunene for utbetalt refusjon. Dette ble nedfelt i forskriften § 6c.

Forbrukstall

Forskriften ble endret i desember 2020 og siden den tid har fastleger kunne utføre vaksinasjon og sende krav om vederlag til Helfo, som senere har fått kostnadsdekning fra kommunene.

Tabell 1 viser hvor mange utførte vaksinasjoner fastlegene har sendt oppgjørskrav til Helfo for siden desember 2020 til mars 2023 (tallene er pr. 22. mars 2023). Tallene for antall vaksinasjoner inkluderer også § 6 b nr. 3 – rekvirering av vaksine som utføres av annet helsepersonell. Grunnen til at disse tallene er tatt med er at det har involvert fastlegen og at vi antar at dette har ført til vaksinasjon. Det er totalt 30 660 vaksinasjoner som har blitt utført av annet kvalifisert helsepersonell, men hvor vaksine er rekvirert av fastlege.

Det antas at de månedlige variasjonene i antall vaksinasjoner sammenfaller med FHI sine vaksineanbefalinger.

Tabell 1:

Måned	ANTALL_PASIENTER (vaksinasjoner)	UTBETALT REFUSJON	ANTALL FASTLEGER
2020-12	94	10 240	25
2021-01	13 580	2 906 250	1 510
2021-02	52 211	15 561 150	2 295
2021-03	83 520	20 681 938	2 205
2021-04	147 280	35 677 782	2 614
2021-05	142 650	34 737 542	2 498
2021-06	130 753	31 913 344	2 158
2021-07	48 224	11 483 832	631
2021-08	49 510	12 081 852	464
2021-09	27 550	6 520 410	427
2021-10	6 012	1 374 034	357
2021-11	42 869	10 439 248	952
2021-12	53 451	13 169 834	926
2022-01	41 604	10 018 768	617
2022-02	6 495	1 474 662	375
2022-03	1 178	263 306	224
2022-04	464	99 820	145
2022-05	1 056	245 256	141
2022-06	1 096	255 136	177
2022-07	2 819	627 728	211
2022-08	10 173	2 413 956	366
2022-09	14 485	3 355 856	485
2022-10	7 281	1 647 852	492
2022-11	6 719	1 501 952	511
2022-12	4 313	972 764	449
2023-01	1 422	319 374	333
2023-02	346	78 430	154
2023-03	77	17 006	49
(tom)			
Totalsum	897 232	219 849 322	21 791

Behovet for å videreføre bestemmelsen

I oppdraget spørres det om behovet for å videreføre bestemmelsene i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram §§ 6a, b, og c.

FHI anbefaler at covid-19 ikke lenger skal klassifiseres som allmennfarlig smittsom sykdom, men at en eventuell endring i klassifiseringen av covid-19 ikke automatisk vil få noen konsekvenser for Koronavaksinasjonsprogrammet.

Antall vaksinasjoner utført hos fastlege i 2023 er på et begrenset nivå, - noe som er naturlig tatt i betraktning av at store deler av befolkningen anses som fullvaksinerte. Gjeldende informasjon på FHI sine nettsider er at en ny oppfriskningsdose før høst -22/vinter-23 anbefales:

- personer i aldersgruppen 65 år og eldre
- personer i aldersgruppen 18-64 år med underliggende risiko for alvorlig sykdomsforløp
- ungdom i aldersgruppen 12-17 år med alvorlig grunnsykdom.
- gravide i 2. og 3. trimester

Selv om vaksinasjon utføres i et begrenset omfang er det enighet mellom Helsedirektoratet og FHI om at fastlegene også etter 1. juli 2023 bør ha en rolle i vaksinasjon mot covid-19.

For å ta ytterligere stiling til om dagens regelverk i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram skal videreføres slik det fremstår, eller om det skal gjøres tilpasninger er avhengig av beslutningen om det skal være hel eller delvis egenbetaling, eller gratis, å få vaksine hos fastlegen. Beslutning om finansiering er ikke tatt p.t. FHI opplyser at det jobbes med en samfunnsøkonomisk vurdering av koronavirusvaksine på oppdrag fra HOD, der blant annet egenbetaling skal utredes.

Alternative forslag til regelverk avhengig av beslutning om egenandeler:

- Covid-vaksinasjon fortsatt er i vaksinasjonsprogrammet, men med full egenbetaling for innbygger

I denne situasjonen kan kommunens ansvar tydeliggjøres ved at § 4a i forskriften videreføres. Det kan reguleres i samme bestemmelse at pasienten skal betale for vaksinen. Forskriften § 6 om organisering av vaksinasjon kan tilpasses til en eventuell ny situasjon. Dagens § 6a, b og c kan da avvikles. Dersom pasienten skal betale for vaksinasjon, får fastlegen dekket sine utgifter gjennom denne egenbetalingen. Hvis ikke prisen reguleres i forskrift, vil det være opp til den enkelte som vaksinerer å bestemme hva vaksinasjonen skal koste. Dette vil ikke regnes som egenandel som vil telle med i utregningen til frikort.

- Gratis vaksine for innbygger

Dersom pasienten ikke skal betale for vaksinasjon, vil dette bli mer krevende. Da må fastlegen få dekket sine utgifter på annet vis enn gjennom pasientens egenbetaling. I så fall kan det være aktuelt å videreføre § 6 a-c med eventuelle tilpasninger. Ved en slik ordning vil det opprettholdes en særordning for denne vaksinasjonen. Også i denne situasjonen kan kommunens ansvar tydeliggjøres ved at § 4a i forskriften videreføres

De skisserte alternativene fremgå av tabell 2:

Tabell "": Egenbetaling og mulige utbetalingsløsninger.

Skal vaksinerings være gratis eller ikke for pasienten?	Hva betyr dette for:	
	Pasient	Fastlege
Gratis	Skal ikke betale noe for å bli vaksinert.	Får ikke penger fra pasienten og må få dette fra annet sted. <ul style="list-style-type: none"> • Direkte fra kommune • Sende oppgjør til Helfo og etterfølgende kostnadsdekning fra kommunen
Ikke gratis	Må betale selv	Får alle pengene fra pasienten og skal ikke ha noe fra annet sted.
Delvis gratis	Skal betale noe selv i form av egenbetaling.	Får en del av kostnaden dekket av pasient. Det resterende må dekkes på annet vis. <p>Direkte fra kommune</p> <p>Sende oppgjør til Helfo som viderefakturerer kommunen.</p>

Før Helsedirektoratet kan ta stilling til nærmere regulering, er det nødvendig med en avklaring av hvordan vaksinerings mot covid-19 hos fastlege skal finansieres.

Delspørsmål 5: Økonomisk vederlag til private virksomheter ved vaksinasjon mot covid-19. Midlertidig hjemmel i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6d

Oppdragstekst

Det bes også om vurdering av om følgende bør forlenges og eventuelt hvor lenge etter 30.6.2023. Økonomisk vederlag til private virksomheter ved vaksinasjon mot covid-19. Midlertidig hjemmel i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6d.

Gjeldende bestemmelse

"§ 6d.Økonomisk vederlag til private virksomheter ved vaksinasjon mot covid-19

Private virksomheter som etter avtale med kommunen utfører vaksinasjon mot covid-19, kan kreve økonomisk vederlag.

Takst for utført vaksinasjon honoreres med kroner 220,-. Kveld/natt og helgedag honoreres taksten med kroner 286,-. Det kan ikke avkreves egenbetaling ved vaksinasjon.

Krav om økonomisk vederlag skal sendes elektronisk til Helfo, i samsvar med rutiner fastsatt av samme myndighet. Private virksomheter må inngå egen vederlagsavtale med Helfo. Det stilles krav til elektronisk pasientjournal (EPJ) og elektronisk registrering i sanntid i SYSVAK.

Kommunene bærer, gjennom rammeoverføringer fra staten, det økonomiske ansvaret for å vaksinere befolkningen mot covid-19. Helfo skal kreve kostnadsdekning for utbetalt refusjon etter andre ledd fra den kommunen hvor vaksinasjonsmottaker har sin folkeregistrerte adresse. Dette gjelder selv om kommunen ikke har inngått avtale med den private virksomheten som har utført vaksineringsen".

Innføring av § 6 d – Vaksinasjon utført av apotek

Etter § 2 i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram, er det kommunenes ansvar å tilby og gjennomføre vaksinasjon mot smittsomme sykdommer. Det følger av § 6 at kommunen har ansvaret for å organisere dette, og den enkelte kommune kan velge å utføre dette selv eller inngå avtale med private aktører. Kommunene har hjemmel til å inngå avtaler med private tjenesteytere, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og dette er også forutsatt i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram. Det er også kommunene som gjennom rammeoverføringer bærer kostnadene.

I desember 2021 ble det etablert en ordning som la til rette for at apotek som hadde inngått avtale med kommune om koronavaksinering kunne sende krav om økonomisk vederlag til Helfo. Denne ordningen var begrenset til å gjelde for apotek, og apotekene kunne sende oppgjør og motta økonomisk vederlag pr. gjennomførte vaksinasjon. Helfo skulle ikke viderefakturere kommunene for utbetalingene til apotek. Ordningen ble hjemlet i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram i en ny § 6 d. Det ble satt en pris pr vaksinasjon på kr. 220,- på dag og kr. 286,- på kveld/natt. Prisen ble satt tilsvarende som for fastlege, jf. forskriftens § 6 b. Siden Helfo ikke fakturerte kommunene innebar det at staten tok betalingen for vaksinasjonen. Det forhold at kommunen ikke ble belastet denne kostnaden kan nok ha vært en forklaring på at mange kommuner valgte å benytte apotek til vaksinasjon.

Vaksinasjon utført av apotek og andre private aktører

Andre aktører enn apotek ble ikke omfattet av bestemmelsen i § 6d, og Helsedirektoratet ble i oppdrag 652 bedt om å tilrettelegge for en løsning hvor også andre private aktører etter avtale med kommunen kunne utføre vaksinasjon og sende sitt oppgjørskrav til Helfo. Videre skulle kommunen bære utgiftene for utført vaksinasjon, og Helfo skulle derfor viderefakturere kommunen. Fra 1. september 2022 ble det innført en ordning til bruk for både apotek og andre private aktører i tråd med beskrivelsen i det tidligere nevnte oppdraget. Det ble tatt inn ny bestemmelse, § 6 d i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram, som hjemlet at private aktører (herunder apotek) kunne sende krav til Helfo, samt at Helfo kunne utbetale og viderefakturere kommunene. Staten skulle altså ikke lenger bære utgiftene for denne aktiviteten.

Innført desember 2021	Endret september 2022
Apotek kunne etter avtale med kommunen vaksinere mot covid-19 og sende oppgjørskrav til Helfo. Helfo viderefakturerte ikke kommunen og staten tok dermed kostnadene	Endringen endret slik at også andre private aktører ble omfattet. Private aktører (altså inkludert apotek) kunne etter avtale med kommunen vaksinere mot covid-19 og sende oppgjørskrav til Helfo. Helfo viderefakturerer kommunen siden kommunen har finansieringsansvaret.

Ordningen ble ikke gjort obligatorisk, slik at kommunene kunne velge å selv å motta og utbetale kravene dersom dette ble vurdert som mest hensiktsmessig. Bestemmelsen er gjort midlertidig og opphører 30. juni 2023.

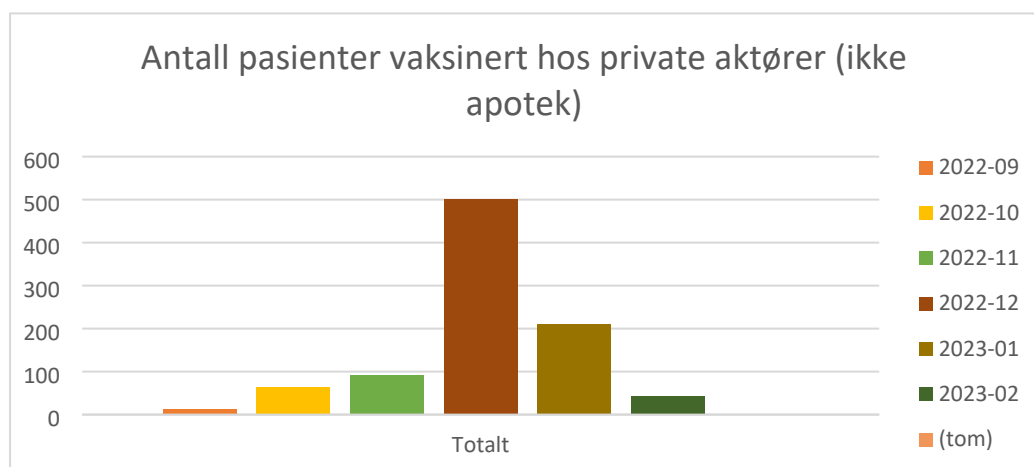
Nærmere informasjon om ordningen finnes på helfo.no: <https://www.helfo.no/korona/vaksinasjon-mot-covid-19-hos-private-virksomheter>.

Forbrukstall

Helfo mottar krav om økonomisk vederlag gjennom Helsedirektoratets oppgjørssystemer, KUHR og eResept-oppgjør. For krav fra apotek, benyttes eResept oppgjør mens krav fra andre aktører benyttes KUHR.

Tall fra KUHR viser at det kun er 2 aktører som ikke er apotek som har sendt inn krav fra september 2022 når ordningen ble innført. Totalt har disse to aktørene sendt inn krav for utført vaksinasjon på 925¹⁵ pasienter.

Utførte vaksinasjoner hos andre private aktører enn apotek:



Når det gjelder tallene for vaksinasjon i apotek viser det et betydelig større omfang. I perioden januar 2022 til og med februar 2023 er det totalt vaksinert 142 670¹⁶ pasienter i apotekene. I samme periode er det utbetalt totalt kr. 32 415 482,-. Om det sees på utviklingen i denne perioden pr måned er det store variasjoner med et relativt høyt antall vaksinasjoner i januar og februar 2022, en reduksjon frem til juli 2022 og med en topp i august. Fra og med desember har det vært en kraftig nedgang.

Totalt er det rundt 220 unike apotek som har utført vaksinasjon og sendt oppgjørskrav til Helfo i løpet av perioden januar 2022 til og med februar 2023.

Utførte vaksinasjoner i apotek og utbetalinger fra Helfo fra jan. 2022 til feb. 2023:

Måned	Antall vaksinasjoner	Beløp	Antall unike apotek
jan.22	14 370	3 300 726	148
feb.22	13 122	3 027 948	171
mar.22	4162	960 586	163
apr.22	2 536	586 036	128
mai.22	4 186	975 502	121
jun.22	4 826	1 115 180	119
jul.22	14 186	3 234 044	118
aug.22	24 198	5 473 446	134
sep.22	19 925	4 465 274	135
okt.22	12 802	2 877 688	136
nov.22	12 770	2 863 388	138
des.22	9 627	2 180 706	136
jan.23	4 868	1 104 554	136
feb.23	1 092	250 404	120
Totalt	142 670	32 415 482	

¹⁵ Tallene er hentet fra KUHR 21.3.23. Det er et etterslep i innsendingen av krav og tallene for mars i 2023 og muligens også februar er ikke fullstendige.

¹⁶ Tallene er henter fra eResept-oppgjør 22.3.23. Det er et etterslep i innsendingen av krav og tallene for februar og mars i 2023 er ikke fullstendige. Pr. 22.3.23 er det sendt inn krav for 546 utførte vaksinasjoner ved 109 forskjellige apotek.

Det har ikke vært mulig å fremskaffe en oversikt over hvilke eller antall kommuner som har inngått avtale med apotek om vaksinasjon.

Behovet for å videreføre bestemmelsen

Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram pålegger kommunen et ansvar for å tilby og gjennomføre vaksinasjon mot smittsomme sykdommer. Det følger av § 6 at kommunen har ansvaret for å organisere dette, og den enkelte kommune kan velge å utføre dette selv eller inngå avtale med private aktører. Kommunen bærer gjennom rammeoverføringer finansieringsansvaret.

FHI og Helsedirektoratet er nå bedt om å se på behovet for å videreføre bestemmelsen som gir private aktører mulighet til å sende krav om økonomisk vederlag til Helfo. Ved en avvikling vil kommunen fremdeles ha ansvaret for vaksinasjon. Kommunen vil også fremdeles stå fritt til å inngå avtale med private aktører om å utføre vaksinasjon.

Den eneste praktiske endringen er at de private aktørene ikke kan sende sine krav til Helfo, men at det økonomiske oppgjøret må foregå mellom den private aktøren og kommunen.

I oppdrag 658 uttrykte Helsedirektoratet tvil om hvorvidt ordningen med krav til om økonomisk vederlag ville være en ordning som ville oppleves praktisk for aktørene. Kommunene måtte fremdeles inngå avtale med private aktører, og selv om den private virksomheten sendte sitt krav til Helfo måtte fremdeles kommunen motta faktura fra Helfo, og kontrollere og utbetale. Helsedirektoratet vurderte at det for mange kommuner ikke ville være en administrativ besparing og uttrykte av den grunn tvil om hvor mange som ville velge å benytte en løsning hvor kravet ble sendt til Helfo.

Helsedirektoratet pekte også på at dersom kravet skulle sendes til Helfo innebar det at det ble lagt til grunn de prisene som kommer frem av § 6 d. Disse prisene er faste og er ikke nødvendigvis tilsvarende det reelle kostnadsbildet hos de private virksomhetene. Helsedirektoratet pekte på at dette kunne være en begrensende faktor i hvilket utstrekningen oppgjørsløsningen med Helfo ville bli benyttet.

Oversikten over innsendte oppgjørskrav viser at ordningen, med unntak av to virksomheter, kun har blitt brukt av apotek. Selv om det i enkelte måneder har vært et visst omfang av vaksinasjon utført i apotek, er det totalt i månedene desember 2022, januar og februar i 2023 kun blitt vaksinert ca. 15 000 pasienter ved apotek som har sendt oppgjørskrav til Helfo. Utviklingen viser også en nedadgående tendens slik at det i februar, og trolig også mars, blir vaksinert rundt 1 000 i måneden.

Det lave omfanget av vaksinasjoner er et forhold som tilsier at det ikke er grunner til å videreføre ordningen etter 1. juli 2023. Selv om vaksinasjonsbehovet i perioder blir betydelig høyere enn dagens nivå, kan ikke Helsedirektoratet se at det vil ha betydning for kommunens vaksinasjonskapasitet om ordningen avvikles. Det er liten grunn til å tro at det vil ha betydning for den private aktørens vilje til å inngå avtale med kommunen om vaksinasjon om Helsedirektoratets utbetalingsløsning benyttes eller ikke. De eventuelle praktiske konsekvensene dette har for private aktører vil etter Helsedirektoratets vurdering være minimale. Helsedirektoratet kan ikke se at en avvikling av ordningen vil ha beredskapsmessige konsekvenser eller få negative følger for kommunens evne til å utføre vaksinasjon.

Helsedirektoratet ønsker også å bemerke at § 6d i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram ble etablert som en midlertidig ordning. Helfo sørger for utbetaling til privat aktør gjennom eksisterende oppgjørssystemer som normalt benyttes til kontroll og utbetaling av helserefusjoner etter folketrygdloven kapittel 5. For saker etter folketrygdloven kapittel 5, utfører Helfo kontroll av alle innsendte krav, og har et apparat som skal fange opp feilutbetalinger. Kravene som private aktører sender inn til Helfo for vaksinasjon mot covid-19 blir ikke kontrollert. Helfo har heller

ikke hjemmel til å kontrollere disse kravene. Når Helfo ikke kontrollerer de innsendte kravene er det vanskelig å se hva gevinsten er ved at staten opptrer som en mellomfinansiering mellom privat aktør og kommunen. Disse kravene kunne etter Helsedirektoratets vurdering håndteres på en minst like god måte direkte mellom kommune og apotek.

Helsedirektoratet er enig med FHI i at det er viktig at kommunene sikrer at kapasiteten til sesongvaksinasjon (av FHI anslått til 1,13 millioner personer) av både korona- og influensavaksinasjon er tilstrekkelig god. Vi deler derimot ikke forståelsen av at muligheten til å sende krav til Helfo er avgjørende for at en slik kapasitet sikres.

For Helsedirektoratet, er det også viktig å peke på at det i forkant av etableringen ikke ble gjort analyser av hva som var kommunenes utfordringer med å løse sitt ansvar. Det ble videre ikke gjort konsekvensanalyser rundt hva ordningen har å si for utøvelsen og ivaretagelsen av det kommunale ansvaret, herunder vaksineberedskap og mulige økonomiske konsekvenser ved å benytte private underleverandører til disse oppgavene. Heller ikke er det gjort en utredning av hva ordningen kan ha å si for private aktørers roller, posisjoner og konkurranseforhold. Dersom en slik ordning skal videreføres eller gjøres varig, eventuelt utvides, bør det derfor gjøres en vurdering av hvilke konsekvenser dette vil ha. Under pandemien var det særskilte forhold som tilsa at det ikke var tid til å foreta en så grundig utredning av saken, men med dagens situasjon ser vi ingen grunn til at problemstillingene over ikke skal utredes, slik at minimumskravene i utredningsinstruksen besvares.

Det er Helsedirektoratets klare anbefaling at dersom det vurderes aktuelt å videreføre ordningen, må dette forutsette at det gjøres en utredning som fyller utredningsinstruksens minimumskrav, og som blant annet omhandler følgende forhold:

- Kommunens ansvar og organisering av vaksinasjonsberedskapen, inkludert behovet for å kjøpe vaksinasjonskapasitet og benytte Helsedirektoratets oppgjørssystem: Dersom det i stor grad benyttes private aktører til å utføre kommunens ansvar for vaksinasjon, bør det gjøres en vurdering av i hvilken grad dette kan gi konsekvenser for kommunens vaksinasjonsberedskap. Som eksempel, bør det vurderes om det er en ønskelig situasjon at dette ansvaret i så stor grad overlates til private aktører, mest sannsynlig vil dette være apotekkjedene, å gjennomføre vaksinasjonen. Det bør også gjøres nærmere vurdering av behovet for å benytte Helsedirektoratets oppgjørsløsning.
- Konkurransmessige forhold: Når ordningen ble innført i desember 2021 var den kun forbeholdt apotek. Ved regelendringen 1. september ble den utvidet til også å gjelde andre private aktører. I praksis har kommunene kun inngått avtale med apotek. Det er grunn til å tro at måten ordningen ble etablert og innrettet på har hatt betydning for andre aktørers mulighet til å inngå avtale med kommunene. Før en videreføring av § 6d, eventuelt at dette gjøres til en varig eller utvidet ordning, må etter Helsedirektoratets vurdering de konkurransmessige hensyn utredes, og ordningen må eventuelt innrettes slik at dette blir ivaretatt.
- Apotekenes rolle i den kommunale helsetjenesten: Det er et kommunalt ansvar å tilby og gjennomføre vaksiner mot smittsomme sykdommer. Selv om kommunene kan velge å inngå avtale med private om å utføre vaksinasjon er det fremdeles kommunen som bærer oppgaveansvaret. Apotekene er helprivate aktører og er knyttet til den offentlige helsetjenesten gjennom å være utleveringssted for legemidler og forbruksmateriell. Det rettslige grunnlaget for denne aktiviteten er apotekloven. Det å tilby vaksinasjon er en helt annen oppgave enn hva som ligger i apotekloven. Etter Helsedirektoratets vurdering, er det nødvendig med en prinsipiell vurdering av hvilken rolle apotekkjedene skal ha i forhold den offentlige helsetjenesten.
- Helfos oppgaver og ansvar: Helsedirektoratet peker på at dette er en oppgave som ligger utenfor Helfos kjerneaktivitet som er å utbetale refusjon etter folketrygdloven kapittel 5. Oppgaven ble lagt til Helfo i en periode det ble vurdert å være behov for å øke og sikre en høy vaksinasjonskapasitet. Det bør foretas en

mer prinsipiell vurdering av hvilken betydning en eventuell videreføring, utvidelse, eller etablering av varig løsning vil ha for Helfos totale oppgaveløsning og hvilke oppgaver som skal legges til Helsedirektoratet og Helfo. Problemstillingen er relevant også for andre tjenesteområder. Dersom Helsedirektoratet ved Helfo skal stå for mottak, utbetaling og eventuelt kontroll av krav mot eller fra kommune blir dette helt andre oppgaver enn hva som er tenkt å ligge til Helfo.

Konsekvenser av en avvikling – oppsummert

Konsekvenser for kommunene

- Kommunene vil fremdeles inngå og følge opp avtale med private virksomheter om å utføre vaksinasjon.
- Kommunen må selv ivareta det økonomiske oppgjøret med virksomheten. Helsedirektoratet kan ikke se at dette vil gi administrative utfordringer, og heller ikke økte kostnader for kommunene da faktura fra Helfo uansett må kontrolleres og utbetales.
- Prisen til den private aktøren vil kunne settes til en pris som gjenspeiler virksomhetens kostnadsbilde, noe som kan stimulere private aktører til å inngå avtale.
- Helsedirektoratet kan ikke se at en avvikling av ordningen vil ha noen konsekvenser for kommunens evne til å sikre beredskap for vaksinasjon.

Konsekvenser for private virksomheter

- Kravet må sendes til kommunen i stedet for til Helfo. Helsedirektoratet antar dette for enkelte aktører vil kunne være noe mer ressurskrevende enn å sende krav til Helfo. Helsedirektoratet mener likevel en eventuell administrativ merkostnad vil være minimal og ikke vil være et hinder for at private aktører velger å inngå avtale med kommunen om vaksinasjon.
- Om kravet sendes til kommunen vil det ikke lenger være krav til tekniske systemer som for å kunne sende krav til Helfo. Dette vil kunne gjøre det enklere for aktører som i dag ikke sender oppgjørskrav til Helfo å utføre vaksinasjon på vegne av kommunen.
- Prisen kan settes slik at det i større grad gjenspeiler aktørens kostnadsbilde enn hva en felles pris er. Dette kan gi økt interesse for å inngå avtale med kommunen.
- En avvikling av ordningen vil ikke få noen konkurransemessige konsekvenser for private aktører da det ikke skjer endringer i kravet til at kommunen må ha inngått avtale med virksomhetene.

Konsekvenser for forvaltningen

- Da det er et lite antall private aktører som sender krav til Helfo, og det i liten grad er utfordringer ved de innsendte kravene har ikke dette medført betydelig ressursbruk i Helfo.
- Helfo bruker ikke ressurser til å kontrollere de innsendte kravene og følger heller ikke opp de inngåtte avtalene
- Heller ikke viderefaktureringen til kommunene medfører betydelige ressurskostnader i Helfo.
- En avvikling av ordningen vil kun ha begrensede økonomiske og administrative konsekvenser for Helfo og Helsedirektoratet.

Helsedirektoratets anbefaling

Etter en helhetsvurdering av de forhold som er beskrevet ovenfor, er det Helsedirektoratets vurdering at ordningen med at private aktører kan sende krav om vederlag til Helfo for utført vaksinasjon bør avvikles når gjeldende forskriftsbestemmelse opphører.

Delspørsmål 6: Sykepleieres og farmasøytens midlertidige rett til å vaksinere jf. forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m. §§ 7-1a og 7-2 annet og tredje ledd, jf. kap 16.

Helsedirektoratet viser til FHIs vurdering og støtter denne.

Delspørsmål 7: Sykehuslaboratoriernes anledning til å kreve refusjon for sekvensering og screening etter virusvarianter.

Spørsmålet gjelder forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften), § 1 tredje ledd, som gir sykehuslaboratoriene midlertidig anledning til å kreve refusjon for etterfølgende screening av SARS-CoV-2-positive prøver for å påvise virusvarianter og ved sekvensering av SARS-CoV-2-positive prøver.

Etterfølgende screening av SARS-CoV-2 positive prøver for å påvise virusvarianter er en testaktivitet som normalt ikke omfattes av ordinære regler om refusjon etter folketrygden og poliklinikkforskriften. Dette da folketrygden og poliklinikkforskriften refunderer helsehjelp til pasient, og ikke epidemiologisk overvåkning. Under pandemien har det likevel og for en periode vært etablert unntaksbestemmelser for denne aktiviteten og refusjon ble utbetalt til de mikrobiologiske laboratoriene med hjemmel i poliklinikkforskriften (og for de private ved egen avtale med direktoratet).

FHI har nå vurdert det som usannsynlig at det vil komme nye virusvarianter som vil forårsake nye smittebølger med alvorlig sykdom i befolkningen som resultat. Dette da det er opparbeidet god immunitet i befolkningen via vaksinasjon og gjennomgått sykdom. God grunnimmunitet i befolkningen vil høyst sannsynlig kun føre til små bølger av eventuell covid-smitte og sykdom i befolkningen.

Vi er dermed i en annen situasjon relatert til pandemien, og Helsedirektoratet kan ikke se at den nåværende situasjonen kan sammenlignes med situasjonen som forelå da unntaksbestemmelsene bli innført. Etter vår vurdering, er det ikke noe som tilsier at disse kostnadene i tiden fremover skal finansieres via folketrygden og poliklinikkforskriften.

Helsedirektoratet vurderer på bakgrunn av dette at det ikke er grunnlag for å videreføre unntaksbestemmelsen i forskriften som gir anledning til å kreve refusjon for etterfølgende screening av SARS-CoV-2-positive prøver for å påvise virusvarianter og ved sekvensering av SARS-CoV-2-positive prøver. (Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften) § 1 tredje ledd). Det presiseres at det fortsatt vil kunne kreves refusjon dersom variantpåvisning gjøres som del av den polikliniske helsehjelpen selv om unntaksbestemmelsen nå fjernes.

Helsedirektoratets konklusjon

Helsedirektoratet vurderer at det fortsatt er nødvendig å håndtere covid-19 med varsomhet og med beredskap for uventede utviklinger. Da covid-19 er en sykdom vi må regne med i uoverskuelig fremtid, anbefaler vi at gjeldende strategi forlenges inntil covid-19 er innlemmet i annet beredskapsplanverk. Forslag til enkelte justeringer er vedlagt.

Når det gjelder den smittevernfarende vurderingen av covid-19, viser vi til FHI sin endelige besvarelse, men har lagt deres *utkast* til besvarelse til grunn for våre vurderinger. Vi vurderer at vilkårene i smittevernloven § 1-3 nr. 3 er oppfylt ved at covid-19 er en sykdom som er særlig smittsom, forekommer hyppig og kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen, og dermed fortsatt oppfyller kravene til å være definert som en allmennfarlig smittsom sykdom. Vi vurderer likevel at covid-19 etter hvert kan fjernes fra listen over allmennfarlig smittsomme sykdommer slik FHI anbefaler i sitt utkast til besvarelse, men anbefaler at konsekvensene ved en slik endring gjennomgås og nødvendige justeringer av regelverk gjennomføres i god tid slik at overgangen kan skje på en forutsigbar og god måte. God kommunikasjon til befolkningen bør vektlegges, både om hvorfor man gjør en slik endring, på hvilket grunnlag den gjøres, og hvilke konsekvenser det vil få for den enkelte og samfunnet generelt.

De enkelte bestemmelsene drøftes separat i besvarelsen.

Vedlegg

Helsedirektoratets innspill til justering av Regjeringens strategi- og beredskapsplan mot covid-19

Innspill fra sysselmesteren på Svalbard 23.03.2023 (u.off.)

Innspill fra sysselmesteren på Svalbard til oppdrag 640 (u.off.)



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Regjeringens strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien

5. april 2022

Innhold

1	Innledning	3
2	Overordnet mål	4
3	Prinsipper for håndteringen av pandemien	4
4	Overvåkning og kunnskapsutvikling	6
5	Vaksinasjon	6
6	Informasjon om virusets sykdomsalvorlighet og spredningsevne	7
6.1	Mulige utviklinger i pandemien	7
7	Beredskap	8
7.1	Innhold i beredskapen	9
8	Krisehåndtering	11
8.1	Rettslige rammer ved behov for tiltak	12
8.2	Trinn i håndtering av en negativ utvikling i pandemien	13
9	Aktuelle verktøy i håndteringen av pandemien	15
9.1	Vaksinasjon	16
9.2	Beredskap i helsetjenesten	16
9.3	Tiltak mot sykdom	16
9.4	Hygienetiltak	16
9.5	Kontaktreduserende tiltak	16
9.6	Tiltakspakker med nasjonale smitteverntiltak	17
9.7	Tiltakspakker innen innreiseområdet	17
9.8	Tiltak innenfor testing – isolering – smittesporing – karantene	17
9.9	Koronasertifikat	18
9.10	Kommunikasjon	18
10	Internasjonalt samarbeid	19
	Vedlegg 1 Tiltakspakker med nasjonale smitteverntiltak	21
	Vedlegg 2 Tiltakspakker innen innreiseområdet	28
	Vedlegg 3 Tiltak innen TISK-systemet	30

1 Innledning

Etter tre år med pandemi har vi høy vaksinasjonsgrad og mange har gjennomgått infeksjon. Dette gjør at befolkningen per nå er relativt godt beskyttet mot å utvikle alvorlig sykdom av covid-19.

Vi har i større grad lært oss å leve med viruset. Denne oppdaterte strategien er derfor fremdeles en leve-med strategi. Covid-19 vil være med oss i uoverskuelig framtid.

Samtidig viser erfaring at covid-19-pandemien har vært uforutsigbar. Siden 2020 har viruset utviklet seg. Nye varianter med en rekke mutasjoner har sammen med sesongeffekt og variasjoner i tiltak ført til flere smittebølger i pandemien.

Vi er derfor fremdeles i en læringsfase knyttet til den videre utviklingen av hvordan viruset vil arte seg og påvirke samfunn og individer. Det er usikkerhet i situasjonen, eksempelvis når det gjelder hvordan viruset vil påvirke samfunnet over tid, varigheten av immunitet i befolkningen, og om det vil oppstå nye virusvarianter med potensielt mer alvorlige egenskaper.

Det er således fortsatt behov for en egen strategi for håndteringen av covid-19. God overvåking og beredskap er fremdeles nødvendig slik at en uheldig utvikling kan oppdages, vurderes og håndteres tidlig, og vi må evne å ha en fleksibel tilnærming til håndteringen. En ny virusvariant med høy sykdomsalvorlighet, kan igjen skape behov for mer omfattende tiltak. Smittevernråd og eventuelle lokale, regionale eller nasjonale tiltak, vil bli vurdert hvis det oppstår behov for det.

Samtidig bør det skapes størst mulig forutsigbarhet for den enkelte og for grupper og sektorer som kan bli berørt enten gjennom risiko for sykdom, konsekvenser av smitte eller gjennom håndteringen av pandemien ved en negativ endring i pandemien og konsekvenser av tiltak. Kommunene, FHI og Helsedirektoratet har ansvar for informasjon til befolkningen.

Etter to år med pandemi er vi nå i en fase der det er grunn til håp om at vi kan holde samfunnet åpent og lære oss å leve med koronaviruset uten bruk av inngripende smitteverntiltak. Vi har høy vaksinasjonsgrad, og mange har gjennomgått infeksjon. Det betyr at befolkningen i stor grad er beskyttet mot alvorlig sykdom, og det er derfor mindre behov for tiltak for å begrense smitte. Men pandemien er på ingen måte over. Det er stor usikkerhet om smitteutviklingen, hvilke virusvarianter vi kan møte og når en ny variant kan oppstå. Derfor er det fortsatt behov for god overvåking og beredskap slik at en uheldig utvikling kan oppdages, vurderes og håndteres tidlig. En ny virusvariant med høy sykdomsalvorlighet, kan igjen gi grunnlag for strenge tiltak.

Denne oppdaterte strategien er en leve-med strategi. Vi skal normalisere hvordan vi forholder oss til og håndterer covid-19. Normaliseringen innebærer at regjeringen i nåværende situasjon ikke skal beslutte eller kommunisere smittevernråd knyttet til covid-19. I tråd med overgangen til en normalsituasjon vil det være Folkehelseinstituttet og kommunene som har hovedansvaret for å vurdere og kommunisere smittevernråd. Regjeringen skal som et utgangspunkt ikke lenger beslutte forskriftsfestede smitteverntiltak for å håndtere covid-19. Pandemien skal som hovedregel håndteres med smittevernråd. Dersom det igjen blir behov

for nasjonale tiltak, skal regjeringen beslutte disse. Lokale og eventuelt regionale tiltak vil være utgangspunktet om situasjonen tilsier behov for tiltak.

Pandemien er imidlertid ikke over. Siden 2020 har viruset utviklet seg, og nye varianter med en rekke mutasjoner har sammen med sesongeffekt og variasjoner i tiltak og atferd ført til flere smittebølger i pandemien. Det er fortsatt knyttet usikkerhet til pandemiens videre utvikling og påvirkning på samfunnet og individer, og det er derfor fremdeles behov for en egen strategi for håndteringen av covid-19-pandemien. Det legges til grunn at denne strategien og beredskapsplanen skal gjelde ut juni 2023. Ny kunnskap og endrede forhold kan gi behov for justeringer før dette.

I den situasjonen vi nå står i er det behov for fleksibilitet til å håndtere mulige endringer i pandemien. Det er samtidig et behov for forutsigbarhet for den enkelte og for grupper og sektorer som vil kunne bli berørt, enten gjennom risiko for sykdom, konsekvenser av smitte eller gjennom håndteringen av pandemien ved en negativ endring i pandemien og konsekvenser av tiltak.

Denne strategien og beredskapsplanen for håndteringen av pandemien kommer i tillegg til, og må ses i sammenheng med, regelverk, øvrig planverk, veiledere og anbefalinger på nasjonalt nivå som ellers gjelder for smittevern og beredskap, herunder Nasjonal helseberedskapsplan og Folkehelseinstituttets håndbok for oppdaging, vurdering og håndtering av covid-19-utbrudd i kommunen (Kommunelegehåndboka). Dette omfatter blant annet ansvarsforhold, oppgavefordeling og krav til hjemmelsgrunnlag for beslutninger og innføring av tiltak. Kommunene spiller en vesentlig rolle i håndteringen av [covid-19 pandemien](#), sammen med sentrale helsemyndigheter.

2 Overordnet mål

Regjeringens mål for håndteringen av pandemien er å ivareta liv og helse samtidig som samfunnet holdes åpent og økonomien kan fungere så normalt som mulig.

3 Prinsipper for håndteringen av pandemien

Den videre håndteringen av pandemien skal bygge på følgende grunnleggende prinsipper:

- Samfunnet og økonomien skal fungere mest mulig normalt
- Befolkningsimmuniteten skal opprettholdes
- Sykdomsbyrden skal holdes lav
- Sårbare grupper ([grupper som har særlig høy risiko for å utvikle alvorlig sykdom](#)) skal beskyttes
- Barn og unge skal prioriteres
- Samfunnet skal være beredt på en forverret situasjon
- Håndteringen skal være kunnskapsbasert
- Håndteringen skal være målrettet og samordnet
- Grunnlaget for håndteringen skal være åpent
- Norge skal bidra i det globale arbeidet

Commented [IS1]: Generell kommentar: Vi synes det er litt gjentakelser i teksten, og har forsøkt å forkorte noe.

Commented [IS2]: Det kan være behov for å definere sårbare grupper da ordet har vært brukt i ulike sammenhenger.

Et førende utgangspunkt for regjeringen er at vi skal ha en normalsituasjon når det gjelder smittevern og håndteringen av covid-19. Regjeringen legger derfor til grunn at håndteringen av pandemien innrettes som en leve-med-strategi.

Erfaringer fra 2022 viser at høy befolkningsimmunitet og god behandling av alvorlig syke er viktige grunnforutsetninger for å oppnå dette. Med høy grad av immunitet i befolkningen, grunnnet vaksinasjon og gjennomgått infeksjon, er det sannsynlig at pandemien fremover kan håndteres uten bruk av inngripende smitteverntiltak. Opprettholdelse av befolkningsimmuniteten er derfor svært viktig, og vaksinasjon er en grunnstein i strategien.

Vi må leve med viruset slik at tiltak for å skjærme risikogrupper og dempe sykdomsbyrden balanseres mot hensynet til å unngå inngripende smitteverntiltak. Smitteverntiltak skal være forholdsmessige. Ved vurdering av smitteverntiltak skal hensynet til barn og unge fortsatt prioriteres.

Samfunnet skal være beredt på en forverret situasjon. Vi skal derfor ha gode systemer på plass for å kunne reagere raskt dersom det er behov for det, herunder god overvåkning og gode planer. Håndteringen skal være kunnskapsbasert. For å oppnå dette vil overvåkingen opprettholdes og videreutvikles for å sikre oppdatert informasjon om situasjonen og slik at vi kan oppdage og agere raskt ved nye utbrudd.

Erfaringer fra pandemien har vist at fortsatt usikkerhet om smitteutviklingen er uunngåelig. Dette gjelder hvor varig effekten av vaksinasjon vil være, hvilke virusvarianter vi kan møte og når en ny variant eventuelt kan oppstå. Det er derfor fortsatt behov for beredskap for å møte en situasjon med en ny virusvariant. Videre skal håndteringen være målrettet og samordnet og lokale tiltak vil være utgangspunktet om situasjonen tilsier behov for tiltak.

Videre håndtering av pandemien må ta høyde for endringer i virusets egenskaper, særlig virusets sykdomsalvorlighet og spredningsevne. Håndteringen skal bygge på god situasjonsforståelse, risikovurdering og tiltaksvurdering, og vi skal ha et helhetlig folkehelseperspektiv og ikke et ensidig covid-19-perspektiv. Videre skal håndteringen også ha et samfunnsperspektiv, der andre perspektiver enn helse er av betydning for håndteringen.

Grunnlaget for håndteringen skal være åpent. Det skal dermed være tydelig og åpen kommunikasjon om situasjonsforståelse, risikovurdering og målet for håndteringen.

Norges deltakelse internasjonalt er avgjørende for overvåkning og kunnskapsdeling, tilgang til vaksiner, samt for å bidra til å få kontroll med ~~den~~ grensekryssende helsetrussele~~rn~~ som covid-19-pandemien er. Et eksempel på dette er donasjon av vaksiner. Norges bidrag i det globale arbeidet er derfor en viktig del av den videre håndteringen av pandemien. Det er også viktig at Norge støtter opp om den internasjonale håndteringen av covid-19, og at vi ivaretar våre forpliktelser til EU og WHO.

Håndteringen skal bygge på god situasjonsforståelse og risikovurdering. Tilnærmingen Den konkrete håndteringen av pandemien må være dynamisk, følge utviklingen i pandemien og basere seg på den aktuelle situasjonen i samfunnet der også andre perspektiver enn helse vurderes. Eventuelle Tiltak må avpasses til potensialet i situasjonen, og nytten og kostnaden av tiltak for samfunnet må avveies når tiltak vurderes. Dersom det kommer en ny virusvariant

med høy sykdomsalvorlighet og høy spredningsevne, kan det igjen gi grunnlag for en hold-nede-strategi, der smitten holdes lav med strenge tiltak. Ved behov for tiltak skal det foretas en helhetlig vurdering av forholdsmessighet. Endringer i håndteringen som innebærer at vi beveger oss bort fra normaltilstanden kan i en gitt situasjon ha positive og negative effekter på både smittevern, folkehelse, frihet, samfunn og samfunnsøkonomi. Vi skal i håndtering av pandemien tilstrebe størst mulig gevinst med lavest mulig tiltaksbyrde, og en helhetlig vurdering der konsekvenser for alle deler av samfunnet vurderes og ivaretas i beslutningene. Samtidig vil ikke alle konsekvenser kunne kartlegges i en situasjon med en rask forverring av situasjonen og det kan dermed i noen tilfeller bli behov for umiddelbare tiltak.

4 Overvåkning og kunnskapsutvikling

Med overvåkning og kunnskapsutvikling menes i denne strategien en vedvarende og systematisk innsamling, sammenstilling og analyse av data for bruk for smittevernet og vurdering av tiltak. God overvåkning av smittesituasjonen er et grunnpremiss for denne strategien og for beredskapsplanen, fordi den er avgjørende for at vi raskt skal kunne oppdage signaler om en negativ utvikling. Det er gjennom pandemien benyttet og utviklet en rekke informasjons- og datakilder og systemer i kunnskapsutviklingen. Det forventes at kunnskapsbehovet om pandemien og dens konsekvenser vil forbli stort i årene som kommer.

For raskt å kunne identifisere viktige endringer som kan kreve tiltak, er det behov for at pandemien fortsatt overvåkes tett. Videre er det viktig med kunnskap om vaksinenes beskyttende effekt mot infeksjon og varighet av denne, beskyttelse mot smittespredning og mot sykdom fra ulike virusvarianter, samt virkning av ulike vaksinasjonsstrategier. Det er også behov for kunnskap om effekter av tiltak, og hvordan nye varianter påvirker helse**utfall**, behandlingsstrategier og oppfølging. Systemene for kunnskapsutvikling og overvåkning må forbedres, videreutvikles og effektiviseres i tråd med utviklingen i pandemien. God overvåkning er sentralt for at håndteringen av pandemien skal være kunnskapsbasert.

Det skal være tilstrekkelig overvåkning til å tidlig nok oppdage en uheldig utvikling både lokalt, nasjonalt og internasjonalt. ~~Det vil trolig være behov for nøye overvåkning også ut over rammen for denne strategien og beredskapsplanen, altså etter juni 2023.~~

5 Vaksinasjon

En høy grad av immunitet i befolkningen bidrar til å bremse smittespredning og til mindre fare for alvorlig sykdom hos dem som smittes.

En offensiv vaksinestrategi er det viktigste virkemidlet i håndteringen av pandemien. Høyere vaksinasjonsgrad vil redusere sykdomsbyrden, og kan gjøre det mulig å unngå belastende smitteverntiltak i befolkningen. Vaksinasjon er dermed ikke bare viktig for den enkelte, men må også vurderes ut fra virkninger for samfunnet som helhet. De som anbefales vaksine skal få et godt tilbud.

Vaksinasjon mot koronavirus har vist seg å beskytte godt mot alvorlig sykdom, men gir ikke spesielt god og langvarig beskyttelse mot infeksjon med dagens varianter av viruset.

Commented [IS3]: FHI

Forebyggende tiltak og effektiv behandling som demper sykdomsbyrden ved en ny virusvariant vil kunne gi gevinst på flere nivåer.

Beredskapslager med vaksiner, innkjøpskontrakter og planer i kommunene for vaksinasjon, skal sikre at deler av eller hele befolkningen på kort varsel kan bli vaksinert igjen dersom det skulle bli nødvendig.

Tilgjengelig og tilpasset informasjon om nytte og eventuell ulempe ved vaksinasjon, vil gi den enkelte et godt faglig grunnlag for egne vurderinger. Informasjonen til befolkningen må oppdateres løpende i takt med utviklingen i smittesituasjon og ny kunnskap. Det gjelder også informasjon om at det i liten grad er påvist alvorlige vaksinebivirkninger, siden mulighet for alvorlige bivirkninger har blitt tungt vektlagt i beslutningsgrunnlag om vaksinasjon.

6 Informasjon om virusets sykdomsalvorlighet og spredningsevne

Commented [IS4]: FHI

Pandemiens videre forløp avhenger blant annet av samspillet mellom virusets egenskaper (sykdomsalvorlighet og spredningsevne), befolkningens immunitet, befolkningens atferd og risikofaktorer for alvorlig sykdom. Alle aktører med ansvar og oppgaver knyttet til håndteringen av pandemien, bør kjenne til grunnprinsippene som fremkommer i regjeringens strategi og beredskapsplan og samarbeide om informasjonsutveksling ved behov. Dette for å sikre felles forståelse av situasjonsutviklingen.

Forståelsen av situasjonen og formidling av usikkerhet vil påvirke befolkningen og beslutningstagernes oppfatning av alvorlighet og dermed villighet til å ta valg som innebærer en helserisiko. Det er derfor avgjørende at usikkerhet og mulig utvikling blir formidlet riktig både i risikovurderinger og ved publisering av modellscenarioer.

6.1 Mulige utviklinger i pandemien

Det er fortsatt mange usikre faktorer som kan påvirke den norske epidemiens størrelse og konsekvenser. I det følgende presenteres mulige utviklinger, basert på den kunnskapen vi har så langt. Disse må til enhver tid justeres i samsvar med ny og oppdatert kunnskap. Scenariene presentert nedenfor sier noe om utgangspunktet for beredskapen fra mai 2022 til juni 2023. Scenariene er teoretiske og ikke antakelser om videre utvikling.

Den konkrete håndteringen av pandemien må være dynamisk, følge utviklingen i pandemien og basere seg på den aktuelle situasjonen i samfunnet. Det må tas høyde for at andre samtidige alvorlige hendelser kan gi utfordringer for både helsesektor og samfunnet ellers, og at dette kan påvirke den videre håndteringen av pandemien. Dette kan eksempelvis være hendelser som vesentlig økning i migrasjonen eller utbrudd av annen alvorlig sykdom.

Scenario 1 - antatt beste utfall - moderat smittenivå

En variant (kan være omikron) som sprer seg godt, men gir lite alvorlig sykdom. Liten sesongeffekt, slik at det blir en del smitte gjennom sommeren 2022, men deretter bare en moderat høst- eller vinterbølge.

Scenario 2 - et optimistisk utfall - litt smittespredning

En variant (kan være omikron) som sprer seg godt, men gir lite alvorlig sykdom. Betydelig sesongeffekt slik at det blir lite smitte gjennom sommeren 2022, men deretter en stor høst- eller vinterbølge.

Scenario 3 - pessimistisk utfall - kraftig smittebølge

En ny variant med enda større spredningsevne enn omikronvarianten, men ikke større sykdomsalvorlighet. Den blir raskt dominerende og gir en svært stor smittebølge.

Scenario 4 - antatt verste utfall - svært kraftig smittebølge med ny variant

En ny variant med enda større spredningsevne enn omikronvarianten og samtidig større sykdomsalvorlighet. Den blir raskt dominerende og gir en svært stor smittebølge med mange alvorlig syke.

For alle scenariene vil en stor samtidig influensaepidemi være utfordrende for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten og dermed kunne forverre situasjonen.

Det er lite sannsynlig, men ikke utelukket, at det oppstår en svært forskjellig variant med større spredningsevne og betydelig større sykdomsfremkallende evne. Vi må også ta høyde for at alle varianter kan utvikle resistens mot antivirale legemidler.

7 Beredskap

Strategien har som utgangspunkt at samfunnet skal fungere normalt, men være forberedt på en forverret situasjon. ~~Det er fortsatt knyttet vesentlig usikkerhet til utviklingen av pandemien frem til sommeren 2023, slik at det både er nødvendig med noe økt beredskap og mulighet for økt kapasitet. Det siste innebærer at kapasiteter som er tilgjengelige i en normalsituasjon, må kunne økes ved en negativ utvikling i pandemien.~~

Formålet med beredskapen mot covid-19 er å sette samfunnet i stand til å reagere raskt hvis det oppstår behov for det. Eksempler på slike behov kan være at covid-19 igjen truer med å bli en vesentlig belastning for folkehelsen, risiko for svikt i drift av kritisk samfunnsviktige funksjoner, leveransesvikt på medisinsk utstyr eller legemidler samtidig med en økning av antall smittede, og lignende. Det skal også være beredskap for beskyttelse av sårbare grupper, dersom overvåkingen indikerer at epidemien truer med å gi en betydelig sykdomsbyrde eller kritisk belastning av helsetjenesten. Dette skal igjen føre til at vi mest effektivt kan oppnå en normalisering og reetablering av et åpent samfunn.

Lærdommen fra pandemihåndteringen så langt må utnyttes i alle deler av samfunnet. Den virksomheten som har ansvar for et fagområde i en normalsituasjon, har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for å håndtere ekstraordinære hendelser innen området.

Alle sektorer skal ha tilstrekkelig beredskap til å kunne iverksette tiltak ved behov, og nødvendige og forholdsmessige tiltak skal iverksettes så raskt som mulig hvis det oppstår situasjoner der dette vurderes nødvendig og forholdsmessig. Dette vil eksempelvis gjelde i situasjoner med potensielt eller avklart fare for liv, helse og drift av kritisk viktige samfunnsfunksjoner, jf. nedenfor om aktuelle verktøy i håndteringen av pandemien.

Commented [IS5]: Kommentar til begrepsbruken:

Begrepene "betydelig sykdomsbyrde" og "kritisk belastning av helsetjenesten" oppfattes som et forsøk på å lage en terskel for når det bør vurderes å sette inn ulike tiltakspakker slik beskrevet nærmere i vedleggene. Det er en svakhet at begrepene ikke er definert nærmere. Hva som i en gitt situasjon tolkes inn i begrepene vil sannsynligvis være svært ulikt og blant annet være avhengig av hvilket stæsted man har, befolkningens og helsepersonellens forventninger og krav til innholdet i helsetjenesten som samfunnet kan tilby. Særlig har angivelsen av belastningen i helsetjenesten vist seg å være problematisk å få en presis oppfatning av. Vi vet bl.a. at andre land hadde andre oppfatninger om hvor denne terskelen var ved at de i større grad enn oss foretok større endringer i organisering og strukturen i helsetjenesten.

Departementene og virksomheter med definerte roller og ansvar knyttet til smittevern og beredskap følger opp kravene til beredskap og behovet for aktiviteter i sine respektive sektorer eller innenfor sine ansvarsområder.

Kommunene har beredskapsansvar innen smittevernet, og ansvar for å overvåke de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunene. Både kommunene og helseforetakene skal ha planer i smittevernarbeidet, sørge for gode tjenester, og tilrettelegge for god samhandling i krisesituasjoner. Statsforvalter skal bidra i tråd med instruks, og er et viktig bindeledd mellom nivåene. Folkehelseinstituttet skal blant annet til enhver tid blant annet overvåde den nasjonale og internasjonale situasjonen, og kan gi råd ved behov. Helsedirektoratet skal blant annet til enhver tid følge med på utviklingen og se flere risikofaktorer i sammenheng. Målet med denne strategien er at vi alle etater i tråd med sitt grunnleggende beredskapsansvar har et noe skjerpet fokus på covid-19.

7.1 Innhold i beredskapen

Som ledd i styringen og tilretteleggingen av virksomheters aktiviteter må det stilles krav til beredskap. Ansvar for dette ligger hos den som har det øverste ansvaret for aktiviteten, og i det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Ansvar påligger blant annet departementene, offentlige etater, statlige foretak, statsforvaltere, kommuner og andre virksomheter. Samhandling på tvers er sentralt. Forventninger til beredskap innebærer at en innen ulike sektorer og virksomheter må vurdere eget planverk og behovet for beredskap opp mot regjeringens strategi, mulige utviklinger i pandemien og alternative virkemidler. Dette inkluderer behovet for kompensierende tiltak.

Planene for beredskap bør omhandle aktivitetene som er omtalt under. Dette er ikke en uttømmende liste, men det pekes på områder som anses særlig relevante gitt dagens situasjon og mulige utviklinger i pandemien. De ulike departementene må bidra til samhandling på tvers av de ulike sektorene, og statsforvalterne vil ha en sentral rolle. Det forventes at statlige og kommunale myndigheter må ha gode beredskapsplaner og være forberedt på å ta disse raskt i bruk ved behov. De ulike sektorene må ha beredskapsplaner og regjeringen vektlegger overvåkning og analyser, vaksinasjon, innføring av kontaktreducerende tiltak, innføring av tiltak i innreisekjeden, tiltak knyttet til testing, isolasjon, smittesporing og karantene (TISK) og kommunikasjon, i tillegg til tilgang til smittevernutstyr og tester. Videre må det tas høyde for potensiale for samtidige hendelser.

Beredskap for kunnskapsinnhenting, overvåkning, vurdering og rådgivning

Relevante aktører, som blant annet Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, kommunene og helseforetakene, må ha beredskap for å forsterke kunnskapsinnhenting, overvåkning, vurdering og rådgivning ved en endring i situasjonen.

Regjeringen vil fremheve viktigheten av tverrsektorielt samarbeid for at samfunnet skal være best mulig rustet til å håndtere eventuell negativ utvikling av pandemien, der blant annet gode systemer for rask kommunikasjon og informasjonsoverføring er sentralt.

Beredskap for vaksinasjon

Vaksinasjon er grunnsteinen i håndteringen av pandemien fremover. Det trengs beredskap for innkjøp av nye vaksiner og vaksinasjonsutstyr, vaksinerings, overvåkning og oppfølging av vaksinebivirkninger.

Beredskap for testing, isolasjon, smittesporing og karantenering

Det trengs beredskap for innføring av tiltak innenfor TISK (testing – isolasjon – smittesporing – karantenering) for å begrense pandemien og for å håndtere konsekvensene av den.

Tiltakene kan innføres enkeltvis (som for eksempel kun testing og anbefaling om isolering), eller samlet, avhengig av situasjonen og behovet. Se vedlegg for ulike tiltak innenfor TISK-området. TISK-tiltak er også omtalt nedenfor under punktet om aktuelle verktøy.

Det anses ikke lenger nødvendig med en egen TISK beredskap for SARS-CoV-2 for kommuner eller mikrobiologiske laboratorier. Et sentralt lager av antigen selvtester beholdes i ett år til, og kan distribueres dersom det skulle oppstå et behov for smitteverntesting mot SARS-CoV-2. TISK tiltak kan innføres enkeltvis (som for eksempel kun testing og anbefaling om isolering), eller samlet, avhengig av situasjonen og behovet. Se vedlegg 3 for ulike tiltak innenfor TISK-området. TISK-tiltak er også omtalt nedenfor under punktet om aktuelle verktøy.

Vi gjør oppmerksom på at resterende selvtester som er anskaffet under pandemien befinner seg på ulike lagre, nasjonalt og i kommunalt. Disse testene går ut på dato enten siste kvartal 2023 eller første kvartal 2024. Det er i øyeblikket ingen rammeavtale for kjøp av tester. Vi må være oppmerksomme på dette ved behov for flere eller andre tester.

Beredskap for kontaktreduserende tiltak og nasjonale smitteverntiltak

Det trengs beredskap i alle deler av samfunnet for innføring av kontaktreduserende tiltak for å bremse pandemien og for å håndtere konsekvensene av pandemien. Beskrivelsene av mulige utviklinger av pandemien fremover gir føringer for forventinger til beredskapen. Beredskapsplanene innen de ulike sektorene i samfunnet må ta høyde for en alvorlig utvikling av pandemien med behov for kontaktreduserende og avbøtende tiltak og nasjonale smitteverntiltak. Det er utviklet et rammeverk med beskrivelse av pakker med nasjonale smitteverntiltak for ulike tiltaksnivå, se vedlegg. Dette rammeverket er ment å skulle benyttes i de ulike sektorenes beredskapsplanlegging fremover. Pakkene med nasjonale smitteverntiltak er også omtalt nedenfor under punktet om aktuelle verktøy.

Beredskap for innreisetiltak

Beredskapsplanene må ta høyde for en alvorlig utvikling av pandemien med behov for tiltak mot importsmitte. Det er en fordel om arbeidet med importsmitte er godt samordnet med våre viktigste samarbeidspartnere i Norden og Europa, samtidig som det også ses hen til anbefalinger fra WHO og EU. I en gitt situasjon kan det igjen bli aktuelt med enkelte innreisetiltak, og god beredskap for tiltak mot importsmitte må ivaretas. Grunnberedskapen må beskrives av alle aktørene som skal bidra, og planene bør være konkrete og per grenseovergangssted.

Det er utviklet et rammeverk med beskrivelse av tiltakspakker innen innreiseområdet, se vedlegg. Dette rammeverket er ment å skulle benyttes i de ulike sektorenes beredskapsplanlegging fremover. Relevante tiltak mot importsmitte ved negativ utvikling av pandemien er også omtalt nedenfor under punktet om aktuelle verktøy.

Beredskap for smittevernustyr

Under pandemien er det bygget opp beredskapslagre for smittevernustyr. Vi har nå et nasjonalt beredskapslager på 6 måneders pandemiforbruk. Hvor stort lageret skal være fremover og hvordan dette organiseres vil vurderes av regjeringen. Kommuner og helseforetak må uansett ha lagre og forsyningsplaner for smittevernustyr tilsvarende seks måneders normalt forbruk.

Beredskap for forsyningskritiske legemidler

Under pandemien er det bygget opp beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler i primær- og spesialisthelsetjenesten. Fremtidig omfang av lagrene og hvordan dette innrettes og organisering vurderes av regjeringen.

Beredskap for behandling og beskyttelse av sårbare grupper

Forebygging og behandling skal bidra til å redusere sykdomsbyrden forårsaket av SARS-CoV-2. Helsetjenestene skal i tråd med sitt ansvar må kunne mobilisere, oppskalere og håndtere bølger av covid-19 samtidig med håndtering av andre tilstander, og sykdommer og behov som kan oppstå. Dette inkluderer planer for omdisponering av personell som gir fleksibilitet slik at kapasiteten raskt kan skales opp ved behov. Dette gjelder kapasitet generelt og spesielt intensivkapasiteten i sykehusene. Det gjelder også planer for ivaretagelse og beskyttelse av personer med høy risiko for utvikling av alvorlig sykdom.

Beredskap for kommunikasjon

Stat og kommuner må ha beredskap for å kommunisere om situasjonen og håndteringen til alle grupper i befolkningen, inkludert personer som snakker lite norsk, som i liten grad følger norske medier og/eller har lav digital kompetanse.

8 Krisehåndtering

Et utgangspunkt for den videre håndteringen av pandemien er at alle deler av samfunnet i størst mulig grad skal fungere normalt og at håndteringen av pandemien følger systemet for ansvar og oppgavefordeling slik dette er i en normalsituasjon og nedfelt i regelverket og planverket. I en normalsituasjon har Folkehelseinstituttet og kommunene hovedansvaret for å vurdere og kommunisere smittevernråd om koronavirus og covid-19.

Det skal både være beredskap som nevnt ovenfor, og et system for krisehåndtering ved behov som følge av endringer i pandemien. Vi skal evne å gjennomføre dynamisk krisehåndtering i tråd med utfordringen, herunder håndtere en ny virusvariant eller flere samtidige hendelser som truer måloppnåelsen. Åpenhet om kunnskapsgrunnlaget og vurderingene som ligger til grunn for håndteringen av pandemien, skal bidra til tillit til beslutningene og en felles forståelse for smitteverntiltakene. Responsen på pandemien skal i utgangspunktet utvikles i åpen dialog med befolkningen, helsetjenesten, fagmiljøer og på tvers av sektorer. Viktige temaer som bør diskuteres åpent er utfordringsbildet, grunnlaget for

vurdering av risiko, kapasitet og begrunnelse for håndtering og tiltaksnivå, herunder helhetlige vurderinger av tiltaksbyrde og tiltaksnytte av tiltak som iverksettes.

Det vil fortsatt være potensialet i situasjonen, herunder virusets sykdomsalvorlighet og spredningsevne, som er avgjørende. Håndteringen skal ha et helhetlig folkehelse- og samfunnsperspektiv, ~~ikke et ensidig covid-19-perspektiv~~. Ved iverksettelse av tiltak skal det, i så stor grad det er mulig, vurderes samlet gevinst opp mot samlet tiltaksbyrde for alle deler av samfunnet og både i privatlivet og samfunnet ellers. Tiltak skal være nødvendige og forholdsmessige. Sektordepartementene med sine underliggende etater skal ta ansvar og bidra med sine virkemidler for å få gjennomført tiltak med sikte på full effekt av tiltakene i egen sektor. Den enkelte sektor bør følge anbefalinger og innrette seg slik at både privat og offentlig virksomhet kan få i gang mest mulig normal aktivitet innenfor rammene av de generelle smittevernrådene. I tillegg bør den enkelte sektor vurdere kompenserende tiltak.

Det er viktig ~~å benytte de etablerte samordningsmekanismene med god samarbeidsstruktur~~ slik at man kan involvere de ulike sektorene når det må fattes raske beslutninger. Alle aktører med ansvar og oppgaver i håndteringen av pandemien bør bidra til å sikre felles forståelse både av situasjons-utvikling og grunnprinsippene for håndteringen. Det enkelte departement har ansvar for å formidle og følge opp råd og retningslinjer i egen sektor, og Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet skal blant annet bidra med generelle smittevernfaglige og helsefaglige råd og veiledning til de ulike sektorene i henhold til deres ansvarsfelt.

Det er behov for å beskytte personer som har høyest risiko for alvorlig sykdom. I perioder med høyt smittetrykk kan det være behov for å iverksette særlige tiltak for å beskytte sårbare pasientgrupper. De negative konsekvensene av tiltak må i størst mulig grad kompenseres, ~~og avbøtende tiltak bør iverksettes av ansvarlig sektor der dette er mulig~~. Regjeringen legger til grunn at barn og unge særlig skal hensyntas ved vurderinger om bruk av tiltak. Videre er det også relevant å se hen til andre utsatte grupper, som studenter, enslige og eldre.

8.1 Rettslige rammer ved behov for tiltak

Tiltak for håndtering av covid-19-pandemien vil i de fleste tilfeller måtte hjemles i blant annet smittevernloven og helseberedskapsloven med forskrifter. For at tiltak etter smittevernloven kan iverksettes må tiltaket ha en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering. Ved iverksettelse av smitteverntiltak skal det legges vekt på frivillig medvirkning. Tiltak berører menneskerettslige forpliktelser som for eksempel ~~barns rettigheter~~, retten til privatliv, familieliv og bevegelsesfrihet, ~~samt barns rettigheter~~, og forholdsmessighetsvurderinger er derfor avgjørende. For å iverksette en rekke av smittevernlovens tiltak er det en forutsetning at sykdommen er definert som en «allmennfarlig smittsom sykdom» etter smittevernloven § 1-3. Covid-19 er nå definert som allmennfarlig smittsom sykdom. Det må jevnlig vurderes om covid-19 fortsatt oppfyller kriteriene i smittevernloven for en allmennfarlig smittsom sykdom.

Det er gitt egne bestemmelser om helselovgivningen, herunder smittevernlovens anvendelse, på Svalbard. Helseberedskapen på Svalbard er begrenset, og det er viktig at man gjør særskilte vurderinger av Svalbard ved vurdering av tiltak.

Commented [IS6]: Dette må oppdateres av HOD når det er tatt stilling til om covid-19 fortsatt skal defineres som allmennfarlig smittsom sykdom.

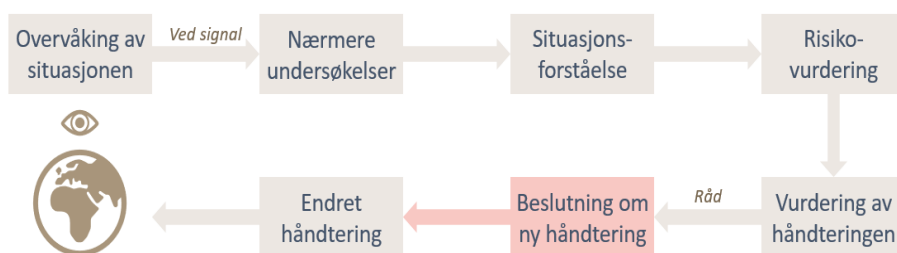
8.2 Trinn i håndtering av en negativ utvikling i pandemien

Kjernen i strategien er at vi skal være i stand til å oppdage en endret situasjon tidlig og kunne respondere raskt og riktig på den endrede situasjonen. Eventuelle beslutninger basert på et føre-var-prinsipp må reflektere den usikkerhet man står overfor og potensialet i konsekvensene. Desto større usikkerhet det er i situasjonen og desto mer alvorlige konsekvenser som kan inntreffe, desto større grunnlag er det for å legge inn en sikkerhetsmargin i tiltaksresponsen.

De ulike trinnene som er relevante for håndteringen ved en negativ utvikling i pandemien beskrives nedenfor, og er også illustrert i figur 1 som er utarbeidet av Folkehelseinstituttet.

Overvåkning av situasjonen

Folkehelseinstituttet overvåker viruset og epidemien i Norge og verden, mens kommunelegene bidrar med løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i sine kommuner. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene overvåker blant annet helsetjenestebelastningen. Varsling om hendelser er sentralt. Målet er å oppdage urovekkende signaler.



Figur 1 – Trinn ved håndtering av en negativ utvikling i pandemien

Undersøkelse av signaler

Ved eventuelle signaler gjør blant annet kommunene, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet nærmere undersøkelser knyttet til sine ansvarsområder, gjerne i samarbeid mellom kommuner og/eller helseforetak og medisinsk-mikrobiologiske laboratorier, samt om nødvendig med nasjonale og internasjonale fagmiljøer. På bakgrunn av disse vurderingene vil signalet avblåses eller forsterkes.

Beskrivelse av og varsling om endret situasjon

Dersom et epidemiologisk signalet ikke avblåses, oppsummerer Folkehelseinstituttet den epidemiologiske situasjonen i en situasjonsrapport og varsler Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Situasjonen beskrives med data fra overvåkingen nasjonalt og internasjonalt og annen fagkunnskap. Tilsvarende vil Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene varsle Helse- og omsorgsdepartementet eksempelvis ved situasjoner hvor henholdsvis kapasiteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene eller spesialisthelsetjenesten kan bli overbelastet.

Risikovurdering

Folkehelseinstituttet vurderer [den epidemiologiske](#) risikoen ved den nye situasjonen, [og gir råd blant annet til kommuner, Helsedirektoratet og departementet](#). Utgangspunktet er situasjonsforståelsen og all tilgjengelig kunnskap, herunder modellering av mulige scenarier, virologisk og immunologisk kunnskap, egne laboratorieundersøkelser og innspill fra eksterne fagmiljøer. Helsedirektoratet, statsforvalterne og de regionale helseforetakene bidrar [blant annet](#) med vurderinger om aktuell kapasitet i helse- og omsorgstjenesten. Det er nødvendig å vurdere eventuelle samtidige epidemier og hendelser som kan påvirke samfunnet og helsetjenesten. Risikovurdering leveres Helse- og omsorgsdepartementet og offentliggjøres.

Vurdere håndtering

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet vurderer eventuelle endringer i håndteringen ut i fra deres rolle slik som beskrevet i smittevernloven. Det må gjøres en konkret og helhetlig vurdering av behovet for tiltak ut fra potensialet i situasjonen. Sentralt er her sykdomsalvorlighet og virusets spredningsevne, samt nødvendigheten og forholdsmessigheten av eventuelle tiltak der den samlede nytten vurderes opp mot konsekvenser for ulike sektorer og samfunnet som helhet. Prosessen ender med et råd til Helse- og omsorgsdepartementet om det er regjeringen som skal fatte en beslutning. Ved et avgrenset, lokalt utbrudd vil [kommunene og helseforetakene i utgangspunktet ha ansvar for å håndtere dette, eventuelt ved rådgivning blant annet fra rådet gå til en kommune og/eller et helseforetak](#).

Beslutning om håndteringen

Dersom utviklingen i situasjonen tilsier at det er behov for nasjonale tiltak, vil regjeringen foreta en beslutning om håndteringen basert på en helhetsvurdering. Beslutninger skal ta hensyn til positive og negative samfunnsmessige virkninger av pandemiens utvikling og smitteverntiltak, både helsekonsekvenser, økonomiske konsekvenser og andre velferdskonsekvenser. Så langt det er mulig skal berørte parter gis anledning til å uttale seg om tiltakene. Vurderingene bak beslutningene skal offentliggjøres.

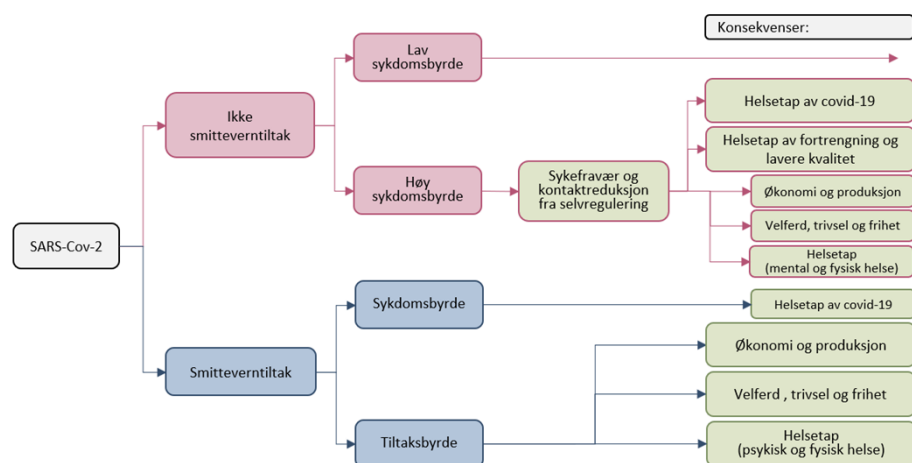
Ved en alvorlig ny virusvariant, vil både helsemessige og andre samfunnsmessige hensyn tale for å slå ned smitten. Med en mindre alvorlig virusvariant kan helsemessige hensyn tilsie omfattende smitteverntiltak, mens andre samfunnsmessige hensyn tilsier at man ikke skal bruke svært belastende smitteverntiltak. Ved vurdering av tiltak skal det også vurderes varighet av tiltakene. Holden-utvalget, nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, har beskrevet et flytdiagram for kartlegging av virkningene ved to alternative strategier i møte med en koronavirus-epidemi: Bruke smitteverntiltak til å kontrollere eller slå ned smitten, eller la smitten spres i befolkningen. Dersom kostnadene ved smitteverntiltak er større enn gevinsten, [herunder eksempelvis](#) det unngåtte helsetapet ved at færre blir smittet og syke, [at kritisk samfunnsviktige funksjoner opprettholdes, eller andre relevante hensyn](#), vil det ikke være samfunnsøkonomisk lønnsomt å innføre tiltak. De viktigste nyttevirkingene ved å innføre tiltakene er først og fremst kostnadene man unngår, *alternativkostnaden*. Flytdiagrammet er presentert i figur 2.

Iverksetting av endret håndtering

De relevante instanser iverksetter den nye håndteringen, herunder eventuelle nye tiltak.

Deretter fortsetter Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og andre aktører overvåkingen og følge-med-ansvaret blant annet for å evaluere virkninger av tiltakene.

Det er viktig at tiltak ikke varer lenger enn nødvendig. Rask opptrapping av tiltak i respons på usikkerhet, må følges av like rask avvikling når usikkerheten er redusert.



Figur 2 – Flyttdiagram for kartlegging av konsekvenser av SARS-CoV-2 epidemien

9 Aktuelle verktøy i håndteringen av pandemien

Så langt i pandemien har det vært benyttet ulike verktøy som ledd i håndteringen, og erfaringer fra bruk av disse legges til grunn for den videre håndteringen av pandemien.

Tiltak som skal begrense smittespredningen og sykdomsbyrden ved covid-19 har potensielt svært store gevinster og kostnader for samfunnet. Det er behov for mer kunnskap om effekt på smittespredning og sykdomsutviklingen av ulike smitteverntiltak, både enkeltvis og samlet. De fleste tiltak som har vært benyttet mot pandemien krever ressurser fra samfunnet, og flere har negative konsekvenser for folkehelsen og kan begrense friheten. Kunnskapen om konsekvensene og nytteverdien for folkehelsen og samfunnsøkonomien av tiltak på både kort og lang sikt, herunder barn og unges utvikling og utdanning, er bare delvis kjent. Det er behov for mer kunnskap om alle konsekvensene og fordelene, og samlet oversikt over tiltaksbyrden og tiltaksnytte må telle med i håndteringen av pandemien.

Normaliseringen i samfunnet og den reduserte risikooppfatningen kan påvirke befolkningens etterlevelse av smitteverntiltak. Det har vært en overgang til en håndtering med færre tiltak og regler, og mer personlig ansvar. Regjeringens strategi frem mot sommeren 2023 tar sikte på å videreføre en slik tilnærming, og som ledd i dette tydeliggjøre de ulike sektorenes ansvar for oppdatert planverk og beredskap ut fra foreliggende informasjon om mulige utviklinger i pandemien.

For å oppdage en negativ utvikling tidlig er god overvåking et grunnpremiss. I det følgende pekes det på noen sentrale verktøy som er aktuelle i håndteringen av pandemien ved en negativ endring i smittesituasjonen og i møte med en ny variant av viruset av betydning.

9.1 Vaksinasjon

Vaksinasjon er grunnsteinen i håndteringen av pandemien fremover. Det skal fortløpende vurderes behov for ytterligere oppfriskningsdoser og det skal være tilbud om vaksiner til de som ønsker å starte eller fullføre sin vaksinasjon. Avtaler om innkjøp av vaksiner og lager med vaksiner er en del av beredskapen.

9.2 Beredskap i helsetjenesten

Både kommuner og helseforetak har nå erfaring i å håndtere situasjonen. Det er beredskapslager for smittevernustyr og legemidler, og lager med selvtester. Beredskap i helsetjenesten, planer for raskt å kunne omdisponere personell og fleksibilitet til å oppskalere kapasiteten i helsetjenesten, herunder intensivkapasiteten i sykehusene, vil være sentral i håndteringen av pandemien fremover.

9.3 Tiltak mot sykdom

Mulige tiltak mot sykdom er foruten vaksinasjon, antiviral behandling (mest aktuelt for eldre, risikogrupper og uvaksinerte middelaldrende og eldre), sykehusbehandling og intensivbehandling, samt smitteverntiltak. Tiltak mot sykdom gjennom vaksinasjon er særlig sentralt i regjeringens strategi for videre håndtering av pandemien. Vaksinasjon er viktig for å redusere alvorlig sykdom. Effekten av vaksinasjon vil være avhengig av virusvarianten som dominerer, vaksinene vi har tilgjengelig og oppnådd vaksinasjonsdekning.

9.4 Hygienetiltak

Hygienetiltak, som håndhygiene og hostehygiene, er godt innarbeidet i befolkningen, har liten tiltaksbyrde og anses effektive for å forhindre spredning av smitte. I tillegg kan hygienetiltak som bruk av munnbind og å holde avstand være aktuelle, men slike tiltak må vurderes ut fra alvorligheten i situasjonen, gevinst og tiltaksbyrde samlet sett. Hygienetiltak er tatt inn i utarbeidelsen av tiltakspakker for nasjonale smitteverntiltak og det vises til vedlegg med oversikt over disse. Hygienetiltak er viktigst når mange i samfunnet er smittet. God ventilasjon er også et viktig smitteverntiltak, og alle instanser som har ansvar for offentlige bygg har ansvar for å sikre forsvarlig ventilasjon i disse.

9.5 Kontaktreduserende tiltak

Bruk av kontaktreduserende smitteverntiltak bidrar til å redusere smittespredningen og dermed også redusere sykdomsbyrden fra pandemien. Dersom det brukes tilstrekkelig strenge smitteverntiltak til at smitten holdes helt nede, kan sykdomsbyrden som direkte konsekvens av smitte i stor grad unngås. Samtidig kan smitteverntiltak også ha negative psykiske og/eller fysiske helseeffekter. Kontaktreduserende smitteverntiltak har i tillegg negative virkninger for samfunn og økonomi, og disse øker desto lenger tiltakene må opprettholdes. Smitteverntiltak har negative velferdseffekter ved mindre sosial kontakt og

Commented [IS7]: Forslag til revidert tekst:

Bruk av kontaktreduserende smitteverntiltak bidrar til å redusere smittespredningen og dermed også å redusere negative effekter fra pandemien. Dersom det brukes tilstrekkelig strenge smitteverntiltak til at smitten holdes helt nede eller bremses, kan ulike konsekvenser som følger av smittespredning i stor grad unngås eller reduseres. Samtidig kan smitteverntiltak føre til andre negative konsekvenser. Smitteverntiltak har dermed både en nytte og en kostnad. Kontaktreduserende tiltak er tatt inn i utarbeidelsen av tiltakspakker for nasjonale smitteverntiltak og det vises til vedlegg med oversikt over disse.

begrensninger i viktige aktiviteter, og den økonomiske aktiviteten reduseres. De kontaktreduserende smitteverntiltakene som er tatt i bruk under pandemien er omfattende og påvirker hele befolkningen, også de gruppene som ikke selv har en betydelig risiko for alvorlig sykdom fra SARS-CoV-2. Kontaktreduserende tiltak er tatt inn i utarbeidelsen av tiltakspakker for nasjonale smitteverntiltak og det vises til vedlegg med oversikt over disse.

9.6 Tiltakspakker med nasjonale smitteverntiltak

Regjeringen har i samarbeid med Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og de ulike sektorene utarbeidet et rammeverk med beskrivelse av tiltakspakker med nasjonale smitteverntiltak. Dette som en del av beredskapen for videre håndtering av covid-19-pandemien. Formålet er å bidra til forutsigbarhet for befolkningen og sektorene, samt gi grunnlag for en bedre planlegging og beredskap. Rammeverket **kanskal** anvendes ved mulige smitteutbrudd og nye virusvarianter, og kan fungere som et redskap og utgangspunkt for fremtidige beslutninger om tiltaksnivå og endringer i tiltak.

Tiltakene må vurderes konkret og eventuelt tilpasses i lys av den aktuelle situasjonen man står i, og ut fra et oppdatert kunnskapsgrunnlag, før de eventuelt innføres. Dette i samsvar med kravene i smittevernloven og de prinsipper for håndteringen som er pekt på ovenfor. Tiltakspakkene er ikke knyttet til spesifikke forhåndsdefinerte tiltaksnivåer, ettersom det alltid må gjennomføres en vurdering av den aktuelle situasjon før smitteverntiltak kan innføres.

Det er helheten av og sammenhengen mellom tiltakene innenlands og andre tiltak som er viktig for å kunne oppnå ønsket effekt. Tiltakspakkene med nasjonale smitteverntiltak følger som vedlegg.

9.7 Tiltakspakker innen innreiseområdet

Regjeringen har i samarbeid med Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og de ulike sektorene også utarbeidet rammeverk med beskrivelse av tiltakspakker innenfor innreiseområdet. Eventuell bruk av tiltakspakkene har tilsvarende forbehold som omtalt over for tiltakspakker med nasjonale smitteverntiltak. Erfaringen fra bruk av tiltak innen innreiseområdet har vist at de ikke har hindret introduksjon eller overtakelsen av verken alfa-, delta- eller omikronvarianten i Norge. Innreisetiltak, i kombinasjon med strenge nasjonale tiltak, har imidlertid bidratt til å holde det generelle smittenivået nede. Videre har kommunene erfart at tiltak mot importsmitte har dempet reiseaktiviteten slik at færre kommer til landet med smitte. Tiltakene vil kunne ha betydning for forpliktelsene etter EØS-avtalen om fri flyt av personer, tjenester, varer og kapital. Disse forpliktelsene må hensyntas ved vurdering av bruk innreisetiltak ved en endring i situasjonen. Tiltakene rammer også norske virksomheter som er avhengige av utenlandsk arbeidskraft. Tiltakspakkene innen innreiseområdet følger som vedlegg.

9.8 Tiltak innenfor testing – **isoleringasjøn** – smittesporing – **karantenering**

TISK-systemet **varer** viktig **undr pandemien** for å kontrollere smittespredning og begrense muligheten for at en smittet person smitter videre, **ved å lete opp smittede som ennå ikke har fått symptomer, ved hjelp av testing og kontaktsporing, samt gjennom råd og anbefalinger**

Commented [IS8]: Jeg setter inn denne teksten her, men denne skal være avklart med FHI

eller pålegg om å holde seg hjemme ved symptomer. Samtidig var erfaringene under pandemien at TISK-innretningen, særlig i perioder med høyt smittetrykk, var belastende for kommunene og inngripende for befolkningen.

– Dette kan gjøres ved å lete opp smittede som ennå ikke har fått symptomer, ved hjelp av testing og kontaktsporing, samt gjennom råd og anbefalinger eller pålegg om å holde seg hjemme ved symptomer. I den videre håndteringen av pandemien er det relevant å bruke elementer fra TISK og se hen til erfaringene med bruk av TISK. TISK er samtidig et av de mest grunnleggende tiltakene vi har, og det kan bidra til at vi unngår å måtte bruke mer omfattende kontakt- og mobilitetsreduserende tiltak. Etter to år med pandemi-erfaringene at TISK-innretningen, særlig i perioder med høyt smittetrykk, er belastende for kommunene og svært inngripende for befolkningen.

Smittestopp har som mål at ukjente nærkontakter skal få varsel om mulig smitte raskt. Smittestopp er i dag i beredskapsmodus. Det vil fortsatt være mulig å registrere smitte (for eksempel på reise i Europa), men det orienteres i appen om at den ikke er i bruk i Norge for tiden. I en ny situasjon der mer av TISK-arbeidet overlates til den enkelte, kan Smittestopp tilpasses slik at den bidrar mer til å bremse smittespredningen. Tiltak innen TISK-systemet følger som vedlegg.

9.9 Koronasertifikat

Det kan være aktuelt å bruke koronasertifikat også fremover. Koronasertifikat kan brukes som dokumentasjon i tilknytning til smitteverntiltak som skiller mellom persongrupper ut ifra vaksinasjonsstatus, gjennomgått covid-19 eller testresultat (differensierte smitteverntiltak).

Koronasertifikat er i bruk i Europa, med formål å legge til rette for økt bevegelse over landegrensene i EU under covid-19 pandemien (alternativet i noen land ville vært innreiserestriksjoner for alle). Andre land har i mindre eller større grad også benyttet koronasertifikat som dokumentasjon ved adgang til for eksempel arrangementer og aktiviteter.

Norge beholder løsningen som beredskap og for å imøtekomme befolkningens behov ved reiser. I EU pågår et arbeid med å forlenge det rettslige grunnlaget for EUs digitale koronasertifikat med ett år, frem til 30. juni 2023.

Bruk av koronasertifikat dreier seg om hvordan man skal dokumentere vaksinasjon, gjennomgått covid-19 eller testresultat. Koronasertifikat kan være et viktig verktøy, dersom situasjonen tilsier det. Bruk av koronasertifikat må ta hensyn til at immunitet (etter vaksinasjon eller infeksjon) i liten grad beskytter mot smitte, men i stor grad beskytter mot alvorlig sykdom. Nytt av differensierte smitteverntiltak skal dermed være at man hindrer uvaksinerte fra å delta i aktiviteter der de ville vært i større fare for å bli smittet og dermed i fare for å bli alvorlig syke.

9.10 Kommunikasjon

Kommunikasjon er et virkemiddel som skal støtte opp og bidra til å realisere de overordnede målene for pandemihåndteringen i Norge. Gjennom hele pandemien har de grunnleggende smittevernradene jevnlig vært kommunisert. God kommunikasjon skal fortsatt være sentralt i

Commented [IS9]: Vi har dessverre ikke innspill til denne delen

håndteringen av pandemien. Dette gjelder både informasjon om utviklingen, vurderinger som gjøres og grunnlaget for disse, samt virkemidler som eventuelt tas i bruk ved håndteringen. Selv om det kan forventes at hele befolkningen har høy kunnskap, må de grunnleggende budskapene gjentas for å bidra til etterlevelse. Det er helsenorge.no som er den foretrukne informasjonskanalen til befolkningen om smittesituasjonen og relevante smitteverntiltak og råd.

Det er og har vært en utfordring å kommunisere med grupper det er vanskelig å nå. For eksempel grupper som ikke behersker norsk godt, grupper som i liten grad følger norske medier og grupper med lav digital kompetanse eller lav helsekompetanse.

Det har vært og er en kommunikasjonsutfordring knyttet til grupper det er vanskelig å nå, eksempelvis personer som ikke snakker norsk, i liten grad følger norske medier og/eller har lav digital kompetanse. I den videre håndteringen av pandemien legges det til grunn at systemene for god kommunikasjon ~~medut-til~~ disse gruppene i befolkningen må forbedres, videreutvikles og effektiviseres i tråd med utviklingen i pandemien. Dette gjelder også for relevant informasjon til og kommunikasjon med nyankomne til landet, eksempelvis flyktninger. Informasjonen må tilpasses de særlige utfordringene som kan gjelde disse gruppene, som språk, kanalvalg, lav helsekompetanse og tillit til styresmaktene, behov for informasjon om vaksine dersom personen kommer fra et område med dårligere vaksinedekning enn i Norge. Det vil særlig være behov for å tilpasse og gjøre bruk av kommunikasjonsformer og kanaler som er relevante for grupper som ikke naturlig oppsøker informasjon på myndighetenes nettsider eller i norske medier. De ulike departementene har ansvar for at dette ivaretas innen egen sektor, blant annet slik at det legges til rette for tidlig kommunikasjon til berørte ved endringer i smitteverntiltak. Det er fortsatt viktig å samhandle om kommunikasjonen mellom de ulike sektorene, slik at informasjonen blir enhetlig.

10 Internasjonalt samarbeid

Norges deltakelse internasjonalt er avgjørende for overvåking og kunnskapsdeling, tilgang til vaksiner, samt for å bidra til å få kontroll med den grensekryssende helsetrusselen som covid-19-pandemien er. Et eksempel på dette er donasjon av vaksiner. Norge skal derfor fortsatt bidra i det globale arbeidet.

Norske myndigheters samarbeid med nordiske land og med EU (særlig ved ECDC, EMA og Kommisjonen) har vært nært og omfattende, og det har bidratt til gjensidig informasjon, bedre kunnskapsgrunnlag, overvåking og vurderinger, samt bedre innkjøpsavtaler for vaksiner. Dette samarbeidet skal fortsette.

Norges beredskap har vært sårbar for svikt i leveranser av viktige produkter som smittevernustyr, legemidler og vaksiner. Særlig når det gjelder tilgang til vaksiner, har Norges samarbeid med EU vært avgjørende og bidratt til tidligere vaksiner av befolkningen.

Norge deltar og bidrar betraktelig inn i Act A (The Access to COVID-19 Tools Accelerator), som skal sørge for global forsyning av vaksiner og andre helsegoder også til lavinntektsland. Gjennom bevilgninger til blant annet CEPI, GAVI og Act-A tar vi en ledende rolle i dette

arbeidet. I forhandlinger i WHO, støtter Norge en styrking av WHOs finansiering og det regelverket som regulerer internasjonalt samarbeid under helsekriser.

Vedlegg 1 Tiltakspakker med nasjonale smitteverntiltak

Tiltaksnivå	Normal hverdag	Lavt	Moderat	Høyt	Svært høyt
Kategori					
Overordnet smittevern		Drift skal følge generelle smittevern-anbefalinger*	Forskriftsfestet krav om smittevernfaglig forsvarlig drift. Generell anbefaling om 1 meters avstand i samfunnet i tillegg til generelle smittevern-anbefalinger*		
Vaksinasjon	Følg aktuelle anbefalinger i vaksinasjonsstrategi.				
Private hjem (herunder omsorgsboliger) og sosial kontakt	Ingen begrensninger	Ingen begrensninger	Ingen begrensninger	Antallsbegrensning på 10-20 gjester hjemme utenom egen husstand. Barnehagebarn og barneskoleelever (egen kohort) unntatt. Reduser antall nærkontakter, men ikke isoler deg. Treff andre utendørs når det er mulig.	Som på høyt nivå, eller ytterligere antallsbegrensning (e.g. inntil 5 gjester), evt. 10 totalt per uke.
Munnbind	Ingen anbefaling	Ingen anbefaling	Bruk av munnbind ved kollektivtransport der man ikke kan holde 1 meter avstand. Munnbind kan anbefales andre steder innendørs i det offentlige rom der man ikke kan holde 1 meter avstand.	Som moderat nivå, i tillegg bruk av munnbind innendørs i det offentlige rom, i butikker og kjøpesentre, på serveringssteder og lignende der man ikke kan holde 1 meter avstand, med unntak av barnehager og barneskoler.	Som høyt nivå.
Kollektivtransport	Normal drift	Normal drift	Normal drift	Unngå bruk av kollektivtrafikk ved trengsel.	Unngå bruk av kollektivtransport dersom det ikke er strengt nødvendig.

Butikker, kjøpesentre, varemesser, bibliotek, museer og midlertidige markeder	Normal drift	Normal drift	Normal drift	Som lavt nivå, men unngå å handle på travle tider og oppfordring til bruk av netthandel/klikk og hent.	Stenge eller begrense bruk av ikke-nødvendige butikker og kjøpesentre.
Restauranter, kafeer og uteliv	Normal drift	Normal drift	Vurdere bordservering ved skjenking av alkohol. Serveringsstedet skal sørge for at alle kan holde 1 meter avstand til andre enn husstandsmedlemmer og tilsvarende nære.	Som moderat nivå, men vurdere skjenkestopp etter et gitt tidspunkt.	Stenge servering for gjester, men beholde mulighet for take-away.
Arrangementer	Normal drift	Normal drift	Privat sammenkomst på offentlig sted Arrangør må tilrettelegge for smittevernaglig forsvarlig gjennomføring. Anbefale bruk av munnbind dersom det er områder hvor avstand er vanskelig. Offentlig arrangement Krav om smittevernaglig forsvarlig drift, men ikke nasjonalt regulert antallsbegrensning. <u>Alternativ ved behov for høyere tiltaksnivå:</u> Bruk av inntil 50% kapasitet innendørs og 75 % utendørs. Ingen antallsbegrensninger ved	Privat sammenkomst på offentlig sted <u>Innendørs:</u> inntil 50 personer. <u>Utendørs:</u> som på moderat nivå. Offentlig arrangement <u>Innendørs:</u> Krav om smittevernaglig forsvarlig drift, men ikke nasjonalt regulert antallsbegrensning <u>Alternativ ved behov for høyere tiltaksnivå:</u> Inntil 50-200 personer uten faste tilviste plasser og 50% kapasitet ved faste tilviste sitteplasser. Dersom man ønsker ytterligere reduksjon i risiko ved store arrangement kan man vurdere	Stenge for arrangementer, med unntak av strengt nødvendige private og offentlige arrangementer både innendørs og utendørs med betydelige antallsbegrensninger

			<p>arrangementer tilknyttet organiserte kultur-, idretts- og fritidsaktiviteter for barn/unge under 20 år eller deltakere ved utendørs mosjonsløp.</p>	<p>maksimumsantall på 1500 personer.</p> <p><u>Utendørs:</u> Krav om smittevern faglig forsvarlig drift, men ikke nasjonalt regulert antallsbegrensning.</p> <p><u>Alternativ ved behov for høyere tiltaksnivå:</u> inntil 200-600 personer uten faste tilviste plasser og 50 % kapasitet ved faste tilviste plasser. Dersom man ønsker mindre risiko kan man vurdere maksimumsantall på 3000 personer. Forutsetter smittevern faglig forsvarlig drift.</p> <p>Ingen antallsbegrensninger ved utendørs arrangementer tilknyttet organiserte kultur-, idretts- og fritidsaktiviteter for barn/unge under 20 år eller for deltakere ved utendørs individuell konkurranseidrett for voksne.</p>	
<p>Skole (grunnskoler, videregående skoler og voksenopplæring), barnehager og SFO</p>	Normal drift	Normal drift	Lokal vurdering av tiltak i henhold til trafikklysmodellen.	Lokal vurdering av tiltak i henhold til trafikklysmodellen. I lys av smittesituasjonen kan det vurderes om det skal gis nasjonale	Lokal vurdering av tiltak i henhold til trafikklysmodellen. I lys av smittesituasjonen kan det vurderes om det skal gis nasjonale

				anbefalinger om nivå etter trafikklysmodellen.	anbefalinger om nivå etter trafikklysmodellen.
Høyere utdanning (universitet, høyskole og fagskole)	Normal drift	Normal drift	<p>Tilstrebe full fysisk undervisning.</p> <p>Avstands anbefaling kan fravikes der det er nødvendig for gjennomføring av undervisning, eller der man sitter ned i større undervisningssaler. Dette gjelder også på lesesaler og på bibliotek.</p>	<p>Tilrettelegge for digital undervisning.</p> <p>Tilbud om delvis fysisk tilstedeværende undervisning, for eksempel rundt halvparten fysisk tilstedeværelse.</p> <p>Lokal risikovurdering bør gjøres for beslutning av omfang av digital vs. fysisk undervisning.</p> <p>Prioritere fysisk undervisning for studenter og stipendiater som er avhengige av å gjennomføre forsøk i laboratorier eller ferdighetstrening.</p> <p>Avstands anbefaling kan fravikes der det er nødvendig for gjennomføring av undervisning.</p> <p>Legge til rette for eksamen og obligatoriske kurs, enten digitalt eller fysisk der det er praktisk mulig med godt smittevern.</p> <p>Biblioteker, lesesaler og lignende bør holdes åpent med generelle smitteverntiltak.</p>	<p>Tilrettelegge for digital undervisning. Alle studenter bør få tilbud om noe fysisk tilstedeværende undervisning, for eksempel mindre enn halvparten fysisk tilstedeværelse.</p> <p>Lokal risikovurdering bør gjøres for beslutning av omfang av digital vs. fysisk undervisning.</p> <p>Prioritere fysisk undervisning for studenter og stipendiater som er avhengige av å gjennomføre forsøk i laboratorier eller ferdighetstrening.</p> <p>Legge til rette for eksamen og obligatoriske kurs, fortrinnsvis digitalt, evt. fysisk der det er praktisk mulig med godt smittevern.</p> <p>Biblioteker, lesesaler og lignende bør holdes åpent med generelle smitteverntiltak.</p>

Arbeidsliv	Normal drift	Normal drift	<p>Fleksibilitet i bruk av hjemmekontor, men anbefaling om delvis bruk.</p> <p>For å ytterligere senke risiko kan man vurdere inntil 50 % tilstedeværelse.</p> <p>Der hvor det ikke er mulig med hjemmekontor må arbeidsgiver iverksette forsterkede smitteverntiltak i henhold til relevant veileder.</p> <p>For øvrige smitteverntiltak direkte knyttet til arbeidsplassen følger arbeidslivet tiltakene beskrevet i relevante bransjeveiledere.</p>	<p>Som moderat nivå, men inntil 50 % tilstedeværelse.</p> <p>Arbeidsgivere bør sørge for at ansatte kan jobbe hjemmefra dersom dette er ønskelig for den enkelte, praktisk mulig og ikke til hinder for viktig og nødvendig virksomhet på arbeidsplassen, blant annet virksomhet for å ivareta barn og sårbare grupper. Det kan gjøres individuelle vurderinger.</p> <p>Hjemmekontor og munnbind gjelder ikke for tjenester der dette er til hinder for at ansatte kan utføre nødvendige og lovpålagte oppgaver i møte med sårbare grupper og barn/unge.</p>	<p>Som høyt nivå, men 100% hjemmekontor der det er mulig og ikke til hinder for utførelse av arbeidet.</p>
Idretts- og fritidsaktiviteter (inkludert fritidsklubber)	Normal drift	Normal drift	<p>Barn og unge under 20 år: Som på lavt nivå.</p> <p>Voksne over 20 år: <u>Innendørs:</u> Ingen antallsbegrensning, alternativt gruppestørrelse på omtrent 20 personer. Aktiviteten kan gjennomføres med kontakt der det er nødvendig. Ved høyintensiv trening</p>	<p>Barn og unge under 20 år: Som på moderat nivå.</p> <p>Voksne over 20 år: <u>Innendørs:</u> Gruppestørrelse inne anbefales til omtrent 20 personer. <u>Utendørs:</u> Kan trene eller ha andre organiserte fritidsaktiviteter,</p>	<p>Barn og unge under 20 år: Begrense organiserte idretts- og fritidsaktiviteter <u>innendørs/ utendørs</u> gjennom f.eks. antallsbegrensninger (inntil 10-20 deltakere eller klasse/kohort) og evt. avstands-anbefaling for barn/unge over barneskolealder.</p>

			<p>bør det tilrettelegges for 2 meters avstand.</p> <p>Utendørs: Organiserte idretts- og fritidsaktiviteter kan foregå som normalt, med kontakt der det er nødvendig.</p> <p>Toppidrett: Toppidrett kan gjennomføres som normalt.</p> <p>Større arrangementer som cuper osv. kan vurderes utsatt/avlyst avhengig av den aktuelle smittesituasjonen.</p>	<p>men det er anbefalt å være omtrent 20 personer. Høyintensiv trening som på moderat nivå.</p> <p>Toppidrett: Toppidrett kan gjennomføres som normalt.</p> <p>Fritidsaktiviteter bør gjennomføres utendørs så langt det er mulig.</p> <p>Anbefalt å utsette/avlyse gjennomføring av arrangementer både ute og innendørs, som kamper og turneringer, og andre organiserte fritidsaktiviteter på tvers av ulike grupper for både barn og voksne. Unntaket er utendørs arrangementer for barn/unge i idretter som ikke krever nærkontakt, gitt at dette er mulig innenfor arrangementsregelverket. Grupper med inntil 100 personer kan skiftes ut ilt. arrangementet.</p>	<p>Voksne over 20 år: Anbefale å avlyse gjennomføring av organiserte idretts- og fritidsaktiviteter <u>innendørs/utendørs</u>.</p> <p>Toppidrett: Aktuelt å begrense toppidrett avhengig av situasjonen.</p>
Treningsentre, svømmehaller og bowlinghaller	Normal drift	Normal drift	<p>Normal drift</p> <p>Se for øvrig anbefalinger til organiserte</p>	<p>Normal drift</p> <p>Se for øvrig anbefalinger til organiserte</p>	<p>Begrense virksomheter til kun å tilby individuelle tjenester som</p>

			idretts- og fritidsaktiviteter.	idretts- og fritidsaktiviteter.	rehabilitering og behandling.
Fornøyelses-parker, lekeland, spillehaller og lignende virksomheter	Normal drift	Normal drift	Normal drift <u>Alternativt:</u> kan holde åpent med 50% kapasitet. Utendørs kan man vurdere en høyere prosentandel.	Som moderat nivå.	Stengning av virksomhetene.
Frisører, hudpleie	Normal drift	Normal drift	Normal drift	Normal drift	Sterkt redusert tilbud. Opprettholde nødvendig behandling.
TISK	Testing: På klinisk indikasjon, vurderes av lege Isolasjon: Råd om å holde seg hjemme når man er syk Smittesporing: Ingen Karantene: Ingen. Egne råd gjelder for helse- og omsorgstjenestene.	Se egen tabell med TISK-tiltak			
Helsetjenesten	Følge generelle råd beskrevet under de ulike helsetjenester, bl.a. basale smittevernrutiner**		Forsterkede smitteverntiltak**		
Koronasertifikat	Bruk av koronasertifikat vil bli vurdert som dokumentasjon ved innføring av ulike smitteverntiltak som er listet opp i tabellen.				

* I henhold til anbefalinger/krav om smittevern for tiltaksnivået, se rad 2 av tabellen. Med "generelle smitteverntiltak" menes å holde seg hjemme når man er syk, god hånd- og hostehygiene, godt renhold og god ventilasjon.

** Jamfør råd til helsetjenester i koronaveilederen.

Vedlegg 2 Tiltakspakker innen innreiseområdet

Tiltaksnivå	Normal hverdag	Lavt	Moderat	Høyt	Svært høyt
Kategori					
Innreise-restriksjoner	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen	Vurderes for alle utlendinger eller store grupper; men med unntak for kritiske samfunnsfunksjoner og andre grupper beskyttet av lov/forskrift. Unntaksordninger for arbeidsreisende kan vurderes.
UDs reiseråd	Ingen	Ingen	Ingen	Fraråde reiser som ikke er strengt nødvendige til enkelte områder.	Fraråde reiser som ikke er strengt nødvendige.
Test før ankomst	Ingen	Ingen	Ingen	Plikt for enkeltgrupper.	Generell plikt med enkelte unntak.
Innreise-registrering for reisende >16 år	Beredskap for reetablering	Beredskap for reetablering	Plikt for innreisende med test- eller karanteneplikt.	Plikt for innreisende med test- eller karanteneplikt.	Plikt for innreisende med test- eller karanteneplikt.
Test ved/etter ankomst	Beredskap for reetablering av testmulighet på store flyplasser med utenriks-trafikk, Storskog og Svinesund.	Anbefaling om test for enkeltgrupper kan vurderes.	Testplikt for enkeltgrupper knyttet til immunitet, evt. avreiseland ved ankomst.	Testplikt for enkeltgrupper knyttet til immunitet, evt. avreiseland ved ankomst.	Generell plikt med enkelte unntak.
Innreise-karantene	Ingen	Ingen	Innreise-karantene for enkeltgrupper kan vurderes.	Innreise-karantene for enkelte.	Generell plikt med enkelte unntak.
Nasjonalt kontrollsenters	Beredskap for reetablering	Beredskap for reetablering	Vurdere å reetablere SMS-funksjonen og evt. veiledning og kontroll av innreisende med test- og karanteneplikt.	Prioritere kontroll av innreisende med test- eller karanteneplikt. 20 veiledere.	Prioritere kontroll av innreisende med test- eller karanteneplikt. Evt. vurder flere veiledere.

Commented [IS10]: Beredskapen for testing ved ankomst i en normal hverdag, slik det er beskrevet i tiltakspakken, bygget på at infrastrukturen for testing ble opprettholdt ved de aktuelle grenseovergangene. Infrastrukturen var betydelig på de største flyplassene og ved Svinesund. Ved Svinesund har man måtte si opp leieavtale for arealet, i tillegg til at diverse fysiske strukturer som bygg og bro skal tilbakesføres. Det betyr at forutsetningene for å opprettholde beredskapen i en normal hverdag ikke lenger er til stede. Helsedirektoratet ønsker å gjøre oppmerksom på at det vil være svært vanskelig å etablere testing ved ankomst slik det ble praktisert de siste årene om dersom det skulle bli nødvendig. Det som kanskje vil være mulig er utdeling av hurtigtester, forutsatt at det er tilgjengelige tester på lager, men ikke den omfattende riggen vi ble vant til å se ved f.eks. Gardermoen. Dersom reetablering av test ved ankomst blir aktuelt er det svært viktig at midler til kommunene følger med og garanteres ettersom kommunene ikke har økonomi til å håndtere en oppgave av en slik størrelse innenfor gjeldende rammer. Helsedirektoratet vil også påpeke at vi flere steder vil være avhengig av grunneiers velvilje for å kunne etablere lignende rigg ved grenseovergangene i fremtiden.

			Krever IRRS: Inntil 20 veiledere.		
Grensekontroll	Beredskap for reetablering	Beredskap for reetablering	Kunnskapsbasert grensekontroll kan vurderes.	Kunnskapsbasert grensekontroll.	Indre Schengen grensekontroll. Begrense antall åpne grenseoverganger.
Karantenehotell	Ingen	Ingen	Frivillig tilbud om hotell til innreisende med evt. karanteneplikt.	Karantenehotellordning kan vurderes evt. for enkeltgrupper.	Karantenehotellordning for mange/alle grupper. Arbeidsgivere kan tilby karanteneinnkvartering godkjent av Arbeidstilsynet.
Koronasertifikat	Bruk av koronasertifikat vil bli vurdert som dokumentasjon ved innføring av ulike smitteverntiltak som er listet opp i tabellen.				

Vedlegg 3 Tiltak innen TISK-systemet

Testing	Isolering
<p><i>Klinisk testing</i> (uten smittevernformål)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Testing etter vurdering hos lege (evt. med tilgjengeliggjøring av selvtester for de som <u>er aktuelle for legemiddelbehandling</u> ønsker det i en overgangsperiode). <p><i>Symptombasert testing for smittevernformål</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Testing for å begrense smitte inn i helse- og omsorgstjenesten og evt. andre kritiske funksjoner/begrense smitte til risikogrupper. - Testing av personer med symptomer. <p><i>Testing av asymptomatiske for smittevernformål</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Testing av husstandsmedlemmer til en smittet person. - Testing av alle nærkontakter. - Jevnlig testing/screening/massetesting. <p><i>Testing for overvåkingsformål</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Råd om å holde seg hjemme når man er syk. - Råd om å holde seg hjemme et gitt antall dager når man er syk/har symptomer (uavhengig av om man har testet seg eller ikke). - Råd om å holde seg hjemme et gitt antall dager etter positiv (selv)test. - Forskriftsfestet plikt til isolasjon ved positiv (selv)test.
Smittesporing	Karantene
<ul style="list-style-type: none"> - Ingen anbefaling om å gi beskjed til nærkontakter. - Anbefaling til syke personer om å gi beskjed til nærkontakter. - Benytte digitale selvregistreringsløsninger der nærkontakter legges inn dersom mulig. - <u>Vurdere å gjenopprette digital løsning som f.eks. Bruk av</u> Smittestopp-appen med forbedret funksjonalitet. - Kommunal manuell smittesporing i spesielle situasjoner. - Kommunal manuell smittesporing overfor alle nærkontakter. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ingen karantene eller test for nærkontakter. - Råd om test dersom man har en smittet i samme husstand. - Råd om test dersom man har vært i nærkontakt med en smittet person. - Plikt til test dersom man bor i samme husstand som en smittet, for å unntas karantene. - Plikt til test dersom man har vært i nærkontakt med en smittet person, for å unntas karantene. - Karantene dersom man er i samme husstand uten mulighet for å teste seg ut. - Karantene dersom man har vært nærkontakt uten mulighet for å teste seg ut.

Hvilke tester som bør benyttes i de ulike test-/karantenealternativene vil avhenge av situasjonen og tilgang på ulike testmetoder.



Helsedirektoratet
Postboks 220, Skøyen
0213 OSLO

Att.: Hilde Skagestad

**SYSSERMESTEREN
PÅ SVALBARD**

Unntatt offentlighet, jf. Offl § 15 tredje ledd

Vår dato:
23.03.2023

Vår ref: (bes oppgitt ved svar)
21/03392-80

Deres dato:
21.03.2023

Vedrørende forlengelse av Covid-19 forskriften § 9

Det vises til Helsedirektoratets henvendelse av 17. mars d.å. hvor det fremgår at Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har mottatt et samleoppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet hvor en skal vurdere eventuell avvikling/videre opprettholdelse av en rekke midlertidige forskriftsbestemmelser relatert til covid-19. Ett av deloppdragene gjelder Svalbard og lyder slik:

Det bes også om vurdering av om følgende bør forlenges og eventuelt hvor lenge etter 30.6.2023: Covid-19-forskriften § 9 om karantenerregulering og inn- og utreiseregler for Svalbard, hvoretter Sysselmesteren kan fastsette forbud mot å gå i land på Svalbard, samt også fastsette unntak fra slikt ilandstigningsforbud. Det bes om at Sysselmesterens vurdering innhentes.

Hva gjelder beredskapssituasjonen og den maritime trafikken til Svalbard vises det til vårt brev til Helsedirektoratet av 23. mars 2022 som beskriver de særlige utfordringene som gjør seg gjeldende på Svalbard. Vurderingene og anbefalingene i nevnte brev er fortsatt dekkende for vårt syn.

Sysselmesteren har i forbindelse med direktoratets forespørsel rettet en henvendelse til UNN Longyearbyen sykehus for en smittevern faglig vurdering basert på de stedlige forhold. Smittevernoverlege Ole Tveiten har i epost til Sysselmesteren av d.d. anbefalt en videreføring av § 9 i forskriften frem til sommer 2024. Stikkordsmessig er dette begrunnet slik:

- Generelt kan en si at forutsetningene når det gjelder helsetjenestens kapasitet og begrensninger på Svalbard er uendra og fortsatt gyldige.
 - Longyearbyen sykehus er et beredskapssykehus som er utstyrt og bemanna for å kunne gi akutte helsetjenester til Svalbards befolkning og et begrensa antall tilreisende.
 - Det er begrensninger både i bemanning, utstyr, kompetanse og plassforhold.
 - Massetilstrømning av pasienter uansett årsak vil raskt knekke ryggen på sykehusets funksjon.
 - En lokal oppblomstring av en pandemi vil også på samme måte gjøre at sykehusets funksjoner vil stoppe opp.



- Det er derfor fortsatt grunn til å beskytte sykehuset mot å kunne komme i slike situasjoner, noe også ROS-analysen tar høyde for.
- Covid 19-pandemien er ennå ikke avslutta internasjonalt.
- Dagens virusutgaver gir generelt mindre alvorlig sykdom, spesielt hos yngre pasienter.
- De generelle tiltakene når det gjelder karantene, fravær fra jobb osv. er betydelig letta.
- Vi ser imidlertid fortsatt alvorlige tilstander spesielt hos eldre og svekkede pasienter.
- Cruise-turister har ofte høy alder og er multimorbide, de har altså større risiko for alvorlig utvikling av sykdom og infeksjoner.
- Vi har sett en oppblomstring av smitte fra Covid 19 også lokalt, og vi har for tiden daglig positive tilfeller på øya. Vi har derfor en høy beredskap i forhold til smitte både i byen og på sykehuset.
- Det er meldt om 75.000 cruiseturister til øya med båtanløp i løpet av sommeren, noe som vår daglige leder allerede (kfr. siste utgave av Svalbardposten) har uttrykk sterk bekymring for i forhold til vår kapasitet. Dette er blant annet bygd på erfaringer fra i fjor sommer, der vi opplevde mange tilfeller av svært ressurskrevende pasienter fra cruise-skip.

Sysselmesterens vurdering er etter dette at forskriftens § 9 videreføres frem til sommeren 2024 og at det da foretas en fornyet vurdering i lys av smittesituasjonen.

Med hilsen

Sølvi Elvedahl
assisterende sysselmester

Magnus Fredriksen
Politiadvokat / Police Prosecutor

Dokumentet er godkjent elektronisk, og har derfor ikke håndskreven signatur



Hilde Skagestad

**SYSSEMESTEREN
PÅ SVALBARD**

Unntatt offentlighet, jf. Offl § 15 tredje ledd

Vår dato:
23.03.2022

Vår ref: (bes oppgitt ved svar)
21/03009-96

Deres dato:
14.03.2022

Oppdrag nr. 640 fra Helse- og omsorgsdepartementet

Vi viser til Helsedirektoratets forespørsel om bidrag til oppdrag 640 – vurdering av covid-19-reguleringen for Svalbard inn mot cruisesesongen. I det følgende gir vi våre innspill.

Cruisesesongen på Svalbard strekker seg fra mai til slutten av august. Noen få av cruiseoperatørene opererer fra april til oktober. Per 18. mars er det meldt inn 245 anløp til Longyearbyen, ifølge Longyearbyen havn. Blant disse er det 20 konvensjonelle cruiseskip, det vil si at de kan ha opptil flere tusen passasjerer om bord. Ved å legge til grunn et gjennomsnitt på 1500 passasjerer per anløp, vil det i løpet av sesongen være cirka 30 000 passasjerer i tillegg til crew. Det er noe lavere enn i 2019. Dette krever effektive tiltak for å håndtere et eventuelt alvorlig smitteutbrudd av covid-19.

Beredskapen på Svalbard er generelt sett svært sårbar. Den kjennetegnes blant annet av veldig begrensede rednings- og helseressurser og store geografiske avstander. Longyearbyen sykehus har påpekt at i en normalsituasjon er cruisetrafikken en betydelig tilleggsbelastning for sykehuset. Den pågående pandemien forsterker denne belastningen ytterligere. Helseberedskapen er ikke dimensjonert for å håndtere et alvorlig smitteutbrudd om bord på et stort skip, hvor flere av passasjerene har behov for helsehjelp. Det er en kjensgjerning at de fleste cruisepassasjerer er eldre, noe som sannsynliggjør nettopp et slikt behov. Det vil raskt kreve assistanse fra fastlandet. Et annet forhold som må tas i betraktning, er at værforholdene på Svalbard kan endre seg fort og er uforutsigbart. Det påvirker både muligheten for å få bistand og muligheten for å evakuere pasienter til fastlandet.

Sysselmasterens adgang til å fastsette ilandstigningsforbud, jamfør covid-19-forskriften § 9, er den eneste særskilte reguleringen som gjelder for Svalbard. Vi mener at det fortsatt bør være en slik type hjemmel, jamfør beskrivelsen av beredskapssituasjonen. Videre ser vi det som nødvendig å ha en bestemmelse som gir en mulighet til å pålegge passasjerfartøy om å returnere til fastlandet eller hjemnehavn ved et alvorlig utbrudd av covid-19 om bord. På den måten reduseres risikoen for å skape en krevende situasjon på Svalbard, hvor beredskapskapasitetene som nevnt er svært begrenset. En slik hendelse bør håndteres i en havn som er godkjent etter IHR-forskriften.



Vi støtter Helsedirektoratets presisering¹ om at det sistnevnte tiltaket må være forbeholdt alvorlige utbrudd, og at det før iverksetting må gjennomføres en konkret vurdering av kravene i smittevernloven § 1-5. Vi minner om at hverken Sysselmesteren eller Longyearbyen lokalstyre har helse- og smittevernfaglig kompetanse. I praksis vil det være slik at smittevernoverlegen/UNN gir råd om å iverksette tiltak, mens Sysselmesteren fatter beslutningen. Smittevernoverlegen har presisert at det er svært viktig at iverksetting av slike tiltak skjer så raskt og effektivt som mulig. Vi mener derfor at det er hensiktsmessig at et eventuelt forbud blir nedlagt ved enkeltvedtak.

Forslag til regulering

Sysselmesteren på Svalbard kan nedlegge forbud mot å gå i land på Svalbard.

Ved alvorlig utbrudd av SARS-CoV-2 om bord på passasjerfartøy på Svalbard, kan Sysselmesteren pålegge fartøyet å gå med passasjerer til fastlandet eller hjemmehavn.

Vi bemerker at begrepet kystcruise, jamfør tittelen på kapittel 3 i covid-19-forskriften, ikke omfatter de store cruiseskipene. Det er etter vårt syn veldig viktig at bestemmelsen også dekker disse fartøyene. Vi foreslår derfor følgende tittel på kapitlet: *Særskilte regler for Svalbard.*

Til slutt ber vi om at fagetatene vurderer om det er anledning til å iverksette tiltakene ovenfor på en effektiv måte med hjemmel i IHR-forskriften. I så fall kan vi ikke se at det er nødvendig å videreføre særskilte reguleringer for Svalbard.

Med hilsen

Sølvi Elvedahl
assisterende sysselmester

Stig Morten Tengesdal
Rådgiver samfunnsikkerhet

Dokumentet er godkjent elektronisk, og har derfor ikke håndskreven signatur

¹ Jamfør Helsedirektoratets svar på covid-19-oppdrag fra HOD tillegg 627 – Vurdering av covid-19-forskriftens bestemmelser for Svalbard.