

Helse- og omsorgsdepartementet
Krisestab HOD
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: Covid-19 oppdrag 264
Vår ref.: 20/47017-49
Saksbehandler: Andreas Skulberg
Dato: 20.01.2021
Kl. 09:35

Nytt korrigert revidert svar på covid-19 oppdrag fra HOD 264 - Om tiltaksvurdering januar 2021 - Korrigerede illustrasjoner - Korrigert sitat fra FHI sitt svar

Vedlagt finnes nytt korrigert revidert svar på dette oppdraget.

Den tidligere revisjonen av noen anbefalinger av 14. januar er ikke endret.

I forrige versjon ble følgende illustrasjoner korrigert med hensyn til design og kilde:

- Kartene øverst på side 5 har blitt erstattet med HelseDirektoratets egne kart. I den opprinnelige besvarelsen var det kommet inn kart fra VG uten kildehenvisning. VG - kartene var kun ment for intern diskusjon i saksbehandlingen og skulle være erstattet med HelseDirektoratets egne kart før oversendelse. Vi beklager feilen som ble gjort.

I første avsnitt om skjenkestopp på side 13 var det sitert feil klokkeslett fra det faglige underlaget fra FHI. Det er nå korrigert. Vi beklager feilsiteringen.

Sammendrag er det samme som av 14. januar:

- HelseDirektoratet og FHI gir en bred tiltaksvurdering per januar 2021 og gir anbefalinger for videre takling av covid-19 epidemien for å kunne nå målene i den nasjonale covid-19 strategien.

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.
direktør

Jon Hilmar Iversen
konsulent

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:
FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd @fhi.no

Svar på covid-19 oppdrag fra HOD 264 - Om tiltaksvurdering i januar 2021

Oppdragstekst

Revidert oppdrag nr. 264 til Helsedirektoratet om tiltaksvurdering januar

Helse- og omsorgsdepartementet viser til oppdrag 264 sendt 16. desember 2020 om tiltaksvurdering i januar med frist torsdag 14. januar kl. 12.00, og tillegg til oppdrag 264 sendt 5. januar 2021, som fremskyndet fristen til onsdag 13. januar kl. 15.00. Departementet sender med dette et revidert oppdrag 264 som erstatter disse.

Den 14. desember ble det besluttet at de nasjonale smitteverntiltakene i hovedsak videreføres inkludert karantenebestemmelsene, og at dagens nasjonale tiltaksnivå beholdes frem til ny vurdering dersom smittesituasjonen ikke forverres før dette. Opprinnelig oppdrag 264 ble gitt med frist torsdag 14. januar og la opp til at regjeringen gjør en ny vurdering av nasjonale smitteverntiltak inkludert karantenebestemmelsene i andre del av januar.

På bakgrunn av utviklingen man så i slutten av desember, ble det 3. januar vedtatt forsterkede nasjonale smitteverntiltak i perioden 4. til 18. januar. For at regjeringen kan fatte beslutning før 18. januar, må dermed en ny vurdering av de nasjonale smitteverntiltakene gjennomføres og oversendes tidligere enn først lagt opp til. I tillegg til oppdrag 264 ble derfor fristen for oppdrag 264 fremskyndet til onsdag 13. januar kl. 15.00.

Oppdrag 264 må ses i sammenheng med oppdrag 258 om liste over tiltak som må beholdes gjennom hele pandemien. Oppdraget følger dessuten opp oppdrag 251 om en revidert teststrategi og en helhetlig vurdering av karantene og testing der Hdir i svaret anbefaler at det gjøres en ny vurdering av eventuell endring av karanteneordningene i januar/februar.

Helsedirektoratet gis i samråd med Folkehelseinstituttet i oppdrag å utarbeide

- 1. en samlet vurdering av de iverksatte tiltakene og foreslå ev. endringer basert på smittesituasjonen i januar og erfaringene som er gjort så langt i håndteringen av pandemien*
- 2. en fornyet vurdering av karanteneordningene basert på en helhetlig teststrategi, jf. oppdrag 251 del 2, herunder om det skal åpnes for å kunne gå ut av karantene ved negativ test på dag syv og om arbeidsreisende må være i arbeidskarantene frem til negativ test på dag tre*
- 3. forslag til endringer i covid-19-forskriften*

Begrenset sosial kontakt over lengre tid kan være svært belastende for den enkelte, særlig for sårbare grupper. I vurderingene skal det tas utgangspunkt i at tiltak som begrenser sosial kontakt over lengre tid ikke skal iverksettes eller forlenges før alternative tiltak er vurdert og ev. forsøkt.

Det understrekes at oppdraget skal legge til grunn de nasjonale smitteverntiltakene som ble vedtatt i desember/ januar frem til 3. januar, og at besvarelsen samtidig skal bygge på en helhetlig vurdering. For å lette arbeidet i departementet frem mot beslutning, ber departementet om at det på saksbehandlernivå opprettes en god dialog om vurderingene som gjøres.

Frist for oppdraget er fremskyndet til onsdag 13. januar kl. 15.00.

Bakgrunn

I flere land i Europa har vi sett at smittesituasjonen har endret seg svært raskt. Mange land har måttet innføre full nedstenging. Flere sliter med å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester både til smittede med Covid-19 og til andre pasientgrupper.

Norge er i en utfordrende smittesituasjon. Det er viktig å snu denne utviklingen av flere grunner:

- for å beskytte liv og helse
- for å redusere varigheten av tiltaksbyrden på befolkningen og spesielt sårbare grupper
- for at ikke konsekvensene for næringsliv, arbeidsliv og samfunnsøkonomien blir for store
- for at vi kan stoppe eller bremse import og spredning av virusmutanter som er mer smittsomme enn de som sirkulerer i landet i dag
- for at ikke TISK-kapasiteten i kommunene og behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten skal bryte sammen
- for at vi skal unngå en full nedstengning av landet

Erfaring både fra egen og andre lands pandemihåndtering har vist at det er mulig å kontrollere Covid-19 epidemien ved å slå ned utbrudd så raskt og kraftfullt som nødvendig - og så holde smitten nede. Det har ikke tilkommet ny forskning eller erfaring som tilsier at noe annet er mer bærekraftig over tid, heller tvert imot.

Samfunnsøkonomisk vil Norge og norsk næringsliv klare seg best dersom vi klarer å slå ned nasjonale og lokale utbrudd, og holde smittetallene nede. Jo lavere smittetall, jo mer normalt kan næringslivet drifte. Det vises til Holden-utvalget 2.

Hensynet til sårbare grupper ivaretas best ved lavt smittepress over tid slik at skole og utdanning, fritidsaktiviteter, behandling og oppfølging kan gå så normalt som mulig innad i landet.

Omtrent halvparten av de smittede har nå ukjent smittevei (med visse variasjoner på landsbasis). Dette gjør det vanskelig å målrette tiltak, og tilstrekkelig reduksjon av den samlede mobiliteten og sosiale interaksjonen er dermed avgjørende for at Norge skal lykkes med å snu situasjonen.

Folkehelseinstituttet har ikke indikasjon på at de muterte variantene av viruset har fått utbredelse i Norge så langt. Dersom det skulle skje, vil det ha alvorlige konsekvenser og påvirke tiltaksnivået helt til epidemien nærmer seg slutten. Det er derfor spesielt viktig å hindre importsmitte nå.

Importsmitte har under hele pandemien vært en av de største utfordringene for alle lands innsats, men unntak av de som har hatt høyest smittepress. Muligheten til å holde smittetallene nede nasjonalt har direkte sammenheng med graden av importsmitte.

Norge har så langt ikke lykkes med i tilstrekkelig grad å stoppe smitten som følger med arbeidskraft fra land som nå har svært høyt smittepress. Konsekvensen er behov for strengere tiltak som rammer hele befolkningen, enn hva det ville vært behov for dersom importsmitten var redusert.

Nye tall kan indikere at befolkningens tillit til myndighetene er noe svekket. Norge har over tid trappet opp tiltak uten at har klart å snu trenden og slå ned smitten. Graden av etterlevelse avhenger av at befolkningen ser at forsakelse og innsats gir effekt. Noe av det mest truende mot dugnadsånd er at tiltaksbyrden blir skjevt fordelt.

Det legges til grunn at målsettingen med oppdrag 264 er å vurdere hvilke tiltak som bør opprettholdes, justeres eller forsterkes for å slå ned den smittebølgen vi er inne i. Tallene må langt nok ned til at Norge kan drifte så normalt som mulig frem til vi har befolkningsimmunitet.

Per 13.1.21 er det for tidlig å vurdere effekten av tiltakene som ble iverksatt 4. januar. Helsedirektoratet vurderer derfor at utfordringsbildet og usikkerheten gjør det nødvendig å videreføre de fleste av gjeldende forskrifter og nasjonale anbefalinger. Dersom vi ikke ser effekt av tiltakene ved at tallene begynner å synke innen de neste 5-7 dagene, vil det være nødvendig å stramme inn ytterligere.

Helsedirektoratet har mottatt innspill til oppdrag 264 blant annet fra Folkehelseinstituttet og fra medlemmer av Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser (BUB). Disse finnes vedlagt.

Erfaringer fra enkelte andre land

I pandemihåndteringen har det vært viktig å se hen til andre lands erfaringer, og legge disse til grunn for den nasjonale håndteringen der det vurderes riktig. Nedenfor foretas det derfor en kortfattet gjennomgang av status i Danmark, Irland, Storbritannia og Sverige:

Danmark

Danmark fikk slått ned smitten vinteren i fjor, og hadde deretter lave smittetall gjennom våren og frem til sensommeren. Smittetallene økte utover høsten, med en bratt stigning i desember. Danmark innførte gradvis strengere tiltak, og endte med å måtte foreta en full nedstenging. Risikonivået er økt til nivå 5¹, og det er blant annet innført forsamlingsforbud, avstandskrav på 2 meter, digital undervisning og stengning av alle butikker unntatt matvarebutikker og apotek. Andelen som er smittet med den nye britiske varianten vokser stadig, og myndighetene tror at varianten kan bli dominerende i Danmark i midten av februar. En rekke nasjonale tiltak er allerede varslet å gjelde helt til 28. februar. For å begrense spredning av de mer smittsomme variantene av SARS-CoV-2 ble det nylig innført strengere innreiseregler, blant annet krav om test tatt 24 timer før innreise og krav om at reisen er nødvendig.

Irland

Irland var lenge regnet som et av de landene som har hatt størst suksess med å holde smittetallene nede. Før desember hadde Irland en seks ukers nedstengning som resulterte i at de fikk slått ned smitten. Restriksjonene ble deretter lempet på mot jul (bla. åpnet barer/puber/juleselskap m.m.), med den konsekvens at smitten har spredt seg så raskt at Irland denne uken er det landet i verden som har høyest antall bekreftede tilfeller per million innbygger. Det indikeres at en betydelig andel av de positive tilfellene kan spores tilbake til den nye britiske varianten.² Det forventes en forverring av situasjonen på sykehusene fremover.

Storbritannia

Storbritannia varslet i desember om en ny og trolig mer smittsom variant av SARS-CoV-2. Det ble først innført strengere restriksjoner i områdene med antatt høy insidens av varianten. Nå er hele England, Skottland og Wales i nedstengning. I uke 53 hadde Storbritannia flest positive testede i Europa. Storbritannia har opplevd en rask økning i antall tilfeller, noe som er assosiert med den nye SARS-CoV-2 varianten; VOC-202012/01. Den bratte oppgang i antall nye tilfeller startet i desember³.

¹ <https://coronasmitte.dk/nationale-tiltag/nationale-tiltag>

² <https://www.gov.ie/en/press-release/6304c-statement-from-the-national-public-health-emergency-team-monday-11-january/>

³ <https://coronavirus.data.gov.uk/>

Helsevesenet i Storbritannia er på grensen av hva det kan tåle, og må nå foreta prioriteringer mellom pasientgrupper.

Sverige

Sverige har i stor grad håndtert pandemien med anbefalinger og råd til befolkningen. Landet har hatt en omfattende smittespredning i befolkningen. I uke 53 var insidensen 400 tilfeller per 100 000, og andel positive prøver var 21 %. De nye virusvariantene fra Storbritannia og Sør-Afrika er påvist. Presset på sykehusene og på intensivavdelinger i flere av landets regioner har tidvis vært svært høyt. Sverige er igjen i en kritisk fase, nært grensen for hva helsevesenet tåler. Folkhälsomyndigheten anslo i uke 53 at det dør 60-70 personer av covid-19 i Sverige per dag.

Nevnte erfaringer tilsier at smitten må slås ned tidlig nok. Der mer smittsomme virusmutasjoner har utbredelse må tiltakene være kraftigere både i omfang og tid. Det er grunn til å være føre var. Hvis Norge klarer å slå ned smitten nasjonalt og holde smitten nede med rettidige lokale og regionale tiltak, kan trolig landet driftes så normalt som mulig frem til man har fått et vesentlig bidrag til befolkningsimmunitet ved vaksinasjon. Det er helt avgjørende å ha svært strenge innreiseregler til landet for å oppnå dette.

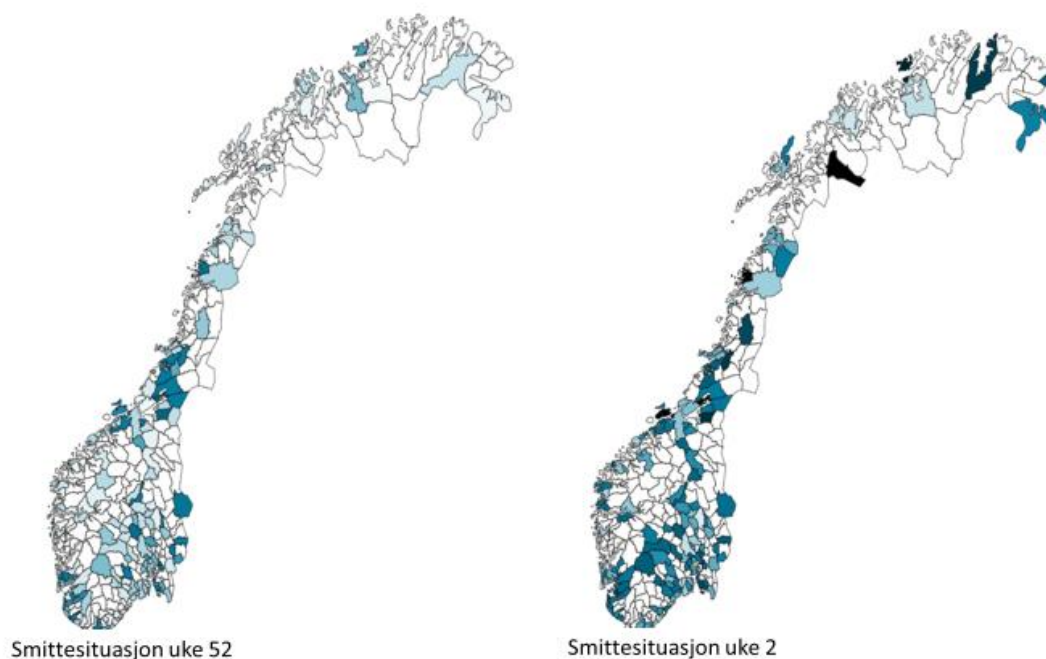
Det gjøres oppmerksom på at Storbritannia, Irland og Danmark har måttet innføre digital undervisning og stenging av skoler. Det samme er gjort i andre Europeiske land, som Tyskland. Eksempelvis i Frankrike har det vært påbudt med bruk av ansiktsmasker for skolebarn over 6 år siden oktober.

Smittesituasjon og kapasitet

Smittesituasjonen

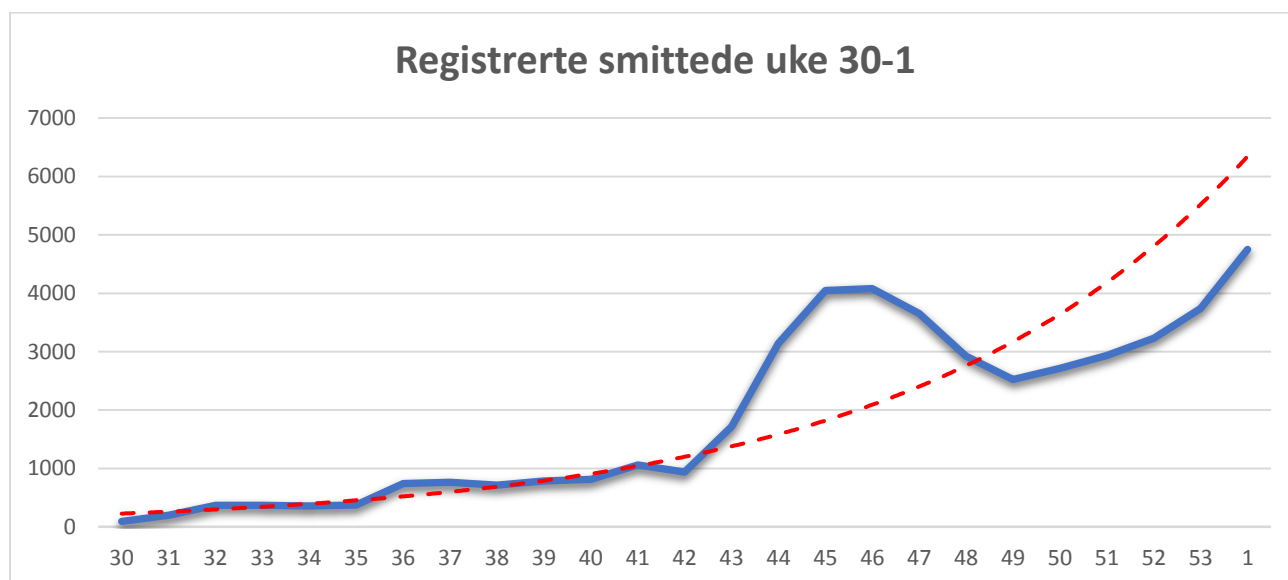
Norge har vært i en eskalerende smittesituasjon de siste ukene. Det har vært redusert oversikt over smittesituasjonen og høy belastning på deler av helsetjenesten. Økende smittetall bekrefter at det har vært betydelig økt sosial kontakt og mobilitet de siste ukene. Folkehelseinstituttet anslår i sin risikorapport 13.januar at reproduksjonstallet R nå er på 1,24 i Norge, med betydelige geografiske variasjoner. Det er i Norge over 150 smittede per 100.000 innbyggere siste 14 dager. Andel positive prøver ligger omkring 2,2 %. Det er lenge anslått at det er en betydelig andel skjult smitte i samfunnet, noen steder opp til 50 %.

Det er store geografiske forskjeller i smittesituasjonen.



Figur 1 - Kart over smittesituasjonen i uke 52 og uke 2. Kilde: Helsedirektoratet

Som det fremgår av kartene over har den geografiske utbredelsen av smitteforekomsten økt de siste ukene. I tillegg til økning i forekomsten i Oslo BA-region, ser vi en betydelig økning de fleste av landets fylker.

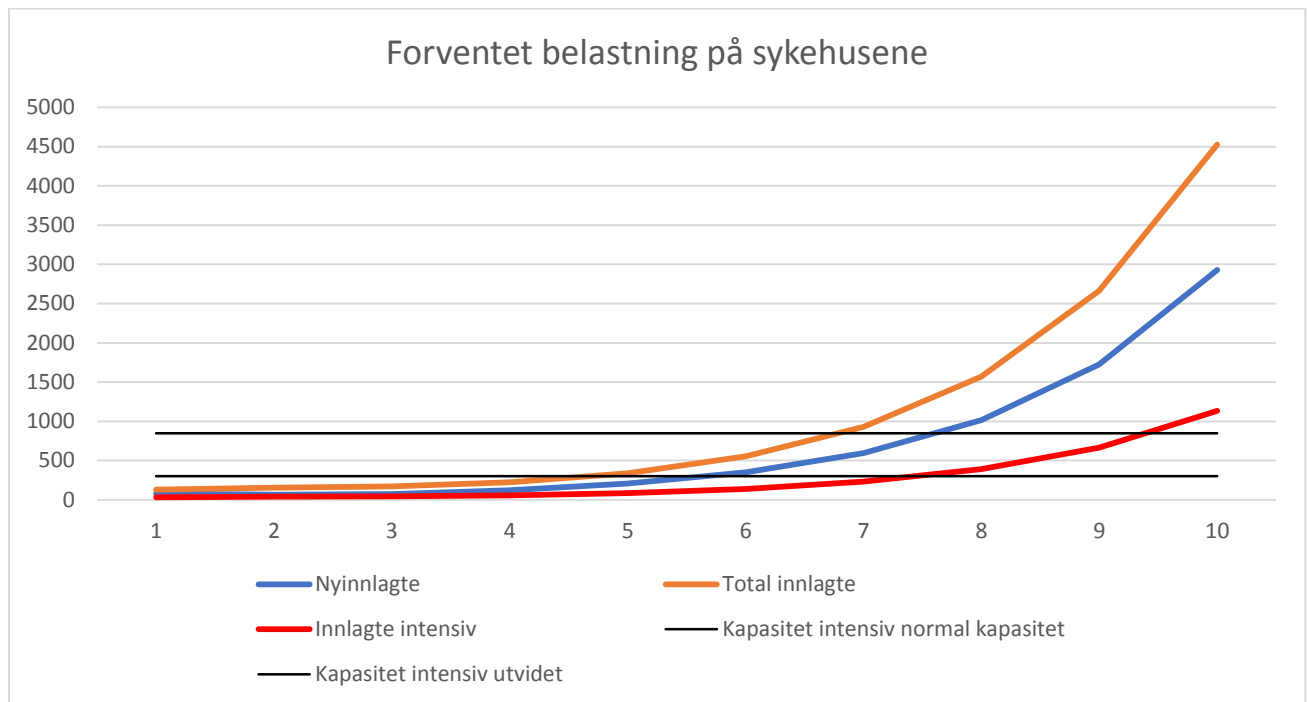


Figur 2 Nasjonal smittekurve – Blå linje = registrerte nysmittede per uke – Rød linje = eksponentiell vekstkurve

Som det fremgår av kurven over er Norge nå i en fase med eksponentiell vekst i smitten. Hvis denne trenden ikke brytes vil vi innen utgangen av uke 3 ha gjennomsnittlig 1000 registrerte nysmittede daglig. Med tanke på en betydelig andel skjult smitte representerer dette en stor utfordring for helsetjenesten.

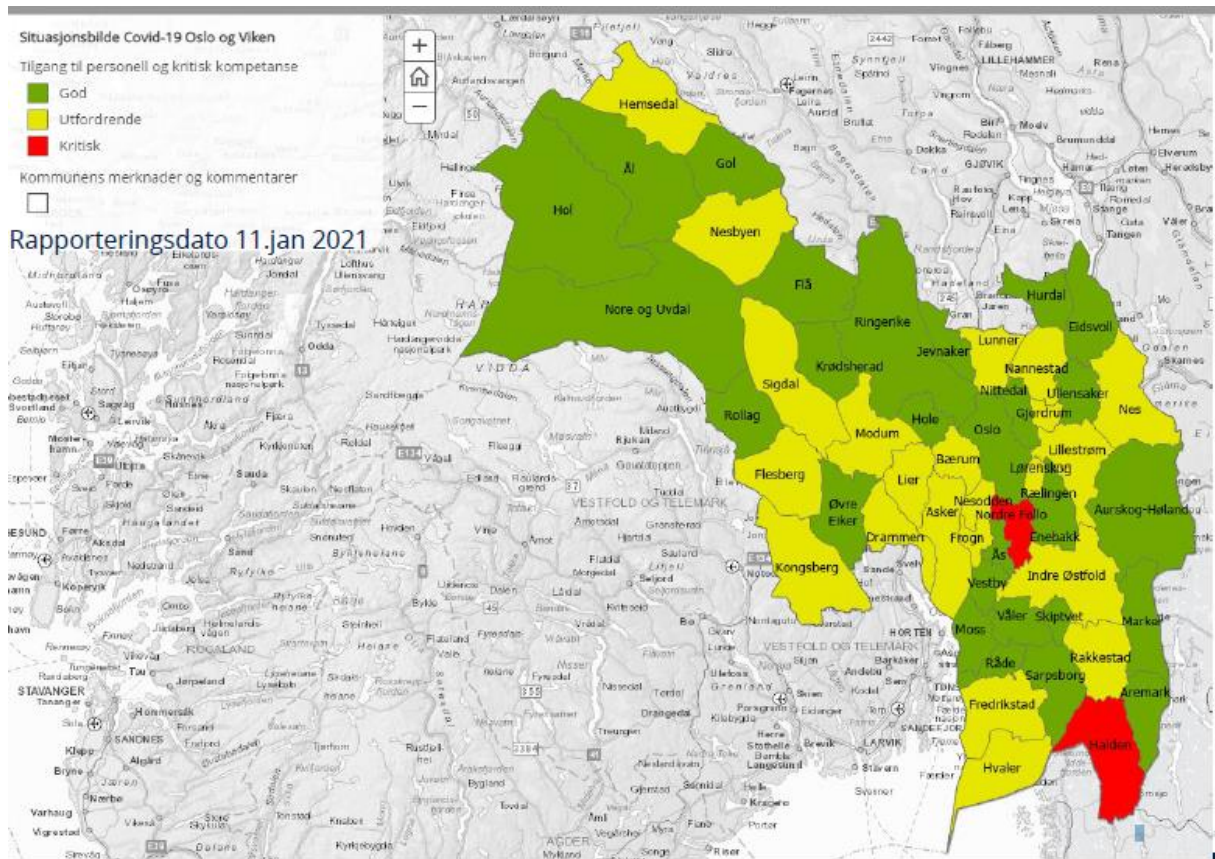
Kapasitet i helsetjenesten

Kapasiteten i spesialisthelsetjenesten er tilfredsstillende, og pasienter med covid-19 utgjør en liten andel av belegget på norske intensivavdelinger per 12.januar. Det pågår for tiden utbrudd på flere norske sykehus, blant annet Drammen, Bærum og Haukeland.



Grafen over viser forventet belastning på sykehusene og intensivavdelinger **hvis nåværende smittetrend fortsetter**. Det viser at omkring uke 7 vil være 300 intensivkrevende pasienter med Covid-19 i Norge. Dette er da pasienter som kommer i tillegg til "normalbelegget" på intensivavdelingene, og en kan således dedusere at kapasitetsutfordringene og behov for omprioritering av virksomhet allerede melder seg i uke 5.

Situasjonen i primærhelsetjenesten er sårbar og marginal. Statsforvalterne rapporterer om at mange kommuner har problemer med utslitt personell, mangel på personell, mange samtidige arbeidsoppgaver og et svært stort arbeidspress. Betydelig økt testaktivitet belaster også kommunene og laboratoriene. **I Viken fylke rapporterer 45 % av kommunene at de har utfordringer med å opprettholde tilgang til sykepleiere/ kritisk personell, 30 % med institusjon kapasitet og 20 % med kapasitet i hjemmetjenestene.**



Etterlevelse – Befolkningsundersøkelsen uke 1

Helsedirektoratets befolkningsundersøkelse viser at folk oppgir at de hadde langt færre nærkontakter i uke 1 enn de siste to ukene før nyttår.

68% av de spurte svarer at de kun hadde 1-5 nærkontakter i løpet av uke 1, det er en økning fra 45% i uke 52/53. Dette er den høyeste andelen vi har målt siden vi begynte å spørre om dette i september 2020. Samtidig har andelen som oppgir 6-20 nærkontakter gått ned, fra 48% til 19%. Det er den laveste andelen vi har målt.

Tilliten til helsemyndighetene holder seg på 83% i befolkningen generelt, men hos den yngste aldersgruppen 16-24 år ser vi en signifikant nedgang fra 77% i uke 53 til 66% denne uken.

Fremdeles sier 94% at de følger råd og retningslinjer fra myndighetene. Dette har vært helt stabilt i lang tid. Blant de yngste (16-24 år) er det 86% som oppgir at de følger råd og retningslinjer.. 83% sier også denne uken at det er meget sannsynlig eller sannsynlig at de kommer til å vaksinere seg. Det er nå like mange kvinner som menn som sier de vil la seg vaksinere. Det er fortsatt flest i den eldste aldersgruppen som oppgir at de vil la seg vaksinere. 91% av de eldste oppgir dette.

Særlige utfordringer knyttet til importsmitte

Til tross for at det er etablert omfattende tiltak for å redusere importsmitte, gjenstår det utfordringer med den praktiske gjennomføringen.

Eksempelvis viser erfaring at:

Testing på grensepasseringssteder

Det er stor variasjon i hvilken grad de innreisende lar seg teste ved grensepassering. Cirka 55-70% testes ved OSL, mens 80-100 % testes ved de andre flyplassene.

Ved vei testes omkring 50 prosent ved to av de største passeringpunktene. Ved det største passeringpunktet testes til nå mellom 20 og 30 prosent. Ved havn testes opp mot 90% av de som passerer.

Ved flere av grensepasseringspunktene er det for liten kapasitet til å unngå at for innreisende holdes under 1 times venting. Kommunene viser til at det av praktiske (arealmessige) hensyn er utfordrende å tilby de testede svar på stedet.

Det er kjent at det har vært et stort antall som er registrert med smitte ved grensepassering. Ved Torp flyplass i Sandefjord er det registrert 141 positive av 5792 passasjerer fra utlandet, i hovedsak Baltikum. Dette er alle personer som har kommet med attest negativ test tatt siste 72 timer før avreise.

Innreiseregistrering

- En stor andel av de som kommer til grensen har ikke fylt ut dokumentasjons for innreise.
- 20% av de reisende benytter elektronisk innreiseregistrering
- Papirbaserte skjema må etter-registreres av Helsedirektoratet, dette krever 50-70 ansatte per dag
- Helsedirektoratet ønsker at bruken av de papirbaserte skjemaene skal opphøre, men JD/DSB har avvendt beslutningen og varslet overgang først fra 14. januar og da med bibehold av papirskjema som reserveløsning

Kontroll av at innreisevilkårene er oppfylt

- Attestasjonen for gjennomgått sykdom siste 6 måneder og testing 72 timer før innreise har liten verdi fordi det er stor usikkerhet om ektheten i attestene.
- Det meldes om en stort antall falske attester
- Innsamlede PDF-skjemaene for innreiseregistrering har mangelfulle opplysninger i 1/3 av skjemaene. Utfyllingsgraden blir ikke kontrollert av politiet på grunn av kapasitetsproblem ved grensepassering

Oppfølging av karanteneplikten

- Kommunene opplyser at de ikke har oversikt over hvem som kommer til kommunen uten å være testet, fordi dette ikke kan leses av innreiseregistreringsskjemaet
- Det er et gjennomgående inntrykk at ingen eller bare få kommuner har hatt kapasitet til å benytte informasjonen fra innreiseregistreringen. Det innebærer at de ikke kan kontrollere hverken gjennomført testing eller at de innreisende går i karantene.
- En del av de innreisende behersker hverken skandinaviske språk eller engelsk. Det meldes om at enkelte ikke kan forklare hvor de bor når de ringes opp.

Vurdering

Det er iverksatt en rekke nasjonale aktiviteter og tiltak som koordineres i regi av Justis- og beredskapsdepartementet for bedre smittevern og kontroll med de som kommer reisende til landet. Det er krevende å holde oversikt over status, virkning på smittevernet og effekten av de kontrolltiltakene som er iverksatt.

Kommunene er ansvarlige for å gjennomføre mange av oppgavene som følger av de nasjonale tiltakene. Samhandlingen med kommunene og andre etater, som Statsforvalter, politiet og Direktoratet for arbeidstilsynet, bør styrkes.

Direktoratet har tidligere anbefalt at følgende tiltak raskt bør iverksettes for å styrke effekten av tiltakene helsetjeneste rår over:

- Bestemme at alle innreisende skal testes ved grensen da erfaringene viser at dette er vanskelig å følge opp senere i innreiseforløpet for andre innreisende.
- Holde fast ved at testingen ved grensepasseringspunktene skal gjennomføres med antigen hurtigtest, med unntak av de som skal ha PCR-test etter forskriften.
- Orienterer RHF-ene om at flere av de store teststedene ved veigrense, flyplass og hav må tillates å benytte PCR i overgangen mens de bygger ut kapasiteten til mer tidskrevende testlinjer med antigen hurtigtest.
- At det bør opprettes og bemannes et nasjonalt/regionalt telefonsenter som kan bistå kommunene i oppfølging og bruk av innreiseregisteret.
- At innreiseregistreringen må legges om til obligatorisk elektronisk innmelding allerede fra 11/1.
- At det raskt etableres en kobling mellom innreiseregisteret og MSIS-labdatabase, eventuelt via programmene for smittesporing.
- Utlendinger som ankommer landet uten gyldig innreiseregistrering og/eller med falsk/ugyldig/manglende negativ PCR, bortvises fra landet.

At importsmitte fremdeles utgjør en vesentlig andel av smittetallene, har medført behov for mer omfattende nasjonale tiltak innenlands enn vi ellers kunne hatt. Dette har medført en tung tiltaksbyrde for den generelle befolkningen. Vi mener det nå er viktig å ta hensyn til dette, og anbefaler derfor at antall innreisende til Norge begrenses.

Samlet anbefaling av behov for tiltak

Det er per nå ikke mulig å vurdere om tiltakene som ble innført 4. januar har hatt effekt. Dette vil først kunne evalueres i neste uke. Uansett vil det ta lenger tid å redusere smittetallene tilstrekkelig til at det kan foretas lettelsener av tiltakene. Utbredelsen av smitte på landsbasis og den høye andelen ukjente gjør det nødvendig med brede kontakt- og mobilitetsreducerende tiltak. Det er viktig at den samlede tiltakspakken ser hen til hvilke aldersgrupper som nå har høyt antall smittede.

Helsedirektoratet vurderer derfor at det samlede situasjonsbildet tilsier at de fleste nasjonale tiltakene og anbefalingene som gjelder per nå i hovedsak bør videreføres, med visse justeringer og forsterkninger.

Nedenfor gjennomgås forslag til forsterkede tiltak og justeringer, før det gis en samlet oversikt over øvrige anbefalinger:

Anbefaling om å vurdere forsterkede tiltak for å redusere importsmitte ved å redusere antall innreisende til Norge

Som omtalt tidligere er det fortsatt utfordringer knyttet til effektiv gjennomføring av grensetiltak. Dette har medført at importsmitte fortsatt utgjør en betydelig utfordring for den nasjonale smittesituasjonen.

Helsedirektoratet anbefaler at regjeringen vurderer om det er behov for ytterligere tiltak for å begrense importsmitte. Dette kan gjøres ved at Norge i en 2 ukers periode reduserer antall

innreisende som får komme til landet, for eksempel ved at det ikke tillates innreise for personer som ankommer fra, og har fast bopel i, land med høyere smitterate enn 300/100.000 smittede de siste 14 dagene (EUs definisjon av røde land). Det vil tilligge Justis- og beredskapsdepartementet å foreta nødvendige regelverksendringer for å sikre gjennomføring av tiltaket..

Hensikten med å begrense innreise er at det vil ta noe tid å få på plass effektive og praktisk gjennomførbare løsninger som i tilstrekkelig grad reduserer risikoen for importsmitte.

Selv om tiltaket kan belaste deler av næringslivet som er avhengig av utenlandsk arbeidskraft, vil det på sikt kunne muliggjøre at de generelle tiltakene som gjelder befolkningen kan lempes noe på.

Gitt den internasjonale situasjonen og pandemiens utbredelse, er det direktoratets anbefaling at det nå bør innføres forsterkede tiltak knyttet til innreise. Dette er nødvendig for å redusere risiko for import av nye virusvarianter, og for å gi mulighet til å sikre at grensetiltakene virker etter sin hensikt og er praktisk gjennomførbare.

Det bør også etableres en oversikt over problemstillinger knyttet til importsmitte, med tilhørende ROS-analyser og systematisk vurdering og justering av tiltakene for å sikre effekt på kort og lang sikt.

Vurdering av tiltak for å redusere mobilitet og kontakt i befolkningen

Det vises til tiltakene som fremkommer i FHIs innspill til oppdragsbesvarelse. Helsedirektoratet støtter i hovedsak FHIs forslag til smitteverntiltak, men vil i det følgende gi noen særskilte vurderinger av enkelte tiltak. I tillegg foreslår vi nedenfor forskriftsendringer der dette er nødvendig for å iverksette de anbefalte tiltakene.

Anbefaling om å unngå unødvendige innenlandsreiser

Helsedirektoratet støtter FHIs vurderinger om å fortsatt anbefale å unngå unødvendige reiser innenlands. I tillegg til FHIs presiseringer om at reise til studiested må kunne regnes som nødvendig reise, og at tur til hytte er unntatt fra anbefalingen, vil vi påpeke at reising for å delta på arrangementer, i utgangspunktet ikke anses som nødvendig reise.

Sosial kontakt

Helsedirektoratet foreslår at anbefalingen om at aleneboende bare kan ha besøk av eller gå på besøk til én til to faste venner eller én fast husstand, ikke videreføres etter den 19. januar.

Det foreslås også at anbefalingen om å unngå å ha gjester i hjemmet ikke videreføres etter 19. januar.

Arrangementer

FHI anbefaler å endre antallsbegrensningene for private sammenkomster, jf. covid-19-forskriften § 13a bokstav a.

FHI foreslår ulik antallsbegrensning for private sammenkomster utendørs og innendørs. Innendørs anbefales det en begrensning på 10 personer, mens utendørs anbefales det en begrensning på 20 personer. Dette innebærer en utvidelse av antallsbegrensningen for private sammenkomster som ble innført 4. januar, fra 5 til 10/20, samt at det innføres en ny antallsbegrensning for private

sammenkomster utendørs. Dette innebærer videre at det må gjøres en endring i bestemmelsen i covid-19-forskriften § 13a.

Når det gjelder de øvrige antallsbegrensningene, anbefaler FHI at disse holdes på samme nivå som vedtatt 4. januar. Det innebærer følgende antallsbegrensninger:

- Maks ti personer på innendørs arrangement, jf. covid-19-forskriften § 13 første ledd bokstav a-e, likevel 200 personer hvor alle i publikum sitter i fastmonterte seter
- Maks 50 personer i begravelser/bisettelser, likevel 200 personer hvor alle i publikum sitter i fastmonterte seter.
- Maks 200 personer på arrangementer utendørs, jf. covid-19-forskriften § 13 første ledd bokstav a-e, likevel 600 personer hvor alle i publikum sitter i fastmonterte seter.

Forslag til forskriftsendringer:

§ 13a. Antall personer som kan være til stede på et arrangement

Selv om kravene til avstand i § 13c blir oppfylt, skal det ikke gjennomføres arrangementer med flere personer som samtidig er fysisk til stede enn:

- a. ≤ 10 personer på privat sammenkomst *innendørs* som regulert i § 13 første ledd bokstav f, likevel slik at barn i samme kohort i barnehage eller barneskole kan møtes med et nødvendig antall voksne personer som tilretteleggere. *På privat sammenkomst utendørs kan det være 20 personer fysisk til stede.*
- b. 10 personer på innendørs arrangement som regulert i § 13 første ledd bokstavene a til e, likevel 200 personer hvor alle i publikum sitter i fastmonterte seter
- c. 50 personer på innendørs begravelser og bisettelser, likevel 200 personer hvor alle fremmøtte sitter i fastmonterte seter
- d. 200 personer på utendørs arrangement som regulert i § 13 første ledd bokstavene a til e, likevel 600 personer hvor alle i publikum sitter i fastmonterte seter.

Ved arrangementer hvor det er mer enn 200 personer til stede samtidig, skal de som er til stede fordeles i grupper med inntil 200 personer. Det skal hele tiden være minst to meter avstand mellom gruppene.

Grupper med inntil 200 personer kan skiftes ut i løpet av arrangementet, dersom det gjøres på en smittevernlig forsvarlig måte og det ikke er kontakt mellom dem.

Ansatte og oppdragstakere som står for gjennomføringen av arrangementer, skal ikke regnes med i det antallet personer som kan være til stede. Ved arrangementer angitt i § 13c tredje ledd bokstav f, skal utøvere, foresatte, tilskuere og andre som er til stede uten å ha oppgaver under gjennomføringen av arrangementet, inngå i beregningen av det totale antallet personer

[Nærmere om nasjonale anbefalinger om å utsette/avlyse arrangementer](#)

I tillegg forskriftsendringene, ble det 4. januar gitt anbefalinger om å utsette/avlyse arrangementer for perioden frem til 19. januar. Anbefalingene er gjengitt på Regjeringen.no⁴ slik:

⁴ <https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/oversikt-over-nasjonale-tiltak-fra-3.-januar-2021/id2826828/>

- **Arrangementer:** Arrangementer anbefales utsatt til etter 19. januar.
- **Idretts- og fritidsaktiviteter:** Alle organiserte fritidsaktiviteter og idrettsaktiviteter innendørs anbefales utsatt til etter 19. januar. Toppidrett og andre arrangementer med unntak fra avstandskrav og uten publikum omfattes ikke. Utendørs aktiviteter gjennomføres slik at det er mulig å holde god avstand.

Helsedirektoratet anbefaler fortsatt, slik FHI også anbefaler, at man avlyser eller utsetter arrangementer til smittesituasjonen er mer oversiktlig. Spesielt bør arrangementer som samler personer for ulike bydeler/kommuner/geografiske områder avlyses/utsettes, samt arrangementer som innebærer unødvendig innenlandsreiser for deltakerne. Det er arrangøren som må ta stilling til om arrangementet bør avlyses/utsettes.

Helsedirektoratet har fått tilbakemeldinger om at det fremsto uklart i anbefalingene som ble gitt 4. januar hva som ble anbefalt utsatt/avlyst og hva som kunne gjennomføres i tråd med gjeldende regler. Vi anbefaler derfor å presisere følgende:

- **Gjennomføring av arrangementer, slik disse er definert i § 13 bokstav a-f:** Arrangementet bør utsettes/avlyses dersom det innebærer unødvendig innenlandsreise for deltakerne, eller ansamling av personer fra ulike bydeler/kommuner/geografiske områder. Dette gjelder både utendørs og innendørs arrangementer. Arrangøren må selv gjøre en vurdering av om arrangementet er av en slik karakter at det bør avlyses. Dette innebærer:
 - Kamper, cuper, stevner mv. for barn og unge: Arrangementene anbefales avlyst/utsatt dersom arrangementet samler personer fra ulike bydeler/kommuner/geografiske områder, eller dersom arrangementet innebærer unødvendig innenlandsreise. Dette innebærer at det aller meste av idrettsarrangementer for barn og unge bør avlyses de neste ukene.
 - Toppidrettsarrangementer: Anbefaler at alle arrangementer avlyses/utsettes, men det kan eventuelt gjøres enkelte unntak innenfor det Olympiatoppen definerer som toppidrett.
 - Kulturarrangementer som forestillinger, oppvisninger mv, samt kurs/konferanser og tros- og livssynsseremonier: Bør avlyses/utsettes dersom arrangementet samler personer fra ulike kommuner/geografiske områder, eller dersom arrangementet innebærer unødvendig innenlandsreise.
- **Organiserte idretts- og fritidsaktiviteter som innebærer trening, øving eller annen ordinær samling, eksempelvis fotballtreninger, skitrening osv:** Disse aktivitetene er ikke arrangementer og reguleres ikke av covid-19-forskriften. Det vises til FHIs tiltakstabell med anbefalinger knyttet til idretts- og fritidsaktiviteter.

Særskilt om fastmonterte seter

Helsedirektoratet mottar stadig tilbakemeldinger fra bransjen og fra befolkningen om at definisjonen av begrepet "fastmonterte seter" er vanskelig å forstå. Mange har tatt til ordet for at begrepet bør erstattes med krav til faste sitteplasser, uavhengig av om setene er boltet fast til gulvet eller ikke. Vi er enige med FHI i at det er nødvendig å gjøre en fornyet vurdering av kravet til fastmonterte seter.

Særlig om kirkevandringer

Ved forskriftsendringene som trådte i kraft 4. januar, ble § 13a bokstav d, som regulerte antall personer som kunne delta på kirkevandringer, tatt ut av forskriften. Helsedirektoratet anbefaler at kirkevandringer i kristne trossamfunn også tas ut av definisjonen av arrangementer i covid-19-forskriften § 13 bokstav g. Vi anser at slike kirkevandringer nå bør anses som livssynssamlinger og

seremonier etter § 13 bokstav d, og følge antallsbegrensningene for innendørs/utendørs arrangementers etter § 13a bokstav b og d.

Vi foreslår også at bestemmelsen som sier at personer som skal fremføre korsang i arrangementer i trossamfunnene i perioden frem til 15. januar, ikke skal regnes med i det totale antallet som kan være til stede, oppheves med virkning fra 15. januar. Bestemmelsen står i dag i § 13a siste ledd andre punktum, og forslaget til forskriftsendringer på dette punktet fremgår over, jf endringsforslagene til § 13a.

Forslag til forskriftsendring:

§ 13. Definisjon av arrangement

Med arrangementer menes i forskriften følgende sammenkomster på offentlig sted eller i lokaler og utendørs arealer som leies eller lånes ut, inkludert hoteller, grendehus, forsamlingshus, konferansesaler og haller

- a. idrettsarrangement, inkludert stevne, cup, turnering og kamp, men ikke organisert trening
- b. kulturarrangement, inkludert konserter, utstillingsåpninger, opera, ballett, teater og kino, men ikke organiserte øvelser, trening og prøver
- c. seminarer, konferanser, kurs og andre faglige sammenkomster, inkludert bespisning uten servering av alkohol, men ikke møter eller sammenkomster som ledd i ordinært arbeid eller undervisning på skole eller universitet
- d. livssynssamlinger og seremonier, inkludert seremonier ved bryllup, begravelser, dåp og konfirmasjon
- e. varemesser og midlertidige markeder, men ikke loppemarkeder til inntekt for frivillige organisasjoner
- f. private sammenkomster; sammenkomster for familie, venner og bekjente eller sosiale samlinger i tilknytning til arbeid eller skole, inkludert tilstelninger etter seremonier, fester og bespisning med servering av alkohol i forbindelse med seminarer, konferanser, kurs og andre faglige sammenkomster

Skjenkestopp

FHI anbefaler å reversere forbudet mot skjenking av alkohol som ble innført 4. januar. FHI anbefaler å innføre tidligere skjenkestopp for å redusere risiko knyttet til utelivet (for eksempel samtidig med stans i innslipp klokken 22.00).

Helsedirektoratet mener smittesituasjonen fremdeles er uoversiktlig, og vi er bekymret for at åpning for skjenking på serveringssteder skal bidra til å øke mobiliteten og kontakten i befolkningen, og på den måten bidra til smittespredning. Vi mener derfor det er nødvendig å opprettholde forbudet om skjenking av alkohol i ytterligere 14 dager.

Vi foreslår derfor ingen forskriftsendringer på dette punktet nå.

Butikker, kjøpesentre mv.

Det vises til oppdrag 283, der Helsedirektoratet og FHI anbefalte regulering av krav til smittevern faglig forsvarlig drift av butikker, kjøpesentre mv.

Andre virksomheter, herunder treningsentre, svømmehaller mv.

Det er ikke gitt særskilte anbefalinger for virksomheter som i dag er underlagt krav til smittevern faglig forsvarlig drift etter covid-19-forskriften § 15b. Helsedirektoratet anbefaler heller ikke nå særlige tiltak for disse virksomhetene. Det betyr at svømmehaller, treningsentre, bingo haller mv. kan holde åpent såfremt de drives på en smittevern faglig forsvarlig måte, med mindre det ilegges lokale restriksjoner.

Barnehage og skoler

Helsedirektoratet støtter FHI sine anbefalinger på skole og barnehager. Vi mener at det som hovedregel bør innføres gult nivå nasjonalt, og at rødt tiltaksnivå benyttes i tråd med trafikklysmodellen i smittevernveilederne. Smitteverntiltak som rammer barn og unge skal være nødvendige, forholdsmessige, målrettet, medisinsk faglig begrunnet og i minst mulig grad påvirke deres hverdag. Videre må smitteverntiltakene være tilpasset den lokale smittesituasjonen og øvrige lokale forutsetninger. Det er viktig å nå redusere tiltaksbyrden for barn og unge, da de har vært rammet av restriktive tiltak i snart et år.

Åpne skoler er også nødvendig for at skolehelsetjenesten skal kunne være tilgjengelig for fysisk møte med elevene og for å kunne gjennomføre konsultasjoner, drop-in-samtaler mm. Tjenesten retter seg mot alle barn og unge, og den har derfor en unik mulighet til å møte barn og unge som opplever utfordringer under pandemien. Samarbeid med skolen er nødvendig for å kunne følge opp utsatte barn og unge.

Vi viser for øvrig til anbefalingene i rapporten fra Ekspertgruppen – Konsekvenser av smitteverntiltak i barnehager og skoler (nov 2020) og besvarelsen på Oppdrag 295.

Samlet anbefaler vi følgende:

Anbefalinger som videreføres på nasjonalt nivå

- Anbefaling om hjemmekontor for alle som kan
- Unngå unødvendige reiser i inn- og utland. Hytteopphold innenlands med personer fra samme husstand frarådes ikke, men følg de lokale rådene og reglene som gjelder
- Livssynssamlinger bør gjennomføres digitalt
- Ved utendørs ski- og skøyteaktiviteter mv. bør det være mulig å holde god avstand
- Alle universiteter, høgskoler, fagskoler o.l. bør bruke digital undervisning der dette er mulig, og alle planlagte arrangementer bør være digitale
- Helsedirektoratet støtter FHI sin anbefaling for høyere utdanning som anbefaler tiltak på tiltaksnivå 3, altså at man har økt andel digital undervisning og unngår større forelesninger og sammenkomster.
- Barn i samme kohort i barnehage eller barneskole kan møtes.

Anbefaling om antalls- og adgangsbegrensning på kjøpesentre og i butikker videreføres via nye krav om smittevern faglig forsvarlig virksomhet, og krav om at alle skal kunne holde en meters avstand.

Behovet for lokale vurderinger

Uavhengig av de nasjonale anbefalingene og tiltakene som gjelder, er det nødvendig at alle kommuner til enhver tid vurderer om den lokale situasjonen tilsier behov for ytterligere tiltak eller anbefalinger til sine innbyggere. Ved behov må disse samordnes i regionene.

Kommuner med høyt smittepress bør eksempelvis vurdere:

- om videregående skoler, ungdomsskoler, barneskoler og barnehager skal følge veilederen for "rødt nivå", gå over til digital undervisning eller drifte på gult nivå
- påbud om bruk av munnbind på offentlig sted der det ikke er mulig å holde avstand på minimum en meter
- påbud om hjemmekontor i den utstrekning dette er mulig, hvor det er høyt smittepress
- påbud om stengning av driften av en-til-en tjenester der det er høyt smittepress
- påbud om stengning av driften av treningssentre, bingo, svømmehaller der det er høyt smittepress

I tillegg må kommunene til enhver tid foreta en helhetlig vurdering av om andre tiltak etter smittevernloven § 4-1 er nødvendige, etter en vurdering av smittesituasjonen og gjennomgang av vilkårene i smittevernloven § 1-5.

Forholdsmessighetsvurdering

Kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten er utfordret i deler av landet. Dersom de store utbruddskommunene ikke kan opprettholde TISK-kapasiteten, vil Norge vanskelig kunne opprettholde et mål om å slå ned smittespredningen og holde denne nede.

Prognoser viser at antall innlagte i spesialisthelsetjenesten vil stige betydelig dersom smitteøkningen fortsetter. Vi vil da komme i en situasjon med overbelastning. Enkelte steder er det allerede foretatt omprioriteringer av personell og pasienter, og trenden vil øke med antall pasienter med behandlingsbehov for covid-19. Dette har negative konsekvenser for alle pasientgrupper, for sårbare grupper, og for risikogruppene.

I en situasjon der man ikke finner et flertall av de antatt smittede, kombinert med risiko for asymptomatisk sykdom og at man ikke kjenner smittevei til 50 % av de smittede, er det vanskelig å målrette tiltak. Det høye antall ukjente gjør det nødvendig å tenke bredt når det gjelder tiltak. Risiko for skjult smittespredning, og behovet for raskt å slå ned smitte for å opprettholde kontroll, innebærer at den samlede mobiliteten i befolkningen må reduseres.

Som FHI legger til grunn kan de smittede, særlig unge voksne, bli smittsomme et par dager før symptomene opptrer. Symptomene kan i tillegg være lite merkbare. Virusene kan derfor spre seg fra smitekilder som ikke vet de er syke.

Samfunnsøkonomisk vil forsterkede eller videreførte tiltak ramme enkeltpersoner og næringsliv. I den sammenheng viser vi til Holden-utvalget 2, som konkluderte med at det beste for nærings- og samfunnslivet er lave smittetall. Dette er også det beste i et folkehelseperspektiv, da det reduserer sykkelighet og mortalitet i befolkningen. I tillegg gir lave smittetall mulighet til så langt mulig å opprettholde helse- og omsorgstjenestens tilbud til flest antall brukere og pasienter.

Nåverdien av å slå raskt og omfattende ned, vil fordele seg raskere over tid dersom vi effektivt slår ned smittespredningen nå. Alternativet er risiko for større belastning på nærings- og samfunnsnivå

over tid fordi tiltakene kan måtte bli stående over lenger tid – med fare for at de må oppskaleres dersom tiltakene som er iverksatt eller som blir iverksatt, ikke er tilstrekkelige.

Fornytt vurdering av karanteneordningen basert på helhetlig teststrategi

Oppdrag 264 - Fornytt vurdering av karanteneordningen basert på helhetlig teststrategi del 2 og 3 og tilleggsoppdrag - Krav om negativ test ved ankomst til Norge

1. Om oppdraget

Det vises til oppdragets punkt 2 og 3 hvor vi er bedt om å utarbeide:

2. *en fornytt vurdering av karanteneordningene basert på en helhetlig teststrategi, jf. oppdrag 251 del 2, herunder om det skal åpnes for å kunne gå ut av karantene ved negativ test på dag syv og om arbeidsreisende må være i arbeidskarantene frem til negativ test på dag tre*
3. *forslag til endringer i covid-19-forskriften*

Helsedirektoratet og FHI vurderte først at store deler av punkt 2 var levert gjennom tidligere oppdrag og endringer innført før årsskiftet og at det samme gjaldt punkt 3. Det ble derfor foreslått for departementet at disse punktene ble tatt ut av oppdraget.

Som en følge av dette presiserte departementet oppdraget slik i e-post av 6. januar 2021:

"Punkt 2 omhandler karanteneordningene, altså både innreisekarantene og smittekarantene, mens endringene vi har gjort i jula kun gjelder innreisekarantene, og ikke smittekarantene.

Spørsmålet om forkorting av karantene ved testing gjelder også for smittekarantene, og følgelig er det fortsatt relevant å få en helhetlig vurdering av karanteneordningene. Spørsmålet om ytterligere innstramminger i innreisekarantene for arbeidsreisende ved at de må være i arbeidskarantene frem til negativ test på dag tre, er heller ikke besvart i de tidligere leveransene.

Punkt 3 om forslag til endringer i covid-19-forskriften er relevant for alle ev. tiltak som foreslås, og må dermed også vurderes knyttet til de tiltak/endringer som ev. foreslås i svar på oppdrag 264.

Som presisert i tillegget til oppdrag 264 skal oppdraget legge til grunn de nasjonale smitteverntiltakene som ble vedtatt 3. januar, og besvarelsen skal samtidig bygge på en helhetlig vurdering. Vi ser at henvisningen til vedtak av 3. januar kan oppfattes noe snevrere enn den er ment, da departementet mener at oppdrag 264 skal legge til grunn alle de nasjonale smitteverntiltakene som ble vedtatt i desember/januar. Dere kan selvsagt vise til tidligere svar der det er forhold dere mener allerede er besvart, men med oppdrag 264 skal det gjøres en helhetlig vurdering som besvarer alle de tre punktene."

2. Kort oppsummering fra oppdrag 251 del 2

Helsedirektoratet og FHI foretok i oppdrag 251 en helhetlig vurdering av karanteneordningene inkludert eventuell bruk av testing.

Vurderingen omfattet:

- Oppdatert kunnskapsgrunnlag og erfaring fra sammenlignbare land
- Om karantenetiden kan forkortes ved bruk av tester (spesifisert hvilke tester)
- Ressursbruk, tilgang på ressurser samt avveining mot andre oppgaver (TISK mv)
- Innreisekarantene og smittekarantene skal ses i sammenheng. Dersom det anbefales ulike løsninger skal dette begrunnes og veies opp mot hensynet til å ha klare regler.
- Forslag til tidspunkt med begrunnelse for eventuelle endringer i karanteneordningene

Vurderingen var basert på en foreløpig helhetlig vurdering av oppdragets del 1 hvor Helsedirektoratet og FHI skulle komme med forslag til en revidert teststrategi som både svarte ut når det bør testes og hvilken testtype som skulle brukes. Dette omfattet spørsmålene om testing ved grensene, inkludert om test ved grensen kunne erstatte krav om negativ test før avreise til Norge. Oppdraget omfattet også en vurdering av økt testing i bydeler (og tilsvarende kommuner) med høy smitte.

I oppdrag 251 del 2 ble det konkludert med at negativt PCR-prøvesvar tatt på dag 7 av karantenen er likeverdig som å avslutte karantene etter 10 dager og at innreisekarantene kunne forkortes med et slikt testregime. Helsedirektoratets vurderte at det ut fra dagjeldende definisjon av smittekarantene kunne være enkelte utfordringer knyttet til å erstatte smittekarantene generelt med testregime ved at det for husstandsmedlemmer til en smittet ville være usikkerhet knyttet til hvilket tidspunkt smitteeksponeringen skjer, i motsetning til andre nærkontakter som ofte vil ha en kjent smitteeksponering.

Etter en helhetsvurdering ble det ikke anbefalt å åpne verken for testing ut av innreisekarantene eller smittekarantene på daværende tidspunkt. Det ble heller ikke anbefalt endringer i andre testregimer.

Fra samlet vurdering (oppdrag 251 punkt 4.6):

"Spørsmålet om hvorvidt og når det bør foretas endringer i karanteneordningene avhenger blant annet av smittesituasjonen på det aktuelle tidspunktet, hensynet til testkapasitet, effekten av kompensierende tiltak, forsterkede innreisesystemer og hensynet til klare regler og etterlevelse.

Direktoratets helhetlige vurdering er at det ikke anbefales å gjøre endringer i karanteneordningen nå. Eventuelle endringer i karanteneordningen bør vurderes på nytt tidligst i januar/februar og ut fra smittesituasjonen på det tidspunktet sett i lys av kapasiteten i tjenesten til TISK. Da vil man også ha mer grunnlag og erfaring med bruk av hurtigtester. Direktoratets vurdering er at hovedregelen med 10 dagers smitte og innreisekarantene bør opprettholdes inntil videre som et tiltak for å forebygge og hindre smittespredning i befolkningen, kapasitet i tjenestene samt opprettholde nødvendig test- og analysekapasitet i regionene."

3. Rettslig utgangspunkt – karanteneordningene og testing

Det er understreket i oppdraget at oppdraget skal legge til grunn de nasjonale smitteverntiltakene som ble vedtatt i desember/januar frem til 3. januar, og at besvarelsen samtidig skal bygge på en helhetlig vurdering.

I det følgende redegjøres for rettslig utgangspunkt når det gjelder karanteneordningene og testing.

3.1 Hovedregelen om 10 døgns innreise- og smittekarantene

Dagens krav om 10 døgns karantene er regulert i covid-19-forskriften § 4. Bestemmelsen regulerer både innreise- og smittekarantene og lyder:

Følgende personer er underlagt karanteneplikt, med mindre de ved godkjent laboratoriemetode kan dokumentere at de i løpet av de siste seks månedene har gjennomgått covid-19

- a. *Innreisekarantene: personer som ankommer Norge fra et område med karanteneplikt som fastsatt i vedlegg A, skal i karantene i 10 døgn. Dette gjelder også ved mellomlanding i områder som fastsatt i vedlegg A. Kommer personen via et område uten karanteneplikt forkortes karantenetiden med den tiden som personen har oppholdt seg i det karantenefrie området. Dersom landet eller området ikke lenger omfattes av karanteneplikt etter vedlegg A, oppheves karanteneplikten.*
- b. *Smittekarantene: personer som har hatt nærkontakt med en person som er bekreftet smittet av SARS-CoV-2 mindre enn 48 timer før den smittede fikk de første symptomer på smitte, eller fra prøvetidspunktet dersom personen som testet positivt ikke utvikler symptomer. Karanteneplikten gjelder i 10 døgn etter nærkontakten.*

Bestemmelsens bokstav b ble endret ved forskrift av 28. desember 2020⁵ slik at det nå tydelig fremgår at smittekarantene også omfatter personer som har hatt nærkontakt med smittede asymptomatiske personer.

3.2 Karantenehotell

Utgangspunktet er at personer som skal i innreisekarantene skal oppholde seg på karantenehotell i karantenetiden, jf covid-19-forskriften § 5. Plikten til å oppholde seg på karantenehotell gjelder blant annet ikke for personer som

- ved innreisen kan dokumentere at de er bosatt eller har fast bopel i Norge, og som oppholder seg i boligen eller på annet egnet oppholdssted
- ved innreisen kan dokumentere at de er gift med eller har felles barn med en person som har fast bopel i Norge, og skal ha innreisekarantene i boligen til ektefellen eller den andre forelderen.
- kommer til Norge for å utføre arbeid eller oppdrag og som ved innreisen kan fremlegge bekreftelse på at arbeids- eller oppdragsgivere sørger for et egnet oppholdssted mv.
- har et annet formål med oppholdet enn arbeid eller oppdrag, og har et egnet oppholdssted, og ved innreisen kan fremlegge bekreftelse på at oppholdsstedet oppfyller vilkårene fra den som stiller oppholdsstedet til disposisjon
- søker asyl eller er overføringsflyktning
- kan dokumentere at de er unntatt etter § 6b sjettede ledd eller § 6i

⁵ [FOR-2020-12-28-2978 Forskrift om endring i covid-19-forskriften](#)

3.3 Hvem som i dag kan få unntak fra karantene ved testing

3.3.1 Unntak fra smittekarantene ved testing

Per i dag er det svært få grupper som er unntatt fra smittekarantene ved testing.

Unntaket fra smittekarantene etter § 6 e for personell i kritiske samfunnsfunksjoner krever at personen testes så snart det lar seg gjøre dersom unntaket benyttes. Unntak fra smittekarantene kan også kun benyttes i tilfeller hvor det er nødvendig for å unngå fare for liv og helse.

Det gis unntak fra smittekarantene ved alvorlig sykdom og bisettelse hos nærstående, jf forskriften § 6j.

3.3.2 Unntak fra innreisekarantene ved testing

Forskriften har i dag flere unntak fra innreisekarantene ved testing. I tillegg ble det ved forskrift av 28. desember 2020⁶ gitt mulighet for å forkorte innreisekarantene ved testing for alle som ankommer Norge med unntak av personer som har oppholdt seg i Storbritannia de siste 14 dager før ankomst. Covid-19-forskriften § 4c lyder:

Innreisekarantene etter § 4 første ledd bokstav a forkortes dersom personen dokumenterer to negative testresultater i karantenetiden ved:

- a. *første test som er tatt innen tre dager etter ankomst, og kan være antigen hurtigtest eller PCR-test, og*
- b. *andre test som er PCR-test og som tidligst er tatt syv dager etter ankomst.*

Første ledd gjelder ikke personer som har oppholdt seg i Storbritannia i de siste 14 dager før ankomst til Norge.

Forskriften har i tillegg unntaksbestemmelser som er spesifikke for enkelte grupper arbeidsreisende og skoleelever/studenter, mens andre er generelt utformet. Unntakene har ulike testregimer. Se tabellene nedenfor for en oversikt over de ulike testregimene.

Ikke-yrkesspesifikke unntak for arbeidsreisende

§	Hvem	Testregimet	Arbeidstiden/fritiden
6b (1)	Arbeidsreisende Sverige/Finland–Norge - minst to ganger i løpet av en periode på 15 dager (Ikke helsepersonell som samtidig jobber i svensk eller finsk helse- og omsorgstjeneste)	Testes i Norge minst hver sjuende dag, eller første dag de ankommer Norge, og deretter hver sjuende dag, dersom det er mer enn sju døgn siden de sist ble testet i Norge	Unntak i arbeidstiden fra dag 1. Kan ikke teste seg ut av fritidskarantene.
6c	Arbeidsreisende EØS eller Sveits Viktig begrensning: kan ikke ha vært i områder	Testet negativt etter ankomst til Norge, og fortsetter å teste seg hver tredje dag i 10 døgn	Unntak i arbeidstiden etter første negative test. Må fortsette å teste seg hver tredje dag for å opprettholde unntaket.

⁶ [FOR-2020-12-28-2978 Forskrift om endring i covid-19-forskriften](#)

	med særlig høyt smittenivå (vedlegg B) i løpet av de siste 10 døgnene.		
6e	Personell i kritiske samfunnsfunksjoner	Ikke eget testregime. Vilkår om at det ikke er tid til å avvente negativ test eller mulighet til å bruke andre unntak i §§ 6a–6h. Hvis unntaket brukes skal personen testes så snart det lar seg gjøre. Særlige regler for personer som har oppholdt seg i Storbritannia	Unntak kun i arbeidstiden.

Yrkesspesifikke unntak

§	Hvem	Testregimet	Arbeidstiden/fritiden
6f	Arbeidsreisende i forbindelse med spesifikt angitte internasjonale idrettskonkurranser	Testet negativt etter ankomst til Norge, og fortsetter å teste seg hver tredje dag i 10 døgn	Unntak i arbeidstiden etter første test. Må fortsette å teste seg hver tredje dag for å opprettholde unntaket. Kan ikke teste seg ut av fritidskarantene.
6g (1) andre punktum	Flypersonell og togpersonell på godstog som starter arbeidet sitt i Norge, reiser til et område med karanteneplikt og forlater flyet/toget i karantenepliktig område. De som ikke forlater flyet/toget trenger ikke teste seg for å få unntak.	Testes i Norge i løpet av det første døgnet de ankommer Norge, og deretter testes hver sjuende dag, eller på døgn åtte, ni eller ti dersom det er åtte, ni eller ti døgn siden de sist ble testet i Norge	Unntak i arbeidstiden og fritiden.
6h	Personer som ankommer Norge for å tiltre arbeid på fartøy i norsk havn (Gjelder ikke kystcruise, skip i passasjertrafikk eller fartøy i opplag)	Testet negativt på test tatt i løpet av det første døgnet etter ankomst til Norge, og Testet negativt på test tatt tidligst tre døgn etter ankomst til Norge (Unntatt fra den andre testen: arbeidstaker på vei til fartøy som skal forlate norsk havn innen tre døgn etter arbeidstakerens ankomst til Norge, og som ikke skal anløpe norsk havn innen 10 døgn etter avreise)	Unntak i arbeidstiden etter to negative tester. Kan ikke teste seg ut av fritidskarantene.

Andre særlige unntak

§	Hvem	Testregimet	Arbeidstiden/fritiden
4c	Forkortet innreisekarantene ved testing	Krav til to negative testresultater i karantenetiden. Første test innen tre dager, andre test tidligst 7 dager etter ankomst. Bestemmelsen gjelder ikke for personer som har oppholdt seg i Storbritannia	Fullt unntak etter andre test.

6j	Personer som besøker nærstående som er alvorlig syk/døende, eller deltar i bisettelse/begravelse til nærstående	Krav til negativ test i Norge samme dag som anledningen	Unntak kun i tidsrommet dokumentert samvær gjennomføres. Karantene gjelder ellers.
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

Studenter og skoleelever

§	Hvem	Testregimet	Arbeidstiden/fritiden
6b (4)	Elever på videregående skole og studenter som dagpendler mellom Norge og Sverige eller Norge og Finland	Testes i Norge minst hver sjuende dag, eller første dag de ankommer Norge, og deretter hver sjuende dag, dersom det er mer enn sju døgn siden de sist ble testet i Norge	Unntak i skole- eller studietiden og under reise til og fra bosted og skole- eller studiested. Kan ikke teste seg ut av fritidskarantene.
6b (4)	Elever i grunnskolen som pendler til Norge og bor på internat	Testes i Norge minst hver sjuende dag, eller første dag de ankommer Norge, og deretter hver sjuende dag, dersom det er mer enn sju døgn siden de sist ble testet i Norge	Unntak i tiden de går på skole og bor på internat. Kan ikke teste seg ut av fritidskarantene.

3.4 Generelle krav til testing

3.4.1 Krav om negativ test ved ankomst til Norge

Personer som ankommer Norge fra et område med karanteneplikt, skal etter forskriften § 4a i tillegg til karanteneplikten kunne fremvise en attest ved innreise som viser negativ test for SARS-CoV-2. Godkjent testmetode er PCR eller antigen hurtigtest. Testen skal være tatt i løpet av de siste 72 timene før ankomst til Norge. Kravet om test gjelder blant annet ikke for

- utlendinger som er strengt nødvendig for å kunne opprettholde forsvarlig drift av kritiske samfunnsfunksjoner eller ivareta befolkningens grunnleggende behov
- utlendinger som jevnlig ankommer Norge fra Sverige eller Finland for å arbeide eller studere

Ovennevnte grupper er eksempler på arbeidsreisende som også i dag er unntatt fra karanteneplikt i arbeidstiden etter covid-19-forskriften §§ 6b og 6e.

3.4.2 Krav om testing for de som har oppholdt seg i et område med karanteneplikt

Etter covid-19-forskriften § 4d er det krav om testing for personer som har oppholdt seg i et område med karanteneplikt i løpet av de siste 14 dagene før ankomst til Norge. Testen skal være antigen hurtigtest eller PCR-test og skal tas så snart som mulig etter ankomst, men senest 24 timer etter ankomst til Norge. Det er gjort unntak fra dette kravet for:

- Personer under 12 år
- Personer som ved godkjent laboratoriemetode kan dokumentere at de i løpet av de siste seks månedene har gjennomgått covid-19.
- Personer som er unntatt fra karanteneplikt i arbeidstiden og på fritiden etter [covid-19-forskriften § 6a](#).
- Personer som pendler regelmessig over grensen fra Sverige eller Finland for å arbeide eller gå på skole, jf. [covid-19-forskriften § 6b første og fjerde ledd](#).
- Yrkessjåførere av langtransport og togpersonell som ikke arbeider på godstog.

- Personer som er strengt nødvendige for å kunne opprettholde forsvarlig drift av kritiske samfunnsfunksjoner eller ivareta befolkningens grunnleggende behov, jf. [covid-19-forskriften § 6e](#), dersom det ikke er praktisk mulig å gjennomføre testing.
- Utlendinger som nevnt i [utlendingsforskriften § 1-4 eller § 1-5](#), jf. [forskrift om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen § 3 bokstav f](#) (diplompass m.m.).

3.4.3 Personer som har oppholdt seg i Storbritannia

Etter covid-19-forskriften § 4b så skal personer over 12 år som har vært i Storbritannia i løpet av siste 14 dager før ankomst til Norge ta to covid-19-tester:

- Første test skal tas ved grensen, eller innen 24 timer dersom testing ved grensen ikke lar seg gjennomføre.
- Andre test skal tas tidligst 7 døgn etter ankomst. Personen skal opplyse testsenteret om at testingen skyldes opphold i Storbritannia.

Testmetoden skal være PCR-test.

Reisende fra Storbritannia kan ikke benytte seg av ordningen med to tester for å redusere karantenetiden, og må gjennomføre hele karantenetiden på 10 døgn selv om begge tester er negative.

Reisende fra Storbritannia som krysser Norges grenser i forbindelse med gjennomføring av avtalt eller fastsatt samvær mellom foreldre og barn eller delt bosted for barn etter barnelova og barnevernloven, er underlagt innreisekarantene i arbeidstiden og fritiden frem til negativt resultat av test tatt tidligst dag 3 etter ankomst til Norge og i fritiden frem til negativt resultat av test tatt tidligst dag 7 etter ankomst til Norge, jf. covid-19-forskriften § 6d andre og tredje ledd.

Personer i kritiske samfunnsfunksjoner som har oppholdt seg i Storbritannia de siste 14 dagene før ankomst er kun unntatt fra karantene i arbeidstiden når det er nødvendig for å unngå fare for liv og helse, og først etter negativt resultat av test tatt tidligst dag 3 etter ankomst til Norge.

For militært personell som har oppholdt seg i Storbritannia de siste 14 dagene kan likevel ikke gjennomføre innreisekarantenen i grupper på flere enn 5 personer, jf covid-19-forskriften § 6i.

4. Fornyet vurdering av karanteneordningene

Helsedirektoratet vil i det følgende foreta en fornyet vurdering av karanteneordningene. FHIs vurdering og disposisjon legges til grunn for vurderingene.

Vurderingene tar utgangspunkt i det som er beskrevet om smittesituasjonen på nåværende tidspunktet, hensynet til testkapasitet, effekten av kompenserende tiltak, forsterkede innreisesystemer og hensynet til klare regler og etterlevelse.

4.1 Utfordringer med etterlevelse av karantene

FHI skriver:

"Karantene er et av få effektive tiltak for å hindre spredning av SARS-CoV-2 fra personer som er smittsomme før de selv har merket symptomer. Samtidig er det inngripende og kostbart. Vi erfarer også at kommunene har en tendens til å tolke "nærkontakt" ganske vidt i skolene slik at veldig mange havner i karantene.

Det finnes ingen samlet oversikt over hvordan karantene brukes i Norge, inkludert hvor mange som settes i karantene etter innreise og ved utbrudd og hvor mange i karantene som utvikler sykdom. Det mangler fremdeles kunnskap om etterlevelse av karantene. En norsk studie⁷ har vist at mange bryter karanteneplikten, noe som medfører at karantene mister en del av sitt smittereduserende potensial. Vi tror at de følgende faktorene særlig påvirker etterlevelse av karantene: " [Se FHIs vurderinger om varighet av karantenen, økonomiske barrierer og komplekst regelverk som er vanskelig å formidle]

4.1.1 Varighet av karantenen og økonomiske barrierer

FHI skriver:

"Å være nesten avsondret fra verden i 10 dager kan være en belastning, særlig for grupper som fra før er utsatt, og særlig hvis det gjentar seg flere ganger. Kortere tid i karantene med testmulighet vil sannsynligvis øke etterlevelsen. Slike erfaringer er blant annet rapportert fra Island. Islandske helsemyndigheter har rapportert at de som velger 14-dagers karantene fremfor å teste seg ut av innreisekarantene på dag 5 representerer en større risiko for smittespredning ettersom flere av dem ikke etterlever karantene-reglene.

For å styrke etterlevelse bør testbaserte alternativer for forkorting av karantene i større grad tas i bruk. Dette bør også gjøres for personer i smittekarantene. Se forslag under."

FHI skriver:

"I folkehelseinstituttets risikovurdering 1. juli 2020 ble økonomiske barrierer mot etterlevelse av smittevernråd problematisert. Det ble påpekt at det å holde seg hjemme ved lette symptomer, etterleve reise- eller smittekarantene eller isolasjonspålegg ved påvist sykdom er vanskelig dersom dette medfører et betydelig inntektstap. Dette gjelder særlig for enkeltpersoner som er avhengige av å møte opp for å tjene penger og personer som har svakere sykelønnsrettigheter enn resten av befolkningen, for eksempel nyansatte og nyankomne.

Vi er derfor bekymret for at økonomiske barrierer i noen grupper kan bidra til dårligere etterlevelse av testing, isolering, smitteoppsporing og karantene og at dette kan slå spesielt sterkt ut i gruppen av utenlandske arbeidstagere. Testbaserte alternativer for forkorting av karantene ville redusere problemet med at karantene brytes av økonomiske årsaker.

Vi tror også det kan være vanskeligere å gjennomføre en trygg karantene i trangbødde husholdninger.

Se også vedlegg 3 om økonomiske barrierer for etterlevelse av disse tiltakene (TISK)."

Helsedirektoratets deler FHIs vurderinger om at økonomiske barrierer kan redusere etterlevelsen av smittevernråd.

4.1.2 Komplekst regelverk som er vanskelig å formidle

FHI skriver:

"Covid-19 forskriften er i dag er svært vanskelig å forstå, selv for høyt utdannede, norsktalende personer som jobber med forskriften i det daglige. Forenkling er nødvendig for å sikre bedre kommunikasjon av kravene i forskriften. En forutsetning for overholdelse av en plikt er jo at man er klar over den.

Det er særlig kravene ved innreise som er blitt komplekse, og dette er særlig utfordrende fordi de innreisende ikke nødvendigvis snakker verken norsk eller engelsk. Det er følgelig en risiko for at karantene eller testing ikke blir gjennomført som følge av at regelverket blir misforstått eller at personer og virksomheter ikke er klar over pliktene sine.

Det er nødvendig med en mer overordnet gjennomgang av covid-19 forskriften med det formål at

- *Hovedreglene blir enkle, og så lite inngripende som mulig etter en smittevernmessig vurdering.*
- *Unntakene fra karantene blir færre, og at unntakene gis på samme måte*
- *Unntak fra testing og karantene samordnes.*

Problemet er ytterligere beskrevet i vedlegg 4."

Helsedirektoratet vurderer som tidligere at det er risiko for svekket etterlevelse og uklarheter i befolkningen dersom regler stadig endres. Vi er enig med FHI i at reglene om innreise er komplekse og at det kan være nødvendig med en mer overordnet gjennomgang med det formål å lage enklere hovedregler med mer samordnede unntak. Det er imidlertid Helsedirektoratets vurdering at en endring av karantene-reglene nå kan bidra til å skape større klarhet i regelverket fordi smittesituasjonen tilsier at hovedreglene fortsatt må være inngripende med den følge at unntakene fortsatt må være mange. En endring nå vil derfor både være lite formålstjenlig og vil svekke etterlevelse av tiltakene, noe som er uheldig i gjeldende smittesituasjon, som fortsatt er usikker og ustabil med økende smittetrend og nyoppstått mutert virus. Jo flere råd og jo oftere man endrer, jo større ansees risikoen for at de ikke følges.

4.2 Forslag for å bedre etterlevelse av karantene

FHI skriver:

"Vi har følgende forslag for å forbedre etterlevelsen av karantene og samordne bestemmelsene etter risiko:" (Se FHIs forslag nedenfor)

4.2.1 Alle bør kunne teste seg ut av karantene ved negativ PCR på dag 7

FHI skriver:

"FHI har i oppdrag 251 del 2 foreslått at all karantene, både etter innreise og etter nærkontakt, bør kunne avsluttes ved negativ PCR test tatt 7 døgn etter innreise eller eksponering. Det vil i praksis si at karantenen kan avsluttes etter ca. 8 døgn. Dette vil etter våre vurderinger være like sikkert som 10 døgn i karantene, og gir en tilleggsgevinst ved at man får fanget på asymptomatiske, og kan smittesporer rundt disse. I oppdraget viste vi til studier, beregninger og erfaringer fra alle land, og gjentar ikke disse her. Vi diskuterte her også at man rent smittevernmessig kunne valgt å frita fra innreisekarantene enda tidligere (dag 5, som på Island), men anbefalte dag 7 for å få likere regler for begge typer karantene.

Nytt siden oppdraget ble levert, er at det er åpnet for slik forkorting etter innreise etter § 4 c, men ikke for smittekarantene. Videre at reisende fra Storbritannia ikke er omfattet. Siden FHI mener at PCR på dag 7 er like sikkert, mener vi det også kan omfatte reisende fra Storbritannia (og Sør-Afrika)."

Helsedirektoratet er enig i FHIs vurdering og legger til grunn at smittekarantene, i likhet med innreisekarantene, kan avsluttes ved negativ PCR test tatt 7 døgn etter eksponering. Forkorting av innreise- og smittekarantene bør også kunne gjelde for personer som har oppholdt seg i Storbritannia de siste 14 dager før ankomst til Norge.

Forslaget innebærer en endring i § 4c ved at bestemmelsen også gjøres gjeldende for smittekarantene.

4.2.2 Flere bør kunne få fritak fra karantene i arbeidstiden ved negativ PCR tatt døgn 3, og færre bør unntas helt

FHI skriver:

"FHI har i oppdrag 251 del 2 foreslått at alle i innreisekarantene kan fritas karantene i arbeidstida ved negativ PCR på dag 3. Argumenter for en slik generell, strengere ordning var blant annet muligheten for å få bort en del unntak der den reisende helt slipper karantene eller test, og sikre at alle var i karantene de aller viktigste dagene. I lys av faren for import og spredning av nye, mer smittsomme varianter, bør det vurderes ytterligere innstramminger.

Det bør tilstrebes at de fleste som gis unntak minst må avvente negativ PCR tatt på dag 3 før de kan gå på skole eller arbeid. En slik ordning ville være en betydelig sikrere ordning enn dagens, og vil også redusere behovet for andre spesielle unntak, slik at regelverket ble enklere å forstå og dermed etterleve.

Nytt siden oppdraget er levert er funn av mer smittsomme virusvarianter, og at innreisende fra Storbritannia generelt ikke omfattes av unntakene i § 6. FHI anbefaler at det samme blir gjort gjeldende for innreisende fra Sør- Afrika.

Det bør også vurderes om personer i smittekarantene rutinemessig bør gis en generell mulighet til fritak fra skole og arbeidskarantene etter negativ test på dag 3. På kort sikt bør dette omfatte barn. Selv om barn er mindre smittsomme, ser det ut for at barn oftere settes i karantene enn andre aldersgrupper, hvilket er uproporsjonalt i forhold til risiko. På lenger sikt bør man vurdere om også voksne nærkontakter kan få unntak fra smittekarantene i arbeidstiden dersom de har testet negativ på PCR tatt tidligst dag 3. Per i dag anbefaler vi at man avventer dette.

Det gis allerede råd om at alle i karantene testes, men andelen som tester seg vil trolig øke dersom slik test forkorter karantenen, hvilket kan gi raskere smittesporing og karantenesetting av nærkontakter."

Vi oppfatter at FHI begrunner dette med at det vil medføre en innskjerping ved at færre skal få helt fritak fra karanteneplikt. Helsedirektoratet mener det er mer hensiktsmessig å skjerpe kravene hos de som i dag har unntak fra test og karantene, enn å lette på kravene for alle. I dagens situasjon med økende smitte og risiko for import av muterte virus kan det øke risikoen for at det oppstår mer smitte. Vi viser til foreløpige tall fra grensetesting som viser at en andel ankommer landet med smitte. Det vil være mer hensiktsmessig å skjerpe kravene for de som har unntak fra karantene enn å lempe på kravene for alle. Vi viser her til den endringen vi vil foreslå i § 6e. Ved å innføre test på døgn 3 og arbeid på dag 4 vil man risikere smitte på arbeidsplasser dersom smittevernet ikke er veldig strengt, og etterleves. Man har tidligere antatt at rundt 10-20% kan smitte opp mot 80 % i såkalte massesmittehendelser, og antatt at dette kan forverres når man møtes innendørs. *

4.2.3 Muligheter for å benytte antigen hurtigtest dersom det ikke er tilgang til PCR

FHI skriver:

"Testene for å forkorte karantene bør primært være PCR, men i situasjoner uten tilgang til PCR-tester, som f.eks. oljeplattformer og i skipsfart, bør det åpnes for tilsvarende bruk av antigenhurtigtest. Siden disse har noe lavere sensitivitet, må en slik test tas én dag senere, det vil si at negativ test tatt tidligst dag 4 kan fritas fra arbeidskarantene og negativ test tatt tidligst dag 8 kan fritas fra karantene. Alle løsninger for å forkorte karantene ved test forutsetter tilstrekkelig testkapasitet. Test for å forkorte karantene bør ikke fortrenge viktigere testing."

Helsedirektoratet er enig i FHIs vurdering. Forskriften bør tydeliggjøres når det gjelder krav til type test. Dette gjelder bestemmelsene i forskriften §§ 6 flg. Vi støtter at det i situasjoner uten mulighet for bruk av PCR kan benyttes antigen hurtigtester.

Helsedirektoratet har lagt til grunn at hurtigtest er akseptert etter § 6 j. Vi viser til at vilkåret om negativ test samme dag som anledningen vil være vanskelig å oppfylle med krav om PCR. Det vil være en fordel at bestemmelsen uttrykkelig angir at hurtigtest er tilstrekkelig.

4.2.4 Mulighet for å fritas karantene på en enkelt dag

FHI skriver:

"I samme oppdrag foreslo vi å åpne for å gi fritak fra karantene på en enkelt dag hvis det foreligger negativ hurtigtest tatt samme og særlig tungtveiende hensyn. Dette er nå tatt i bruk i § 6 j om begravelse. Det kan også vurderes i andre situasjoner, for eksempel ved behov for unntak etter § 6e, ved opphold i Norge av under en dags varighet, ved konkurranser innen toppidretten og andre situasjoner som i dag gir unntak.

En negativ test tatt samme dag anses som tilstrekkelig risikoreduksjon dersom avstandsråd med mer overholdes. Samtidig må det framholdes at antigen hurtigtester har dårligere evne enn PCR til å oppdage sykdom hos asymptotiske, slik at man ikke kan åpne for en generell "test før fest" eller andre situasjoner der man åpner for at mange kan møtes hvis de bare er testet først. Dette ville dessuten gå utover den totale testkapasiteten. Man må også vokte seg for å legge opp til individuell saksbehandling av hva som er et "tungtveiende hensyn"."

Helsedirektoratet vurderer at FHIs forslag om å fritas karantene på en enkelt dag ved negativ test samme dag bør innføres som et minstemål og som en ekstra sikkerhet for de grupper innreisende som i dag kan gå direkte i jobb uten forutgående test. Dette vil for eksempel gjelde for personer som unntas etter covid-19-forskriften § 6e.

4.2.5 Tydeligere formidling av reglene

FHI skriver:

"Det må gjøres mer for å formidle reglene enkelt og tydelig, på et språk den enkelte forstår. Dette behovet er særlig påtrengende for de reglene som gjelder innreise og karantene

Det nye digitale reiseregistreringssystemet bør derfor også fungere som en veiledning og avklaring av om man har karanteneplikt, og i tilfelle om man har et egnet karantenested. FHI og Hdir har sendt eget innspill om dette til DSB.

Se ellers FHIs svar på oppdrag 259: Oppfølging av forslag fra ekspertgruppe om å redusere smittespredning blant innvandrere, hvor det skisseres spesielt ulike informasjonstiltak for å øke kjennskapet til de norske karantenereglene."

Helsedirektoratet vil her i tillegg til oppdrag 259 vise til svar på oppdrag 287 hvor det fremgår:

- *Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet vil i begynnelsen av uke 2 sende et informasjonsbrev til statsforvaltere, kommuner og kommuneleger der vi beskriver prosessen fra vi får et oppdrag til offentliggjøring av tiltak – inkludert kommunikasjonstiltak og hvor informasjon finnes hos regjeringen.no, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet*
- *Helsedirektoratet har i møte med Legeforeningen blitt enige om mulige fremtidige hensiktsmessige måter å styrke informasjon knyttet til nye og endrede beslutninger, tiltak, råd og regler*
- *Helsedirektoratet vil se på hvilke øvrige tiltak som kan settes inn på både kort og lengre sikt for å styrke dialogen med Statsforvaltere, kommuner og kommuneleger ytterligere*

4.3 Bedre datagrunnlag

FHI skriver:

"Det foregår ingen nasjonal datainnsamling om bruk og effekt av karantene. Det betyr for eksempel at vi ikke kan måle hvor mange av dem som settes i karantene, som virkelig er smittet, altså får en positiv test. Dermed er det vanskelig å måle nytten av karantene, og om denne nytten varierer mellom aldersgrupper og grad av nærkontakt. Situasjonen kan bedres noe dersom data fra kommunenes smittesporingsystemer kan lastes opp i beredskapsregisteret C19."

Helsedirektoratet vurderer at dette i dagens situasjon har mer akademisk interesse enn praktisk nytte. Dersom man med enkle tekniske grep kan overføre data fra kommunenes smittesporingsystem til beredskapsregisteret vil ikke Helsedirektoratet motsette seg det underforutsetning av at personvern hensyn er ivaretatt. Dersom dette krever mer ressurser, mener Helsedirektoratet at det er ikke dette som bør prioriteres nå.

4.4 Oppsummering

Helsedirektoratet støtter FHIs forslag om at det skal åpnes for å kunne gå ut av smittekarantene ved negativ PCR-test tatt på dag syv.

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt arbeidsreisende må være i arbeidskarantene frem til negativ test på dag 3, ser vi at dette vil kunne bidra til en forenkling av regelverket slik FHI legger opp til. Vi er imidlertid bekymret for at forslaget i realiteten kan innebære en lemping av karantene reglene for arbeidsreisende. I tillegg vil det medføre økt press på en allerede presset testkapasitet. Vi viser til at det i dagens situasjon med økende smitte og risiko for import av muterte virus vil det være mer hensiktsmessig å skjerpe kravene for de som har unntak fra karantene, enn å lempe på kravene for alle. Vi er derfor enig med FHI om at kravene for enkelte unntak bør strammes inn.

I det følgende vil vi foreta en gjennomgang av enkelte bestemmelser i forskriften hvor vi foreslår endringer som vil kunne forenkle og harmonisere reglene om karantene og testing.

5. Forslag til endringer i covid-19-forskriften

I det følgende gjennomgår FHIs forslag til endringer i covid-19-forskriften.

5.1 Behov for å endre vilkåret i karantenebestemmelsene om testing fra "dager" til "døgn"?

De nye testkravene i forskriften henviser i stor grad til vilkår om x antall *dager* etter ankomst. *Døgn* er et mer presist begrep, mens bruk av begrepet *dager* kan innebære variasjon på opptil 23 timer. Man kan ankomme på kvelden og allerede etter noen timer være på dag to etter ankomst.

Rettslig sett bør begrepene harmoniseres.

For gruppene som i forskriften § 6 b til § 6 j er gitt spesielle unntak fra innreisekarantene angir noen av testregimene at det skal være tatt en test for eksempel "første dag de ankommer Norge", jf. § 6 b bokstav b, eller "har testet negativt for SARS-CoV-2 etter ankomst til Norge" jf. § 6 c bokstav a.

Forslag til forskriftsendring:

Det er Helsedirektoratets og FHIs vurdering at tidspunktene i bestemmelsene bør angis i form av *døgn*.

5.2 Endringer i § 4d om krav om testing

5.2.1 Presisere om test etter ankomst jf. § 4 d kan være første test i testregimet

Det bør vurderes å presisere om testen i § 4 d kan være første test i testregimet for persongruppene med unntak. Dette forutsetter at man godkjenner antigen hurtigtest som testmetode i § 6 b til § 6 j.

Det samme gjelder muligheten til å forkorte innreisekarantenen etter § 4 c hvor første test må være tatt innen tre dager etter ankomst. Dersom formålet med testen er å teste seg ut av karantene, må testmetoden være PCR. Dette bør presiseres i forskriften.

5.2.2 Endringer i krav til testing

Etter § 4d så skal personer som har oppholdt seg i et område med karanteneplikt som fastsatt i vedlegg A i løpet av de siste 14 dager før ankomst til Norge, teste seg for SARS-CoV-2 så snart som mulig og senest 24 timer etter ankomst til Norge. Testen skal være antigen hurtigtest eller PCR-test.

Forslag til forskriftsendring:

Helsedirektoratet mener det bør stilles strengere krav om at testing *for de som har oppholdt seg i et område med karanteneplikt på følgende måte:*

- skal skje på grensen
- krav til testmetode antigen hurtigtest,
- unntak fra krav om hurtigtest for de som trenger PCR for dokumentasjon etter andre bestemmelser i forskriften
- unntak inntil kapasitet og teststruktur med antigen hurtigtest er på plass (Som i oppdrag 297)

5.3 Endring i § 5b om innreiseregistrering

Helsedirektoratet mener det er behov for å vurdere at utlendinger som ankommer landet uten gyldig innreiseregistrering og/eller med falsk/ugyldig/manglende negativ PCR, kan bortvises fra landet.

Forslag til forskriftsendring:

Dette vil i så fall kreve endringer i covid-19-forskriften § 5b og forskrift om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen. Vi vil anbefale at en slik mulighet utredes nærmere av Justis- og beredskapsdepartementet.

5.4 Definisjonen av nærkontakt i § 3 – helsepersonell med symptomer

FHI har blitt kjent med at helsepersonell med symptomer på covid-19 har gått på jobb med beskyttelsesutstyr. Når helsepersonellet senere tester positivt mener sykehuset at pasientene ikke trenger å gå i smittekarantene. De viser til definisjonen av nærkontakt i § 3 første ledd siste punktum. Bestemmelsen lyder:

"Med nærkontakt menes i denne forskriften kontakt med andre personer med mindre enn to meters avstand i mer enn 15 minutter, direkte fysisk kontakt eller direkte kontakt med sekreter fra andre personer. Med nærkontakt menes ikke kontakt mellom pasient, pårørende eller andre og helsepersonell som bruker forsvarlig beskyttelsesutstyr."

En slik praksis er i strid med FHIs anbefalinger. [FHI anbefaler på sine nettsider](#) at nærkontakt med helsepersonell med beskyttelsesutstyr og symptomer forenelige med covid-19 skal utløse smittekarantene. FHI understreker også at personer med symptomer på covid-19 ikke skal være på jobb selv om de bruker beskyttelsesutstyr. Se utfyllende vurderinger på [FHIs nettside](#).

FHI skriver:

"Med nærkontakt menes ikke kontakt mellom pasient, pårørende eller andre og helsepersonell som bruker forsvarlig beskyttelsesutstyr"

Formålet med denne formuleringen var nok å sikre at helsepersonell som behandler covid-19 pasienter, eller tester for det, ikke konstant må være i karantene. Hvis de bruker beskyttelsesutstyr korrekt, skal ikke dette være nødvendig.

Det som blir feil nå, er at begrunnelsen kan bli brukt omvendt : Helsepersonell gikk på jobb med symptomer (senere påvist c-19) og mente at deres pasienter ikke behøvde å være i karantene fordi de hadde brukt beskyttelsesutstyr.

Et forslag til å omgå dette problemet, er å ta det ut av nærkontaktdefinisjonen og heller ta inn at helsepersonell som bruker beskyttelsesutstyr korrekt i kontakt med pasienter, unntas fra karantene."

Det er Helsedirektoratets vurdering at ordlyden *"med nærkontakt menes ikke kontakt mellom pasient, pårørende eller andre og helsepersonell som bruker forsvarlig beskyttelsesutstyr"* i utgangspunktet er vid og kan sies å omfatte tilfeller hvor helsepersonell med symptomer og beskyttelsesutstyr har vært i kontakt med pasient. Ordlyden må imidlertid tolkes i lys av formålet med bestemmelsen og forskriften.

FHI og Helsedirektoratet legger til grunn at formålet med bestemmelsen primært er å sikre at helsepersonell som behandler eller tester smittede ikke konstant må være i karantene. Videre viser vi til at formålet med covid-19-forskriften er å fastsette smittevernfarende tiltak for å hindre eller begrense spredningen av SARS CoV-2 i befolkningen og blant helsepersonell, og for å sikre opprettholdelse av tilstrekkelig kapasitet i helse- og omsorgstjenesten slik at tjenesten kan håndtere smittesituasjonen og samtidig ivareta ordinære helse- og omsorgstjenester.

Helsedirektoratet legger til grunn at det det ikke er i samsvar med bestemmelsen og forskriftens formål at helsepersonell med symptomer på covid-19 går på jobb med beskyttelsesutstyr. Dette kan tilsa at ordlyden i § 3 bør tolkes innskrenkende slik at disse tilfellene ikke omfattes.

Vi ser imidlertid at det kan være en fordel å endre forskriften slik at dette fremgår tydelig. Det kan bidra til at forskriften blir enklere å forstå og kan hindre at bestemmelsen brukes i strid med formålet.

Forslag til forskriftsendring:

Alternativ 1: Endre legaldefinisjonen av nærkontakt i § 3 første ledd slik at det fremgår at helsepersonellet skal være symptomfritt.

"§ 3 Definisjoner

Med nærkontakt menes i denne forskriften kontakt med andre personer med mindre enn to meters avstand i mer enn 15 minutter, direkte fysisk kontakt eller direkte kontakt med sekreter fra andre personer. Med nærkontakt menes ikke kontakt mellom pasient, pårørende eller andre og *symptomfritt* helsepersonell som bruker forsvarlig beskyttelsesutstyr"

Alternativ 2: Flytte "*Med nærkontakt menes ikke kontakt mellom pasient, pårørende eller andre og helsepersonell som bruker forsvarlig beskyttelsesutstyr*" fra legaldefinisjonen i § 3 til bestemmelsen om smittekarantene i § 4 bokstav b.

Dersom bestemmelsen flyttes til § 4 bokstav b om smittekarantene, vil det ivareta at det primære formålet med formuleringen er å hindre at helsepersonell som behandler eller tester covid-19-syke settes i smittekarantene. Det bør også fremgå at det er en forutsetning at helsepersonellet er symptomfritt.

Helsedirektoratet vil i denne forbindelse bemerke at vi i april 2020 hadde en fortolknings sak om forståelsen av "*Med nærkontakt menes ikke kontakt mellom pasient, pårørende eller andre og helsepersonell som bruker forsvarlig beskyttelsesutstyr*" i § 3 i forbindelse med innreisekarantene. Den gjaldt dansk helsepersonell med karanteneplikt som ville jobbe i karantenetiden under henvisning til § 3. Da svarte vi at bestemmelsen ikke kunne legges til grunn for hvordan gjennomføring av karanteneplikt er regulert. Konklusjonen var at helsepersonell i karantene ikke kan gå på jobb i beskyttelsesutstyr med mindre de omfattes av unntaksbestemmelsene fra karantene. Løsningen i denne fortolkningen kan også ivaretas ved en endring som foreslått i alternativ 2.

"§ 3 Definisjoner

Med nærkontakt menes i denne forskriften kontakt med andre personer med mindre enn to meters avstand i mer enn 15 minutter, direkte fysisk kontakt eller direkte kontakt med sekreter fra andre personer. ~~Med nærkontakt menes ikke kontakt mellom pasient, pårørende eller andre og helsepersonell som bruker forsvarlig beskyttelsesutstyr"~~

"§ 4 Krav om karantene

Følgende personer er underlagt karanteneplikt, med mindre de ved godkjent laboratoriemetode kan dokumentere at de i løpet av de siste seks månedene har gjennomgått covid-19 (...)

b. Smittekarantene: personer som har hatt nærkontakt med en person som er bekreftet smittet av SARS-CoV-2 mindre enn 48 timer før den smittede fikk de første symptomer på smitte, eller fra prøvetidspunktet dersom personen som testet positivt ikke utvikler symptomer. *Med nærkontakt*

menes her ikke kontakt mellom pasient, pårørende eller andre og symptomfritt helsepersonell som bruker forsvarlig beskyttelsesutstyr. Karanteneplikten gjelder i 10 døgn etter nærkontakten."

5.5 Vurdering av enkelte karanteneunntak

FHI gir i sin vurdering forslag til endring av covid-19-forskriften på flere områder. I det følgende gjennomgås forslagene med Helsedirektoratets vurdering.

5.5.1 Arbeidsreisende Norge – Sverige/Finland § 6 b første ledd

FHI skriver:

"Det er flere innspill til denne paragrafen. Det viktigste er om dette bør bli en generell "pendlerparagraf" for personer som i sin jobb krysser grensa ofte.

- 1. Det er eksempler på misbruk ved at arbeidsgivere ber sine arbeidstakere fra f.eks. baltiske land om å reise via Sverige eller tilbringe helga i Sverige for slik å omfattes av unntaket. Som tidligere meldt inn, kunne dette unngås ved å omformulere til at det gjelder bosatte i Sverige og Finland.*
- 2. Paragrafen var nødvendig for at de som bor i Sverige eller Finland og daglig pendler til sin jobb i Norge, og som derved ikke kan gjennomføre det vanlige karantenekravet, skulle miste sin jobb. Det er derimot ikke like nødvendig at de som kommer sjeldnere enn f. eks hver 7. dag skal være fritatt. Disse bør avvente negativt prøvesvar (antigen hurtigtest eller PCR) før de kan gå på jobb. Det ville innebære en endring i punkt B).*
- 3. Det er fortsatt vanskelig å forstå det prinsipielle skillet mellom Sverige og Finland og andre land. Det gjelder jo langt færre, men hvorfor er f.eks. ikke Danmark og Island inkludert?*
- 4. Spesielt siden unntaket også brukes for arbeidstakere som ukependler.*
- 5. Denne paragrafen medfører en utfordring for nordmenn som dagpendler til Sverige fordi de får "evig fritidskarantene"."*

Helsedirektoratet er enig i FHIs vurdering så langt det er mulig for arbeidsgiver å teste arbeidstaker med antigen hurtigtest. Siden bestemmelsen er utvidet til å ankomme mer enn en gang i løpet av en periode på 15 dager, så er unntaket relativt vidt.

Helsedirektoratet vurderer likevel at det er vanskelig å endre på denne bestemmelsen nå. Unntaket har medført betydelige fortolknings spørsmål og er slik den nå står en gjennomarbeidet bestemmelse som både arbeidstakere og arbeidsgivere nå synes å ha innrettet seg etter. Bestemmelsen er ment å ivareta hensynet til grensekryssende arbeidspendlere og en endring i bestemmelsen vil kunne medføre nye uklarheter.

Helsedirektoratet har mottatt henvendelse om ordlyden i bestemmelsen åpner for å reise via Sverige eller Finland på vei til jobb ettersom det står "ankommer Norge fra områder". Vi legger til grunn at bestemmelsen skal forstås slik at den gjelder for reiser mellom arbeidssted eller bosted, hvor arbeidsstedet eller bostedet må ligge i Sverige eller Finland. For å få unntak fra innreisekarantene i arbeidstiden i Norge, må vedkommende derfor ha sitt "bosted" i området i Sverige eller Finland med karanteneplikt som vedkommende ankommer fra. Dette burde vært presisert i bestemmelsen, f eks ved å ta inn ordet "bosatt".

Formålet med bestemmelsen er å gi unntak for de som pendler jevnlig mellom arbeidssted i Norge og bosted Sverige eller Finland, mens de som er bosatt i andre land i EØS eller Sveits skal bruke unntaket i § 6 c. Arbeidsreisende fra EØS eller Sveits kan likevel ikke bruke unntaket i § 6 c dersom de har

oppholdt seg i et land nevnt i vedlegg B siste 10 døgn, se § 6c første ledd, bokstav d. Både Litauen og Sverige er på vedlegg B. Dermed vil hovedregelen om innreisekarantene i 10 dager gjelde for det aktuelle tilfellet.

Forslag til forskriftsendring:

Vurdere å ta inn begrepet "bosatt" i bestemmelsen for å hindre omgåelse.

5.5.2 Arbeidsreisende EØS eller Sveits § 6 c

FHI skriver:

"Denne paragrafen blir ofte misforstått. Mange tror at den gjelder arbeidsreisende fra alle land i EØS eller Sveits. Det er først når man har kommet til bokstav d), og har funnet fram til vedlegg B som ligger et annet sted, at den framkommer at den nærmest ikke gjelder noen, den gjelder kun et par fylker i Finland og Island. Paragrafen gjelder altså de som kommer fra områder med karanteneplikt, som har høy men ikke særlig høy smitte.

Paragrafen er også kommet i utakt med resten av regelverket fordi det her avkreves test hver tredje dag i 10 dager, mens personer fra land med mer smitte kan avslutte innreisekarantene etter negativ test på dag 7. Det er riktignok mulig å hoppe mellom paragrafene. Etter at pliktig test ved ankomst ble pålagt alle, er det heller ikke nødvendig å pålegge det i bokstav a i denne paragrafen. Bokstav B er også overflødig siden det nå er bedre regulert hva som er et "egnet karantenested" i § 5.

FHI foreslår at dette unntaket erstattes av en generell bestemmelse for alle som kommer fra områder med karanteneplikt. Det ville medføre at flere vil kunne få unntak, men etter et strengere regime hvor den innreisende arbeidstakeren må være i full karantene fram til negativ PCR tatt tidligst dag 3 foreligger (det vil i praksis si dag 4), og deretter være i karantene (på egnet sted) i fritiden fram til karantenen opphører ved negativ PCR tatt tidligst dag 7 (det vil i praksis si dag 8), eller uten test; på dag 10.

Innreisende fra Storbritannia bør ikke omfattes av unntaket, men siden de nå heller ikke er med i EØS er det vel ikke nødvendig å spesifisere dette.

Forslag til reformulering:

Personer som er bosatt i EØS eller Sveits og som kommer til Norge for å utføre arbeid eller oppdrag, eller er bosatt i Norge og som returnerer fra arbeid eller oppdrag utført i EØS eller Sveits, er underlagt innreisekarantene

- i arbeidstiden og fritiden frem til negativt resultat av PCR test tatt tidligst dag 3 etter ankomst til Norge*
- i fritiden frem til karantenen opphører*

Bruk av unntaket organiseres, gjennomføres og finansieres av arbeids- eller oppdragsgiveren i Norge."

Helsedirektoratet mener videre at det i dagens situasjon med økende smitte og risiko for import av muterte virus vil det være mer hensiktsmessig å skjerpe kravene for de som har unntak fra karantene, enn å lempe på kravene for alle. Helsedirektoratet anbefaler derfor ikke å lempe på reglene da det ville medføre at flere får unntak.

Forslag til forskriftsendring:

Helsedirektoratet vurderer det bør tydeliggjøres innledningsvis i bestemmelsen at den ikke gjelder for innreisende fra områder med særlig høyt smittenivå.

5.5.3 Særskilt unntak fra innreisekarantene (Gjelder samvær med barn og personer som myndighetene har invitert) § 6d

FHI skriver:

Denne paragrafen er nå svært vanskelig å forstå, både form- og innholdsmessig.

Dersom det er internasjonale regler som gjør at man ikke kan pålegge test og karantene i forbindelse med samvær, hvordan kan det da være pålagt de som kommer fra Storbritannia? For disse gjelder nå:

Personer omfattet av andre ledd (dvs kommer fra Storbritannia), og som krysser Norges grenser i forbindelse med gjennomføring av avtalt eller fastsatt samvær mellom foreldre og barn eller delt bosted for barn etter barnelova og barnevernloven, er underlagt innreisekarantene

- i arbeidstiden og fritiden frem til negativt resultat av test tatt tidligst dag 3 etter ankomst til Norge*
- i fritiden frem til negativt resultat av test tatt tidligst dag 7 etter ankomst til Norge.*

Samværet med barnet kan gjennomføres uavhengig av karantenekravet.

FHI foreslår at alle i denne gruppen bør få forkortet sin karantene på samme måte som de som kommer på samvær fra Storbritannia nå, altså avvente negativ test på dag 3 før arbeid/ skole. Dette er den samme ordningen som vi foreslår som en generell ordning i § 6c. Dette fordi det denne gruppa er like utsatt for smitte som andre.

Ved dagsopphold kunne man ta antigen hurtigtest (som §6j) , og ved pendling kunne man fulgt § 6b. Siden barn i mindre grad sprer smitte, kunne man hatt en aldersgrense på 12 år.

Dersom bestemmelsen beholdes som den er, bør tredje ledd utvides til å omfatte Sør-Afrika.

Helsedirektoratet er enig i FHIs vurdering når det gjelder utvidelse av tredje ledd til å omfatte Sør-Afrika. Når det gjelder øvrig forslag til innstramming overfor barn og foreldre, så mener vi at hensynet til barns rett til samvær med foreldre er så tungtveiende, at det vanskelig kan være forholdsmessig å innføre krav om karantene for denne gruppen inntil negativ test dag 3 foreligger. Både foreldre og barn over 12 år er pålagt krav til test ved innreise etter forskriften § 4d. Det er naturlig å legge til grunn at de det gjelder avventer å gå på jobb eller skole før negativt svar foreligger.

Forslag til forskriftsendring:

Bestemmelsens tredje ledd bør utvides til å omfatte Sør-Afrika.

5.5.4 Personell i kritiske samfunnsfunksjoner § 6 e

FHI skriver:

"Denne paragrafen brukes nå mye, særlig i helsevesenet. Den gir mulighet for unntak fra både test før og ved ankomst, og fullt fritak fra all karantene. Unntaket er formulert slik at det bare skal brukes når det er nødvendig for å opprettholde forsvarlig drift. Vikarer er ofte helt nødvendig for forsvarlig drift i helsevesenet, og noen ganger også for liv og helse.

Arbeidsgivere som trenger vikarer i helsevesenet kan nå velge mellom hovedsakelig to alternativer: Test før og ved ankomst og full karantene i 10 dager (eller frem til dag 8 når testresultat tidligst foreligger), eller ingen karantene og test ved anledning. Det er forståelig at man ved bemanningsproblemer og ressursmangel ofte lander på det siste.

FHI har fått tilbakemelding om at dersom det ble (re-) innført et krav om negativ test dag 3 etter ankomst, som nå foreslått i § 6 c, og som allerede innført i denne paragrafen for innreisende fra Storbritannia, ville de ikke hatt samme behov for å bruke § 6e.

FHI foreslår derfor at § 6 e strammes ytterligere inn, slik at f.eks. nytt forslag til § 6 c med krav om negativ test dag 3 før arbeid blir hovedregelen også for vikarer i helsevesenet og andre som nå gis unntak etter denne paragrafen.

Ved behov for unntak på en enkelt dag kunne man ta antigen hurtigtest (som §6j), og ved pendling kunne man fulgt § 6b."

Helsedirektoratet viser til de vurderinger som er gjort om denne bestemmelsen i oppdrag 251 og den innstramming som allerede er gjort i bestemmelsen.

Forslag til forskriftsendring:

Vi er enig i at bestemmelsen kan strammes ytterligere inn ved f eks krav om negativ test før oppstart, alternativt negativ hurtigtest samme dag i akutte situasjoner hvor det ikke er tid til å vente på PCR-svar.

5.5.5 Internasjonale idrettskonkurranser § 6 f

FHI skriver:

"Dette unntaket bør reduseres og avstemmes med de andre unntakene. Ved behov for unntak bør hovedregelen være at man avventer negativt testsvar dag 3 før fritak fra arbeidskarantene (som § 6 c). Ved behov for fritak på dagsopphold kunne man ta antigen hurtigtest (som §6j), og ved pendling kunne man fulgt § 6b."

Helsedirektoratet viser til svar på oppdrag 286 hvor det anbefales at bestemmelsen oppheves.

5.5.6 Unntak fra innreisekarantene for flypersonell og togpersonell på godstog § 6g

FHI skriver:

Bør avvente negativt testsvar før fritak fra arbeidskarantene og deretter testes hver 7 dag (som § 6b)

Helsedirektoratet foreslår ingen endringer her.

5.5.7 Arbeidstakere som ankommer Norge for å tiltre arbeid på fartøy i norsk havn § 6 h

FHI skriver:

"Bør heller bruke regimet i ny § 6 c, men åpne for at hurtigtest kan brukes hvis PCR ikke er tilgjengelig (men da en dag senere, hhv dag 4 og 8).

Ved behov for unntak på en enkelt dag kunne man ta antigen hurtigtest (som §6j) , og ved pendling kunne man fulgt § 6b."

Helsedirektoratet foreslår ingen endringer her.

5.5.8 Særlige regler om innreisekarantene for militært personell § 6i

FHI skriver:

Karantene i grupper på 40 er ikke tråd med kravene til gjennomføring av karantene. FHI har tidligere foreslått at det i denne sammenhengen kan gjøres i grupper på opptil 5 personer.

Forslag til reformulering:

Utenlandsk militær avdeling som ankommer Norge for trening, øving eller operasjon godkjent av Forsvarsdepartementet, kan gjennomføre innreisekarantenen i grupper på flere enn 5 personer. Dette gjelder ikke personer som har vært i Storbritannia eller Sør-Afrika siste 14 dager. Karanteneordningen skal godkjennes av Forsvarets Sanitet.

Helsedirektoratet viser her til oppdrag 285 og de vurderinger som ble gjort i dette oppdraget.

[5.5.9 Unntak fra karantene ved alvorlig sykdom og bisettelse hos nærstående § 6j](#)

FHI skriver:

Kan vurdere å inkludere dagsopphold i Norge for arbeidsoppdrag, konkurranse innen toppidretten, invitert av norske myndigheter osv., slik at alle disse må ha en negativ hurtigtest samme dag. I tilfelle reformulere til f.eks. Unntak fra karantene på en enkelt dag ved tungtveiende hensyn

Helsedirektoratet viser til det som er skrevet når det gjelder forslag til endring i § 6e. Vi ser ingen behov for å gjøre nye endringer i § 6j. Det er viktig at vilkåret for unntak etter denne bestemmelsen er snevert og kun gjøres gjeldende i de situasjoner som nå er nevnt i bestemmelsen.

5.6 Andre problemstillinger som FHI reiser

[5.6.1 Krav om negativ test for SARS-CoV-2 ved ankomst til Norge § 4a](#)

FHI skriver:

Unntakene c-p bør om mulig reduseres og samordnes med andre unntak. På sikt bør kravet om testing før ankomst i § 4a sammenholdes med krav om testing ved ankomst i § 4d. Smittevern faglig er det mulig å ikke kreve begge, men andre forhold, som usikkerhet om ekthet av dokumenter, forsinket testsvar ved ankomst og utfordringer med å isolere smittede, kan gjøre det fordelaktig å beholde kravet.

Helsedirektoratet er enig i at unntakene i § 4a er mange og kompliserte, men vi antar at det er begrunnet i at bestemmelsen gir hjemmel for bortvisning.

[5.6.2 Krav om testing for de som har oppholdt seg i Storbritannia mv. § 4b](#)

FHI skriver:

Krav om PCR-test etter ankomst bør utvides til også å gjelde personer som har oppholdt seg i Sør-Afrika. Det bør vurderes om selve bestemmelsen kan legges under §4d Krav om testing for de som har oppholdt seg i et område med karanteneplikt. Det kan bidra til å gjøre reglene mer oversiktlig.

Forslag til forskriftsendring:

Helsedirektoratet støtter FHIs vurdering når det gjelder Sør-Afrika, men mener ikke at bestemmelsene bør slås sammen.

[5.6.3 Forkortet innreisekarantene ved testing § 4c](#)

FHI skriver:

Alle bør kunne forkorte karantene ved negativ PCR-test dag 7.

Nå som det er krav om test innen 24 timer etter ankomst etter § 4 d, er det forvirrende at §4c viser til at første test skal være tatt innen 3 dager etter ankomst.

Forslag til reformulering:

Forkortet karantene ved testing

Karantene etter innreise og eksponering kan forkortes dersom personen dokumenterer to negative testresultater i karantenetiden, hvorav den siste må være PCR-test og som tidligst er tatt syv dager etter ankomst.

Forslag til forskriftsendring:

Helsedirektoratet er enig i dette og mener bestemmelsen bør endres. I de tilfellene man har unntak etter § 4d så kan det fortsatt være aktuelt å vente med å ta test til døgn 3, f eks for barn under 12 år. For å gjøre regelverket enklere, så kan det vurderes om kravet skal endres til 24 timer.

5.6.4 Krav om testing for de som har oppholdt seg i et område med karanteneplikt § 4d

FHI skriver:

Unntakene c-g bør om mulig reduseres og samordnes med andre unntak.

Krav om testing ved ankomst bør ha samme tidsaspekt som krav om karantene, dvs. At dersom du ikke har krav om karantene, bør du heller ikke ha krav om testing. I dag medfører formuleringen at enkelte som har vært i et område med karanteneplikt for mer enn 10 dager, men under 14 dager siden, krav om testing etter ankomst, men ikke krav om karantene.

Første ledd bør endres til:

Personer som har oppholdt seg i et område med karanteneplikt som fastsatt i vedlegg A i løpet av de siste 10 døgn før ankomst til Norge, skal teste seg for SARS-CoV-2 så snart som mulig og senest 24 timer etter ankomst til Norge. Testen skal være antigen hurtigtest eller PCR-test.

På sikt bør kravet om testing før ankomst § 4a sammenholdes med krav om testing ved ankomst §4d. Smittevern faglig er det mulig å ikke kreve begge, men andre forhold, som usikkerhet om ekthet av dokumenter, forsinket testsvar ved ankomst og utfordringer med å isolere smittede, kan gjøre det fordelaktig å beholde kravet.

Forslag til forskriftsendring:

Helsedirektoratet er enig i FHIs vurdering. Vi anbefaler i tillegg at testkravet ikke skal gjelde for personer som har oppholdt seg i et område som er endret fra "rødt" til "gult" før de ankommer Norge.

5.6.5 Krav til de som skal være i innreisekarantene § 5

FHI skriver:

For unntakene e) og f), inkludert militært personell, forutsettes ikke egnet karantenested. Dette bør revurderes da karantenehotellordningen er etablert for å sikre at alle har et egnet sted å gjennomføre karantene. Dette er særlig viktig for de som kommer fra Storbritannia eller Sør-Afrika.

Unntakene i e) og f) er unntak som er særlig vurdert og slik Helsedirektoratet forstår rundskriv G-33/2020 så skal disse persongruppene gjennomføre karantene på nærmere definert oppholdssted.

5.6.6 Krav om karantene for de som har oppholdt seg i Storbritannia mv. § 5c

FHI skriver:

Bør utvides til også å inkludere Sør-Afrika.

Bør endres til siste 10 døgn, da karanteneplikten kun gjelder i 10 døgn etter innreise, og det er uklart om man har karanteneplikt dersom man ankom Norge for 12 dager siden.

Det er mulig at forskriften ville vært enklere å forstå om man i stedet for å ha en egen paragraf om krav til karantene for de som ankommer fra Storbritannia og Sør-Afrika, skrev inn en setning under hvert av unntakene i § 6a-h om at unntakene ikke gjelder reisende fra disse områdene.

Helsedirektoratet mener det bør opprettholdes at karanteneplikten gjelder hvis man har oppholdt seg i Storbritannia de siste 14 dagene før ankomst til Norge. Vi støtter at dette bør utvides til å også inkludere Sør-Afrika.

Forslag til forskriftsendring:

Bestemmelsen bør inkludere Sør-Afrika og det bør inngå i de enkelte unntaksbestemmelsene at personer med krav om karantene etter § 5c ikke omfattes.

6. Tilsyn og sanksjonering/straff

Helsedirektoratet legger til grunn at det er usikre tall rundt politiets håndtering av smitteverntiltak, men kurven for antall anmeldelser synes å være nedadgående i forhold til i høst. Det kan bety at tiltakene, politiets håndtering og kommunikasjon rundt dette har hatt effekt.

Det er grunn til å tenke at den største effekten av politiets oppfølging av tiltak på territoriet, ligger i at politiets inngripen og opprettelse av straffesak kommuniseres bredt og tydelig i media.

Politiet er ressursmessig i stand til å stå i dagens oppdrag over tid. Dersom nye tiltak krever ytterligere ressurser fra politiet, vil det bli nødvendig å prioritere mellom disse og de allerede etablerte tiltakene.

Av hensyn til smittevernet er det viktig at kravene til å gjennomføre karantene og/eller isolasjon blir etterlevd. Brudd på disse pliktene innebærer forhøyet risiko for smittespredning.

Selv om etterlevelsen av tiltak er generelt er høy i befolkningen, viser tallene at det fremdeles er utfordringer knyttet til enkelte befolkningsgrupper. Særlig ser vi eksempler på dette når det gjelder gjennomføring av karantene for arbeidsinnvandrere. Helsedirektoratet vurderer derfor at det er behov for å sikre bedre etterlevelse ved bruk av alle virkemidler, også ved økt bruk av sanksjoner.

Forsettlig eller uaktsom overtredelse av pliktene i covid-19-forskriften, herunder brudd på pliktene knyttet til krav om karantene og isolasjon, kan straffes med bøter eller fengsel inntil 6 måneder, jf. smittevernloven § 8-1. Overtredelse av § 4b, § 4d og § 5b straffes med bot og bare når overtredelsen er skjedd uten rimelig grunn. Helsedirektoratet anbefaler nå at justissektoren forsterker innsatsen for å slå ned på brudd på disse bestemmelsene.

Den 16.3.20 ga riksadvokaten nasjonale retningslinjer⁷ for sakstypen "smitterisiko", som i utgangspunktet ikke var omfattet av riksadvokatens sentrale prioriteringer. Pålegget til politiet og påtalemyndigheten gikk ut på at de skulle behandle slike lovbrudd med det alvor og prioritet som situasjonen krevde. Riksadvokaten understreket at formålet med de reaktive tiltakene var å bidra til redusert smitterisiko og smittetakt. De allmennpreventive hensyn skulle være førende for de vurderinger som ble foretatt. Helsedirektoratet mener det kan være nyttig om dette budskapet nå ble gjentatt.

Alle relevante sektorer bør også klargjøre hvilket ansvar som tilligger de enkelte aktører i forbindelse med etterlevelse av kravene til gjennomføring av karantene og isolasjon. Også eksempelvis arbeidsgiveransvaret bør vurderes opp mot straffebestemmelsene.

DSB har spilt inn følgende til oppdraget gjennom Beredskapsutvalget for biologiske hendelser (BUB).

DSB foreslår at innsatsen med å slå ned smitte i større grad målrettes mot gruppene og områdene der risikoen for smitte er størst, arbeidsinnvandring fra land med svakere økonomi og høyere smittetrykk. Det er ikke tilstrekkelig kun å ansvarliggjøre den enkelte som ankommer. Trusselen om straff for brudd på smittevern må antas å ha liten effekt så lenge ikke oppdagelsesrisikoen er svært høy.

Det vil kreve store ressurser fra politiet for å skape en slik oppdagelsesrisiko. Derfor er det viktig at arbeidsgiverne holdes ansvarlige med en reell risiko for kontroll og strenge sanksjoner. Det må kunne stilles krav om at arbeidsgiverne kontrollerer at karantene er gjennomført og at de ansatte har testet negativt. Norge er avhengig av arbeidsinnvandring, så det er viktig at virkemidlene er tilpasset slik at det fortsatt er lønnsomt for arbeidsgivere å ansette og for arbeidstakere å komme.

Politidirektoratet skriver følgende i sitt innspill til BUB om håndhevelse av smitteverntiltak:

Det er grunn til å tenke at den største effekten av politiets oppfølging av tiltak på territoriet, ligger i at politiets inngripen og opprettelse av straffesak kommuniseres bredt og tydelig i media.

Et skifte av praksis som innebærer økt fokus på sanksjonering av overtredelser av pliktene i covid-19-forskriften, bør kommuniseres tydelig til befolkningen i forkant av praksisendringen.

7. Krav om negativ test ved ankomst til Norge (tillegg til oppdrag 264)

Helsedirektoratet og FHI har blitt bedt om å vurdere om det bør stilles krav om negativ covid-19-test ikke eldre enn 24 timer før avgang med fly til Norge kombinert med et flyforbud der flyselskapene får ansvar for å følge opp. Det skal videre vurderes

- om et slikt krav også bør omfatte krav om innreiseregistrering
- foreslå mulige hjemler for eventuelle krav i samsvar med punkt 1 og 2 og vurdere eventuelle straffesanksjoner dersom flyselskapene ikke følger opp

⁷ <https://www.riksadvokaten.no/document/retningslinjer-for-handtering-av-smittevern-lovbrudd/>

- vurdere om det er behov for å legge inn nye land i covid-19-forskriften § 4b for å forhindre eller utsette at mer smittsomme varianter av SARS-CoV-2 får fotfeste i Norge.

FHI skriver om dette:

"Fra et smittevernfaglig ståsted er test før ankomst mindre viktig etter at det nå er innført obligatorisk test ved ankomst. Danmark har ikke tilsvarende testing ved ankomst.

FHI har fått tilbakemelding om at det i noen land er vanskelig å få ikke nødvendig med 24 i stedet for 72 timer. Etter FHIs vurdering vil det derfor ikke være formålstjenlig å redusere tiden fra 72 til 24 timer.

Fra et rent smittevernmessig synspunkt er det noe bedre om sjekk av negativ test skjer før påstigning enn ved ankomst fordi det reduserer potensialet for smitte under reisen og på flyplassen. Erfaringsmessig finner man imidlertid lite smitte på fly, så effekten vil ikke være stor. Det vil også redusere behovet for smitteoppsporing på fly, som kan være ganske arbeidskrevende.

Det er imidlertid viktig å påpeke at reglene for hvem som skal testes før ankomst IKKE er enkle. Det er en rekke unntak, blant annet av norske statsborgere. Dersom man skal skyve ansvaret for å sjekke negativ test over på flyselskapene, må det først avklares hvordan unntakene skal håndteres, og om reglene eventuelt kan forenkles slik at det blir færre unntak. Ellers blir nok dette svært vanskelig for flyselskapene å håndtere.

Problemer med å kontrollere ekthet av dokumentene består, men dette er også et problem i dagens ordning."

Helsedirektoratet er enig i FHIs vurderingen og mener at det ikke er formålstjenlig å redusere tiden fra 72 til 24 timer.

Når det gjelder spørsmålet om et slikt krav også bør omfatte krav om innreiseregistrering så skriver FHI:

"Det er også unntak knyttet til krav om innreiseregistrering, som ikke er de samme som de øvrige unntakene. Det kan derfor være vanskelig å håndheve dette - både for flyselskapene og grensepersonell."

Helsedirektoratet er enig i FHIs vurdering. Dersom flyselskapene skal få et slikt ansvar så må bestemmelsen forenkles betydelig. Vi anser det derfor ikke aktuelt å vurdere mulige hjemler for straffesanksjoner dersom flyselskapene ikke følger opp.

FHI mener at reisende fra Sør Afrika bør gis de samme innreiserestriksjonene som reisende fra Storbritannia. Helsedirektoratet er enig i dette og at dette må følges fortløpende.

Forslag til forskriftsendring:

Bestemmelsen bør inkludere Sør-Afrika

Vedlegg 1: Folkehelseinstituttets innspill

Vedlegg 2: Innspill fra medlemmer av BUB

Oppdragstekst

Helse- og omsorgsdepartementet viser til oppdrag 264 sendt 16. desember 2020 om tiltaksvurdering i januar med frist torsdag 14. januar kl. 12.00, og tillegg til oppdrag 264 sendt 5. januar 2021, som fremskyndet fristen til onsdag 13. januar kl. 15.00. Departementet sender med dette et revidert oppdrag 264 som erstatter disse.

Den 14. desember ble det besluttet at de nasjonale smitteverntiltakene i hovedsak videreføres inkludert karantenebestemmelsene, og at dagens nasjonale tiltaksnivå beholdes frem til ny vurdering dersom smittesituasjonen ikke forverres før dette. Opprinnelig oppdrag 264 ble gitt med frist torsdag 14. januar og la opp til at regjeringen gjør en ny vurdering av nasjonale smitteverntiltak inkludert karantenebestemmelsene i andre del av januar.

På bakgrunn av utviklingen man så i slutten av desember, ble det 3. januar vedtatt forsterkede nasjonale smitteverntiltak i perioden 4. til 18. januar. For at regjeringen kan fatte beslutning før 18. januar, må dermed en ny vurdering av de nasjonale smitteverntiltakene gjennomføres og oversendes tidligere enn først lagt opp til. I tillegg til oppdrag 264 ble derfor fristen for oppdrag 264 fremskyndet til onsdag 13. januar kl. 15.00.

Oppdrag 264 må ses i sammenheng med oppdrag 258 om liste over tiltak som må beholdes gjennom hele pandemien. Oppdraget følger dessuten opp oppdrag 251 om en revidert teststrategi og en helhetlig vurdering av karantene og testing der Hdir i svaret anbefaler at det gjøres en ny vurdering av eventuell endring av karanteneordningene i januar/februar.

Helsedirektoratet gis i samråd med Folkehelseinstituttet i oppdrag å utarbeide

- en samlet vurdering av de iverksatte tiltakene og foreslå ev. endringer basert på smittesituasjonen i januar og erfaringene som er gjort så langt i håndteringen av pandemien
- en fornyet vurdering av karanteneordningene basert på en helhetlig teststrategi, jf. oppdrag 251 del 2, herunder om det skal åpnes for å kunne gå ut av karantene ved negativ test på dag syv og om arbeidsreisende må være i arbeidskarantene frem til negativ test på dag tre
- forslag til endringer i covid-19-forskriften

Begrenset sosial kontakt over lengre tid kan være svært belastende for den enkelte, særlig for sårbare grupper. I vurderingene skal det tas utgangspunkt i at tiltak som begrenser sosial kontakt over lengre tid ikke skal iverksettes eller forlenges før alternative tiltak er vurdert og ev. forsøkt.

Det understrekes at oppdraget skal legge til grunn de nasjonale smitteverntiltakene som ble vedtatt i desember/ januar frem til 3. januar, og at besvarelsen samtidig skal bygge på en helhetlig vurdering. For å lette arbeidet i departementet frem mot beslutning, ber departementet om at det på saksbehandlernivå opprettes en god dialog om vurderingene som gjøres.

Frist for oppdraget er fremskyndet til onsdag 13. januar kl. 15.00.

Kontaktpersoner: Benedicte Mørkved Larsen (bml@hod.dep.no eller telefon 22 24 83 74) og Stig Atle Vange (stig-atle.vange@hod.dep.no eller telefon 22 24 83 38).

Vi ber om at svar på oppdraget sendes Krisestab_NY@hod.dep.no med kopi til kontaktpersonene som angitt ovenfor.

Innhold

Oppdragstekst	1
1. Innledning	4
2. Den aktuelle smittesituasjonen.....	7
3. Viktige erfaringer med håndteringen så langt	16
4. Forslag til endringer i kontaktreduserende tiltak.....	19
5. Vurdering av karanteneordningene	24
6. Forslag til endring i covid-19 forskriften	28
7. Tillegg til oppdrag nr. 264 til Helsedirektoratet om tiltaksvurdering januar	32
Vedlegg 1. A comparison of COVID-19 in children and youth in Norway, Sweden and England.....	35
Vedlegg 2. Informasjonskilder	39
Vedlegg 3. Økonomiske barrierer for etterlevelse av testing, isolering, smittesporing og karantene .	40
Vedlegg 4. Bekymring for komplekst regelverk om karantene og testing	43

1. Innledning

Dette dokumentet

Dette dokumentet besvarer departementets oppdrag slik:

- Smittesituasjon nå beskrives i kapittel 2
- Noen erfaringer med håndtering av epidemien drøftes i kapittel 3
- Forslag til endringer i de nasjonale råd og regler kommer i kapittel 4

Deretter følger:

- Vurdering av karanteneordningene i kapittel 5, jf. også vedlegg 4 om bekymring for komplekst regelverk

Og så følger:

- Forslag til endringer i covid-19-forskriften i kapittel 6

Til slutt:

- Svar på tilleggsoppdrag i kapittel 7.

I dette første kapitlet gir vi en bakgrunn og oppsummerer dokumentet.

Bakgrunn

FHI anbefalte den 2. januar å stramme inn på de nasjonale tiltakene i to uker. Denne anbefalingen kom på bakgrunn av usikkerhet rundt smittesituasjonen etter jule- og nyttårshelgen. Vi viser til vår vurdering den gang (klipp fra forrige vurdering):

Generelt

Situasjonen er uoversiktlig og bekymringsfull, og vi frykter at situasjonen kan forverres raskt som følge av forholdene beskrevet over:

- Det er indikasjoner på at det har skjedd en økning av smittespredningen i mange deler av landet de siste par ukene. Mange fridager i jule- og nyttårshelgen kan også ha medført mindre testing i denne perioden, mens det i uka før kan ha vært høyere testaktivitet i forbindelse med bekymring for å dra med seg smitte på reise til andre steder i landet. Data fra de siste par ukene er ikke nødvendigvis direkte sammenliknbare med ukene før.
- Mange innbyggere kommer nå hjem til sine kommuner fra reiser i utlandet eller i andre deler av landet der de kanskje har truffet mange andre mennesker. Arbeidsplasser og undervisningsinstitusjoner åpnes igjen.
- Mange kommuner er slitne etter å ha drevet utstrakt testing og smittesporing i hele høst og får fra uke 1 nå to nye, store og krevende oppgaver: oppfølging og testing av innreisende og vaksinasjon.

Vi er urolige for at ekstra smittespredning i uke 1 og kanskje uke 2 skal føre til at epidemien kommer ut av kontroll i noen kommuner og regioner i januar.

Kommunene håndterer greit ett utbrudd, men risikerer å miste oversikten over smittesporingen når det kommer flere utbrudd samtidig. Da risikerer de å gå inn i en negativ spiral når de ikke lenger klarer å drive rask smittesporing.

Lokale eller nasjonale tiltak

Det er fortsatt de lokale tiltakene i kommuner og bo- og arbeidsmarkedsregioner som er de viktigste for å holde epidemien under kontroll. Her gjør kommunene en veldig viktig jobb etter rådene i Kommunelegehåndboka og med støtte fra statlige etater.

Strategien er fortsatt å satse på lokale risikovurderinger og tiltaksvurderinger. Noen få tiltak er nasjonale, og så legger kommunene til lokale tiltak etter sin situasjon. Ei stor pakke med nasjonale tiltak nå er et brudd med denne strategien. Begrunnelsen for at vi likevel anbefaler dette er den uoversiktlige situasjonen etter jul- og nyttårshelgen, og at all reisingen rundt i landet disse ukene kan ha spredd epidemien mer.

Uansett må dette være kortvarige tiltak som etter planen fjernes 18. januar.

Overordnet vurdering

Bekymringen 2. januar var altså knyttet til a) epidemiens utvikling i jule- og nyttårshelga, b) konsekvensene av de kommende reisene og gjenåpningen etter ferien samt c) den store belastningen på kommunene.

Vår bekymring fra nyttårshelga er fortsatt til stede:

- a) Smittesituasjonen har vi noe bedre oversikt over nå, ettersom det har vært en uke uten feriedager og med normal tilgang til testing. Antall meldte tilfeller fortsetter å øke, men det var rekordmange som testet seg siste uke og andel positive blant de testede gikk ned. Insidensen av innleggelser er stabil, men det har vært en liten økning i antall nye innleggelser i intensivavdeling og antall dødsfall. R-tallet er ned til omtrent 1,1 ifølge dagens modelleringsrapport. Det ser ut til at epidemien er mer spredt i landet nå med høye nivåer i minst halvparten av fylkene. I hovedsak ligger vi på risikonivå 3 nasjonalt, men med flere kommuner på Østlandet på nivå 4.
- b) Det er for tidlig å måle virkningene av oppstarten av samfunnet etter ferien. Vi har ikke sikre tall på hvor stor andel som skyldes importsmitte, men det antas å utgjøre en større andel enn tidligere da flere oppdages ved grensetesting.
- c) Kommunenes kapasitet er fortsatt anstrengt fordi de må håndtere både testing og smittesporing, kontroll med innreisende etter nytt system samt oppstart av vaksinasjonsprogrammet.

Det er nå i tillegg en ekstra, betydelig bekymring:

- d) Nye, mer smittsomme varianter av viruset vil sannsynligvis før eller seinere vil overta i Norge også, slik det kan se ut til at de er i ferd med å gjøre flere andre steder i Europa. En mer utbredt spredning av slike varianter i Norge kan gjøre det mye vanskeligere å holde epidemien under kontroll, jf. vår risikovurdering av 13. januar¹.

Overordnet om erfaringer med håndteringen

Det viktigste strategiske grepet i den norske håndteringen er at kommunene er gitt ansvar for å vurdere situasjonen og tilpasse tiltakene lokalt. Dette har vært en suksess og har styrket det lokale engasjementet og bidratt til balansert og målrettet respons. Kommunelegehåndboka er supplert med et nytt system for risikonivåer og felles tiltakspakker.

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

Befolkningsundersøkelser viser fortsatt tillit til myndighetenes håndtering og god rapportert etterlevelse av tiltakene. Tilbakemeldinger fra kommunene gir et litt annet bilde, særlig for etterlevelse av karantene og isolasjon. Vi er bekymret for at etterlevelsen skal svekkes.

Det er avgjørende at kommunene har kapasitet for å oppskalere testing og smitteoppsporing ved tegn på utbrudd. Mange utbrudd slås ned ved bare testing og smittesporing. Overskrides denne kapasiteten, risikerer man å miste kontrollen.

Mange kommuner med utbrudd må supplere med flere kontaktreducerende tiltak, i tråd med tiltaksnivåene i Kommunelegehåndboka. Kommunene melder at det kan være vanskelig å trappe ned tiltakene.

Flere kommuner opplever fortsatt språklige, kulturelle og sosioøkonomiske barrierer som hindrer for effektiv smittesporing, særlig i innvandrer miljøer.

Utbrudd i sykehjem har ofte vist seg vanskelig å begrense og har medført alvorlige konsekvenser som dødsfall. Utbrudd i hjemmetjenesten har også vært utfordrende i enkelte kommuner. Utbrudd i andre deler av helsetjenesten rapporteres sjeldent.

Overordnet anbefaling om tiltak

Vi mener det er nødvendig å videreføre flere nasjonale tiltak, men noen tiltak bør målrettes bedre ved å flyttes fra nasjonalt nivå til lokalt nivå i kommuner med særlige utfordringer, i tråd med systemet skissert i Kommunelegehåndboka. Dette vurderes å være mer forholdsmessig blant annet fordi flere av tiltakene er inngripende med stor tiltaksbyrde for enkelte grupper.

Situasjonen er ustabil og kan forverres raskt, slik vi har sett i deler av Rogaland og Trøndelag de siste to-tre ukene. Det er derfor nødvendig å følge situasjonen nøye, særlig de fire punktene a - d nevnt over. Vaksinasjonsprogrammet har akkurat startet, og det er for tidlig å vente noen påvirkning av sykdomsbyrden.

Det er fortsatt viktig å holde smittetrykket nede for å unngå at epidemien kommer ut av kontroll. Vi anbefaler derfor følgende:

- Reisetiltakene med reiseråd, innreisekarantene og testing bør opprettholdes.
- De nasjonale tiltakene bør videreføres på nivå 3 eller nivå 4, jf. kapittel xx nedenfor, men noen av de mest inngripende tiltakene bør trappes ned på nasjonalt nivå og eventuelt videreføres regionalt eller lokalt i områder med mye spredning i tråd med regjeringens strategi. Dette må kommunene vurdere basert på situasjonen lokalt i tråd med Kommunelegehåndboka. Det vil være viktig også i nasjonal kommunikasjon til media og befolkning å legge vekt på at det er mange kommuner som har strengere tiltak enn de nasjonale anbefalingene, spesielt når det lettes på tiltak nasjonalt
- Statlige etater bør i kommunikasjonen med kommunene legge vekt på at kommunene velger riktig nivå for tiltak basert på en risikovurdering av den lokale spredningen, sykdomsbyrden og belastningen på helsetjenesten.
- Siden kommunene er sentrale i å holde epidemien under kontroll, må kommunehelsetjenesten sikres ressurser, eventuelt ved tilførsel fra andre deler av kommunen, ved samarbeid mellom kommuner, ved nyansettelser og ved bruk av ressurspooler.
- Karanteneordningen og forskriften som regulerer karantene, bør gjennomgås og forenkles, jf. kapittel xx og xx nedenfor. Innreisekarantene må ikke svekkes.

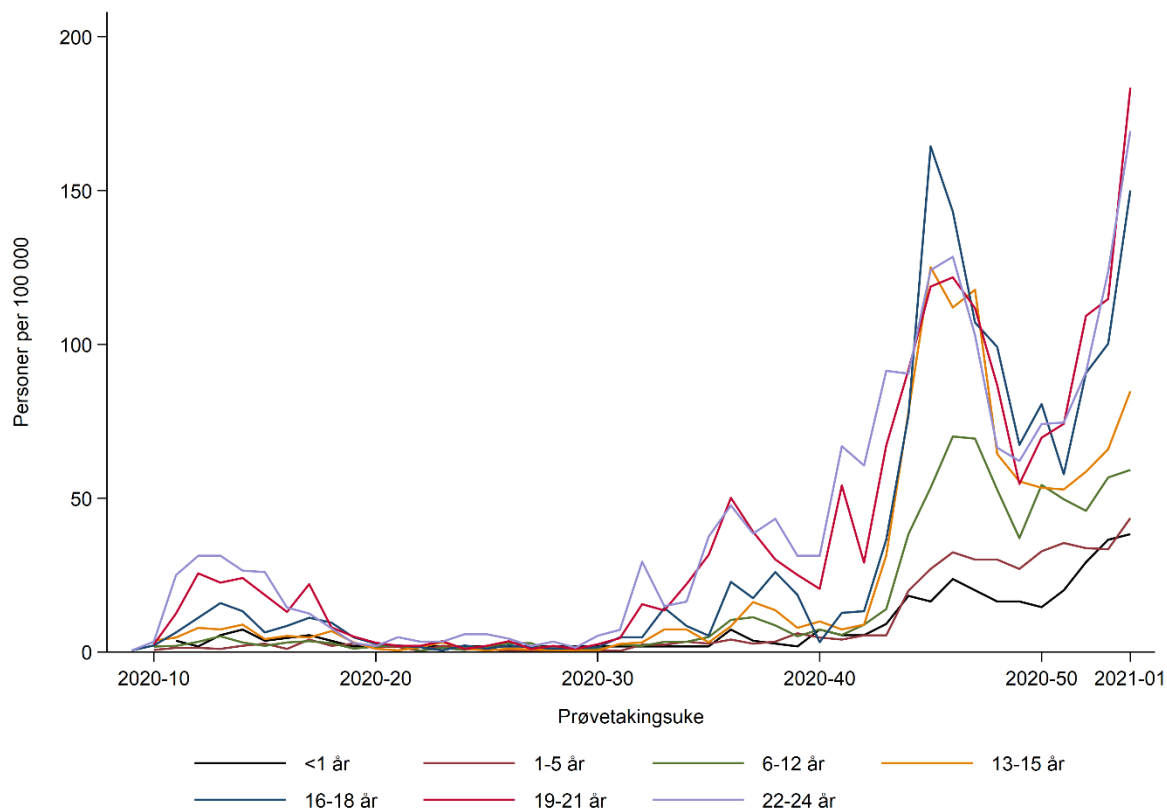
2. Den aktuelle smittesituasjonen

Generelt om situasjonen

- Det er foreløpig meldt 4 589 tilfeller i uke 1 (157 per 100 000 innbyggere for uke 53 og 1 samlet). Dette er en økning på 19 % sammenlignet med uke 53 da det ble meldt 3 851 tilfeller. Samtidig har det vært rekordmange personer (182 140) som har testet seg siste uke, en oppgang på 70 % fra uke 53. Andelen positive blant de testede gikk ned fra 3,6 % i uke 53 til 2,5 % i uke 1.
- Det har vært en økning i antall meldte tilfeller fra alle landets fylker siste uke med unntak av Trøndelag og Innlandet.
- De siste fire ukene har antall nye innleggelser i sykehus med covid-19 som hovedårsak vært relativt stabilt (mellom 75–93). I uke 1 er det foreløpig rapportert om 81 nye innlagte pasienter. Helse Sør-Øst rapporterte flest antall nye innleggelser per 100 000 i uke 1 (2,0). De siste ukene har det vært en svak oppadgående trend i nye innleggelser fra Oslo, mens antall nye innleggelser fra Viken har vært mer stabilt. Det var 23 nye innleggelser i intensivavdeling i uke 1, en oppgang fra 12 i uke 53 og 13 i uke 52.
- Det har vært en stigende trend i antall covid-19 assosierte dødsfall de siste fire ukene, og det er foreløpig meldt om 32 dødsfall i uke 1. Dette er det høyeste antallet siden april 2020.
- Matematisk modellering viser at smittespredningen sannsynligvis har vært økende fra 27. desember med et gjennomsnittlig reproduksjonstall på 1.2 (95% CI 0.9 - 1.6). Mer oppdaterte, analyser som ikke tar hensyn til sykehusinnleggelser tyder på at reproduksjonstallet har vært noe synkende gjennom denne perioden og at 4. januar var reproduksjonstallet 1.0 (95% CI 0.8 - 1.3). Trolig har vi nå et R-tall på rundt 1,1.
- Antall meldte tilfeller har fortsatt å stige siste uke. Dette er trolig en kombinasjon av økt testaktivitet, inkludert testing av alle som ankommer Norge, og pågående utbrudd. Antall nye innleggelser har vært relativt stabilt de siste fem uker, men en økning i antall nye intensivinnleggelser og dødsfall siste to uker kan gjenspeile økningen i smittespredning de foregående ukene. Til tross for fortsatt stor geografisk variasjon er det flere fylker med insidens på et jevnt høyere nivå enn tidligere

Utvikling over tid fordelt på skolealder

Etter en nedgang frem til uke 49, har det vært en oppadgående trend i personer under 25 år. Økningen de siste ukene har vært kraftigst blant personer i alderen 19 – 21 år (55 per 100 000 i uke 49 2020; 183 per 100 000 i uke 1 2021) og 22 – 24 (62 per 100 000 i uke 49 2020; 169 per 100 000 i uke 1 2021), men de siste ukene har det også vært en stigende trend i meldte tilfeller blant yngre barn (Figur XX). Vi viser til vedlegg 1 om sammenligning av alvorlighet av covid-19 blant barn og ungdom i Norge, Sverige og Storbritannia.



Figur 1: Antall meldte tilfeller under 25 år per 100 000 etter prøvetakingsuke og aldersgruppe, 23 februar 2020 – 10. januar 2021. Kilde: MSIS.

Smitte blant reisende til Norge

Det er flere utfordringer med å beskrive tilfeller smittet i utlandet, jf. vedlegg 2. Innmeldingene til MSIS er forsinket og til dels mangelfulle.

Data som er tilgjengelig i MSIS og smittesporingen indikerer at det har vært en økning i andel og antall smittet i utlandet i uke 53 og 1 sammenlignet med ukene før, men at andelen kjent smittet i utlandet fortsatt er relativt lav. Data fra utvalgte teststasjoner ved grenseoverganger registret i MSIS laboratoriedatabase viser at antall testede øker og andel positive blant de testede på disse teststasjonene er lav, men var høyere i uke 53 og 1 enn i tidligere uker.

Meldte tilfeller til MSIS

Blant alle tilfellene meldt til MSIS per 12.01.2020 (n=56 274), mangler vi informasjon om smitteland for 17 552 (31 %), 4 712 (8 %) er kjent smittet i utlandet og 34 010 (60 %) smittet i Norge. Manglende data om smitteland skyldes stort sett manglende innmelding fra diagnostiserende lege.

I våre ukesrapporter viser vi andel smittet i utlandet bare blant de meldte tilfellene hvor smitteland faktisk er kjent. Mellom uke 47 og 52 2020 var 4 – 5% av de med kjent smitteland smittet i utlandet. I uke 53, økte denne andelen til 7 %, og ytterligere til 15 % i uke 1 2021 (tabell XX). Mellom uke 47 2020 og uke 1 2021 var smitteland ukjent for 45 % av meldte tilfeller. Andel med ukjent smitteland var høyere de siste ukene; 49 % i uke 52, 54 % i uke 53 og 67 % i uke 1.

Det hyppigste smittelandet i uke 53 2020 og uke 1 2021 var Polen, som var rapportert som smitteland for 36 tilfeller i uke 53 (30 %), og 110 i uke 1 (48 %). Etter Polen, var de mest vanlige smitteland siste to uker Sverige (28), Litauen (26), Russland (14), Romania (10), Tyskland (10), Latvia (9) og Storbritannia (9). I tillegg var 28 andre land indikert som smittested for 8 eller færre smittede.. I uke 53 2020 var 78 (64 %) de utenlandsmittende tilfellene smittet i eget fødeland. I uke 1 2021 var 168 (74 %) smittet i eget fødeland.

Blant de 800 utenlandsmittende tilfellene som hadde data om herkomst var 460 (67 %) rapportert som innvandrere. Antall meldte tilfeller blant innvandrere har økt de siste ukene fra 27 (49 %) i uke 52, til 87 (77 %) i uke 53 og 147 (71 %) i uke 1. For 15 tilfeller i uke 53 (13 %) og 35 tilfeller i uke 1 (17 %) var herkomsten rapportert som arbeidsinnvandring. Vi gjør imidlertid oppmerksom på at disse opplysningene er fylt ut av meldende lege og det er ikke klart definert hva som ligger bak kodingen arbeidsinnvandring og om dette primært viser til gjestearbeidere på korttidsopphold i Norge. Av alle tilfellene meldt til MSIS, uavhengig av smitteland, har 88 % informasjon om herkomst, blant disse var ca. 2,9 % kodet som arbeidsinnvandrere.

Indikasjon for testing var kjent for 837 (97 %) av de 859 tilfeller rapportert som smittet i utlandet mellom uke 47 2020 og uke 1 2021. Antall tilfeller rapportert med 'grenseovergang' som indikasjon for testing har økt de siste ukene. I uke 53 og 1 var henholdsvis 65 og 99 tilfeller rapportert med denne indikasjonen, sammenlignet med mellom 15 – 28 i ukene 47 – 52. Det har vært en tilsvarende økning i uke 1 blant tilfeller hvor indikasjon for testing var utenlands arbeidstakere (66; sammenlignet med mellom 7 – 24 mellom ukene 47 – 53).

Tabell 1: Antall meldte tilfeller av covid-19 etter uke og smittested, 16. november 2020 – 10. januar 2021. Kilde: MSIS.

Uke og år	Smittested						
	Norge			Utlandet		Ukjent	Total
	Antall	Andel av alle med kjent smittested	Antall	Andel av alle med kjent smittested	Antall	Antall	
2020-47	2485	95 %	121	5 %	1047	3653	
2020-48	2007	95 %	106	5 %	811	2924	
2020-49	1617	96 %	73	4 %	833	2523	
2020-50	1477	95 %	76	5 %	1162	2715	
2020-51	1491	95 %	76	5 %	1371	2938	
2020-52	1592	96 %	58	4 %	1584	3234	
2020-53	1648	93 %	122	7 %	2081	3851	
2021-01	1300	85 %	227	15 %	3062	4589	

Data fra MSIS laboratoriedatabase fra enkelte teststasjoner ved grenseoverganger

Foreløpige data fra 11 teststasjoner ved grenseoverganger med egne/identifiserte rekvirentkoder (Eidskog, Halden, Karmøy, Kristiansand, Marker, Meråker, Sandefjord, Sola, Stjørdal, Trysil, Ullensaker) viser en ukentlig økning i antall personer testet samlet ved disse teststasjonene fra uke 50 til uke 01. Andel positive prøver blant de testede har vært < 1,2 % i alle ukene og høyest i uke 53 og 01. Det kan være forhold ved disse teststasjonene som skiller seg fra andre teststasjoner, slik at dataene ikke er representative for innreisescreeening i Norge totalt.

Det er to potensielle feilkilder som kan bidra til å underestimere antall testet ved disse teststasjonene.

- Enkelt teststasjoner kan ha benyttet andre rekvirentkoder enn det vi har fanget opp
- Det kan være manglende rapportering av antigen hurtigtester til MSIS laboratoriedatabase

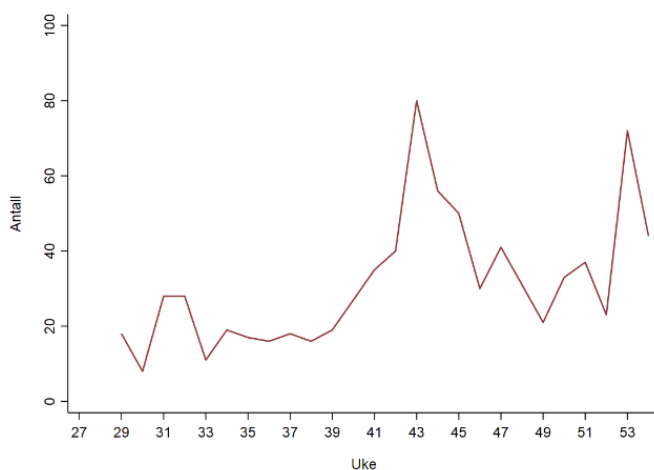
Tabell 2. Antall testet og antall og andel positive prøver fra 11 teststasjoner ved grenseoverganger, uke 50 – 01, kilde: MSIS laboratoriedatabase

Uke	Antall testet	Antall positive	Andel positive
2020-50	937	6	0,6
2020-51	1146	4	0,3
2020-52	1158	6	0,5
2020-53	2570	30	1,2
2021-01	12425	120	1,0

Antall smittesporinger i etterkant av reise med offentlig transport fra utlandet:

Smittesporinger knyttet til reise med offentlig transport utføres dersom personen som får påvist covid-19 har vært symptomatisk under reise eller inntil 48 timer etter avsluttet reise. Figurene under viser antall tilfeller meldt til Folkehelseinstituttet etter reise med offentlig transport fra utlandet per uke. Det var en topp i uke 43 og uke 53 med hhv 80 og 72 tilfeller.

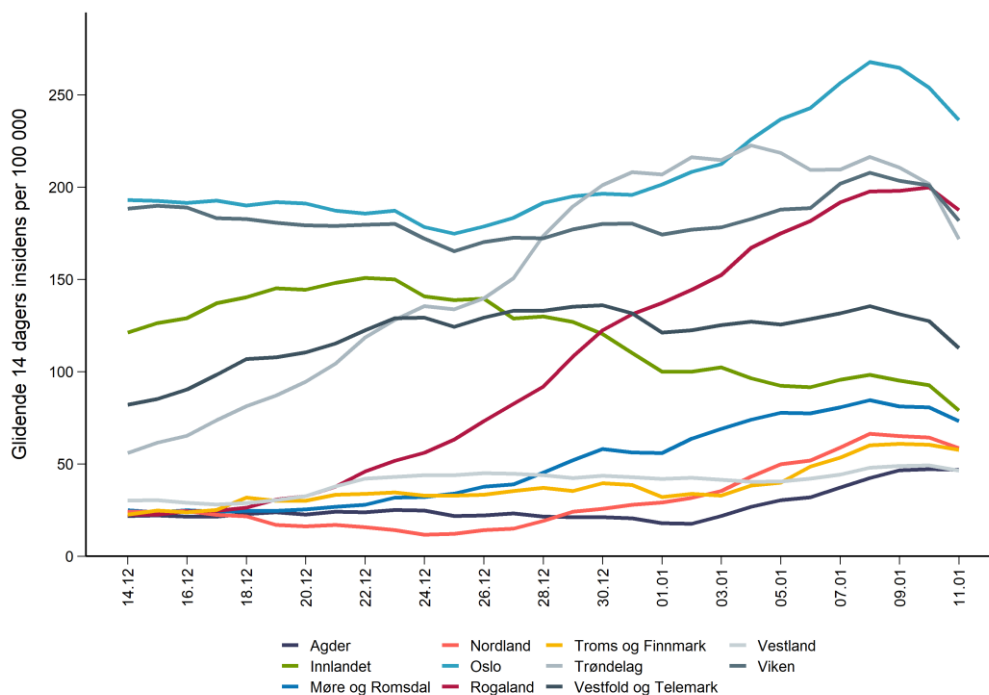
Figur 2. Antall personer med covid-19 meldt til Nasjonalt smittesporingsteam etter ankomst til Norge via offentlig transport (fly, buss, tog eller båt) og hvor personene var symptomatiske under reise eller fikk symptomer innen 48 timer etter reisen



Geografisk variasjon

Det har vært en økning i antall meldte tilfeller fra alle landets fylker siste uke unntatt Trøndelag og Innlandet. Oslo og Viken hadde lenge en betydelig høyere insidens enn øvrige fylker i landet. Nå er det flere fylker med tilsvarende nivå blant de som har høyest forekomst. For uke 1 var Oslo igjen fylket med høyest forekomst med 265 meldte tilfeller per 100 000 innbyggere for uke 53 og 1 samlet, men ytterligere tre fylker har 14-dagers insidens over 200; Trøndelag (205), Rogaland (202) og Viken (201). Agder har fortsatt lavest forekomst med 47 tilfeller per 100 000 innbyggere for uke 53 og 1 samlet.

Figuren under viser glidende 14 dagers insidens for de ulike fylkene de siste 4 uker fram til 12.01.2021.



Figur 3. Antall tilfeller per 100 000 innbygger per 14 dager etter fylke, uke 51-02.

I løpet av uke 1 gikk antall testede opp i alle fylker sammenlignet med uken før. Andelen positive blant de testede var høyest i Oslo (4,02 %), Viken (3,68 %) og Rogaland (2,94 %). I løpet av uke 1 økte antall meldte tilfeller i alle fylker med unntak av Innlandet og Trøndelag. Totalt 142 kommuner meldte ingen tilfeller i uke 1, og av de 214 som meldte tilfeller var det 104 som meldte færre enn 5 tilfeller. Det var dermed 110 kommuner som meldte om 5 eller flere tilfeller i uke 1.

Om lag 90 kommuner har fjortendagersinsidens over 50 per 100 000 innbyggere (og samtidig minst ti tilfeller). Om lag 200 kommuner har fjortendagersinsidens under 20 per 100 000.

Geografisk område	Antall nye tilfeller per 14 dager per 100 000 innbyggere		Andel positive blant de testede i gjennomsnitt siste to uker		Reproduksjons- tallet+		Antall nye innleggelses per 14 dager per 100 000 innbyggere		Andel kommuner med insidens 50 eller over per 100 000 og flere enn 10 tilfeller de siste 14 dager		
	Verdi	Nivå	Verdi	Nivå	Verdi	Nivå	Verdi	Nivå	Antall	Verdi	Nivå
Hele landet	140,3/100k	N2	2,8%	N3	1,4	N3	2,8/100k	N1	82/356	23,0%	N3
Oslo	236,2/100k	N3	4,2%	N3	1,2	N3	5,8/100k	N3	15/15	100,0%	N5
Rogaland	187,5/100k	N3	3,2%	N3	1,1	N3	3,1/100k	N1	12/23	52,2%	N5
Møre og Romsdal	73,1/100k	N2	1,9%	N1	1,2	N3	2,3/100k	N1	3/26	11,5%	N3
Nordland	58,4/100k	N2	1,7%	N1	1,0	N3	0,0/100k	N1	3/41	7,3%	N1
Viken	181,8/100k	N3	4,4%	N3	1,0	N3	3,9/100k	N1	30/51	58,8%	N5
Innlandet	78,9/100k	N2	2,4%	N3	1,0	N3	1,9/100k	N1	10/46	21,7%	N3
Vestfold og Telemark	112,8/100k	N2	2,7%	N3	1,1	N3	3,1/100k	N1	8/23	34,8%	N3
Agder	46,9/100k	N1	1,4%	N1	1,0	N3	0,0/100k	N1	1/25	4,0%	N1
Vestland	46,3/100k	N1	1,1%	N1	0,9	N1	0,9/100k	N1	2/43	4,7%	N1
Trøndelag	171,8/100k	N3	2,7%	N3	1,3	N3	2,3/100k	N1	10/38	26,3%	N3
Troms og Finnmark	57,5/100k	N2	1,8%	N1	1,0	N3	1,2/100k	N1	2/39	5,1%	N1

* Antall <= 10

+ Reproduksjonstallene ble sist oppdatert 2021-01-06

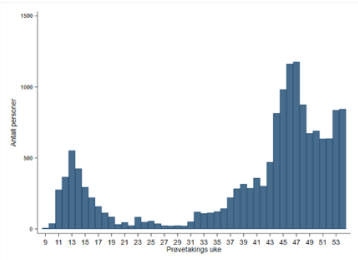
N1 = Risikonivå 1, N2 = Ruisikonivå 2, N3 = Risikonivå 3, N4 = Risikonivå 4, N5 = Risikonivå 5. For informasjon om risikonivå se tabell 5.

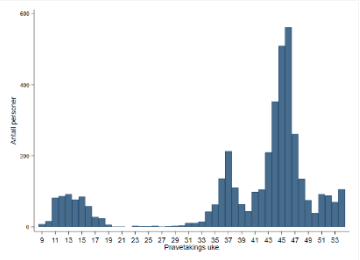
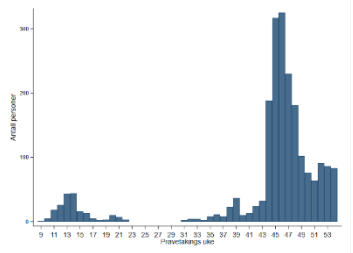
Situasjonen i store kommuner

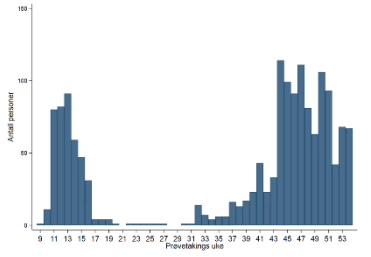
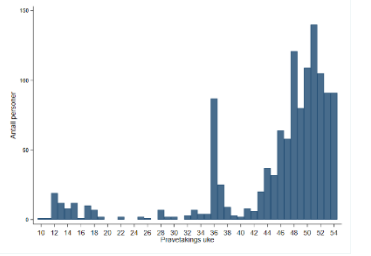
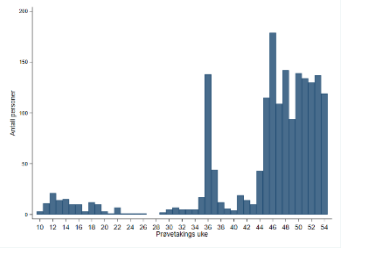
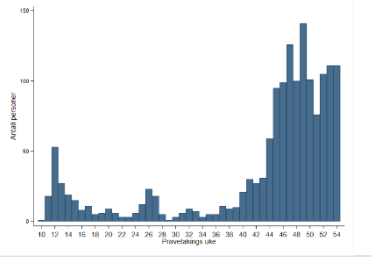
Flere folkerike kommuner har opplevd et vedvarende høyt antall tilfeller i lengre perioder. Mange av disse kommunene har hatt flere klynger eller utbrudd som måtte håndteres samtidig, i tillegg til smitte innad i husstander og smitte blant innreisende.

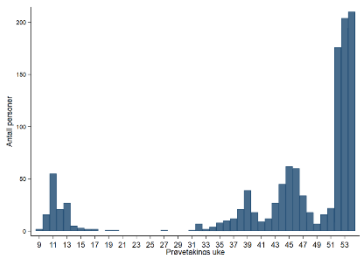
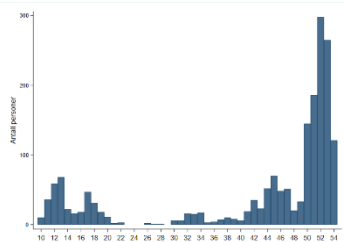
Tabellen under viser en oversikt over smittested og smittesituasjon over tid i ni av de største kommunene som har hatt vedvarende smitte eller større utbrudd. Tabellen beskriver også v den nåværende situasjonen og tiltak som er iverksatt.

Tabell 3. Oversikt over smittesituasjoner i 9 kommuner med vedvarende smitte eller større utbrudd, september 2020 – januar 2021

Kommune (Antall tilfeller av covid-19 rapportert per uke basert på prøvedato gjennom hele pandemiperioden)	Situasjon september – desember 2020	Nåværende situasjon (januar 2021)	Tiltak
<p>Oslo Totalt antall tilfeller gjennom hele pandemiperioden: 15178 Totalt antall tilfeller gjennom uke 50-uke 1: 3641</p> 	<p>Oslo har hatt en gradvis økning av tilfeller siden 1. august og deretter en utflating på et høyere nivå med 30-35 nye tilfeller per dag. Fra uke 43 var det en rask økning med topp i uke 47 (over 1000 tilfeller). Fra uke 49 til uke 52 har det vært et stabilt høyt antall tilfeller rapportert, men ny økning i uke 53 og uke 1.</p> <p>Mye av smitten gjennom høsten kan knyttes til smitte i mindre grupper og enkelte utbrudd som kommunen og bydelene håndterer. I tillegg har det vært rapportert om utbrudd knyttet til skoler, helseinstitusjoner, arbeidsplasser, sosiale arrangementer og samlinger, og private husstander. Det er</p>	<p>Oslo hadde en betydelig økning i antall tilfeller i uke 53 sammenliknet med de siste fem ukene. De foreløpige tallene fra uke 1 viser også en økning sammenliknet med uke 53.</p> <p>Utbrudd og enkelthendelser meldes først og fremst fra private husstander, arbeidsplasser, skoler og helseinstitusjoner.</p>	<p>Oslo har hatt flere tiltak på tiltaksnivå 4 over en lengre periode. Byrådet fastsatte 7. januar 2021 ny forskrift om forebygging av koronasmitte, gjeldende frem til og med 21. januar.</p> <p>Tiltak i Oslo</p>

Kommune (Antall tilfeller av covid-19 rapportert per uke basert på prøvedato gjennom hele pandemiperioden)	Situasjon september – desember 2020	Nåværende situasjon (januar 2021)	Tiltak
	<p>rapportert smitteutbrudd i ulike innvandremiljøer.</p> <p>Forekomsten har vært høy over lengre tid i flere bydeler (Alna, Stover).</p>		
<p>Bergen</p> <p>Totalt antall tilfeller gjennom hele pandemiperioden: 4001</p> <p>Totalt antall tilfeller gjennom uke 50-uke 1: 395</p> 	<p>Bergen kommune hadde et utbrudd knyttet til sosiale arrangementer for studenter (fadderuke) ved flere av byens utdanningsinstitusjoner som begynte i uke 34 og avtok fra uke 37. Fra uke 41 begynte et nytt større utbrudd med topp i uke 46 (nesten 600 tilfeller). De fleste tilfellene som ble meldt var i forbindelse med private sammenkomster, blant studenter og personer som hadde vært ute på utesteder, samt i ulike innvandremiljøer. Mange tilfeller var kjente nærkontakter. Flere utbrudd var også rapportert fra skoler og helseinstitusjoner.</p> <p>Bergen har hatt et vedvarende lavt og stabilt antall tilfeller per uke de siste fem uker med en svak økning i uke 1.</p>	<p>Det har vært en svak økning i uke 1 i Bergen kommune, delvis knyttet testing ved adkomst på Flesland. Et utbrudd tilknyttet Haukeland sykehus er rapportert.</p>	<p>Fra mandag 21. desember opphevde Bergen lokal smittevernforskrift og følger nå nasjonale tiltak. Tiltak i Bergen</p>
<p>Drammen</p> <p>Totalt antall tilfeller gjennom hele pandemiperioden: 2117</p> <p>Totalt antall tilfeller gjennom uke 50-uke 1: 400</p> 	<p>I Drammen kommune var det et lavt antall tilfeller rapportert ukentlig fram til uke 44. Fra uke 44 var det en stor økning i antall tilfeller med en topp i uke 46 (over 300 tilfeller). Fra uke 49 til og med uke 1 har det vært i underkant av 100 tilfeller rapportert ukentlig. I slutten av oktober meldte Drammen en økning i antall utbrudd/klynger som måtte håndteres samtidig. Flere av de lokale utbruddene var koblet til import, og videre smitte i husholdning og deretter til skoler og barnehager. Flere utbrudd knyttet til private sammenkomster og helseinstitusjoner er rapportert.</p>	<p>Drammen kommune har hatt en stabil forekomst over de siste seks ukene.</p> <p>I uke 50 ble det oppdaget et større utbrudd ved et sykehjem som også omfattet nye tilfeller i uke 1 (totalt over 70 tilfeller) og 16 dødsfall totalt.</p> <p>I tillegg er et større utbrudd varslet fra Drammen sykehus (16 ansatte og 11 pasienter er hittil påvist smittet, og over 80 personer er i karantene).</p>	<p>Drammen har tiltak på plass tilsvarende tiltaksnivå 4. Formannskapet fastsatte 18. desember ny forskrift om forebygging av koronasmitte, gjeldende inntil videre (erstatte forskrift vedtatt av formannskapet 1. desember 2020) Tiltak i Drammen</p>
<p>Bærum</p> <ul style="list-style-type: none"> Totalt antall tilfeller gjennom hele pandemiperioden: 1563 Totalt antall tilfeller gjennom uke 50- uke 1: 376 	<p>Bærum kommune har hatt et stabilt høyt antall tilfeller rapportert ukentlig side slutten av oktober.</p>	<p>Bærum rapporterte to større utbrudd i uke 1 tilknyttet private fester og private husstander i et innvandremiljø.</p>	<p>Bærum har tiltak på plass tilsvarende tiltaksnivå 4. Lokal forskrift ble behandlet på nytt i Formannskapet 18. desember, og gjelder fra 18. desember og inntil videre. Tiltak i Bærum</p>

Kommune (Antall tilfeller av covid-19 rapportert per uke basert på prøvedato gjennom hele pandemiperioden)	Situasjon september – desember 2020	Nåværende situasjon (januar 2021)	Tiltak
			
<p>Sarpsborg Totalt antall tilfeller gjennom hele pandemiperioden: 1195 Totalt antall tilfeller gjennom uke 50-uke 1: 536</p> 	<p>I Sarpsborg kommune har det vært et lavt nivå av smitte fram til uke 36 når et stort utbrudd knyttet til en religiøs samling ble rapportert. Det har vært en gradvis økning i antall tilfeller rapportert fra uke 43 med topp i uke 51. Siden uke 52 har det vært et vedvarende høyt antall tilfeller rapportert ukentlig (nesten 100). Det har vært flere større utbrudd knyttet til religiøse menigheter, arbeidsplasser, helseinstitusjoner, private sammenkomster og innvandremiljøer i løpet av høsten.</p>	<p>Et større utbrudd tilknyttet elite hockey er rapportert fra både Sarpsborg og Fredrikstad i uke 1.</p>	<p>Sarpsborg har tiltak på plass tilsvarende tiltaksnivå 4. Lokal forskrift ble behandlet på nytt i Formannskapet 6. desember, og er gjeldende inntil 21. januar. Tiltak i Sarpsborg</p>
<p>Fredrikstad Totalt antall tilfeller gjennom hele pandemiperioden: 1758 Totalt antall tilfeller gjennom uke 50-uke 1: 659</p> 	<p>I Fredrikstad kommune har det vært et lavt nivå av smitte fram til uke 36 når et stort utbrudd knyttet til en religiøs samling ble rapportert. Det har vært en betydelig økning i antall tilfeller rapportert fra uke 44 med topp i uke 46. Det har vært et stabilt høyt antall tilfeller rapportert ukentlig fra uke 50 (nesten 150 tilfeller). Det har vært flere større utbrudd knyttet til religiøse menigheter, arbeidsplasser, helseinstitusjoner, private sammenkomster og innvandremiljøer i løpet av høsten.</p>	<p>Et større utbrudd tilknyttet elite hockey er rapportert fra både Sarpsborg og Fredrikstad i uke 1.</p>	<p>Fredrikstad har tiltak på plass tilsvarende tiltaksnivå 4. Vedtatt lokal forskrift for Fredrikstad for perioden 08.01.2021 - 21.01.2021 Tiltak i Fredrikstad</p>
<p>Lillestrøm Totalt antall tilfeller gjennom hele pandemiperioden: 1550 Totalt antall tilfeller gjennom uke 50-uke 1: 504</p> 	<p>Lillestrøm kommune hadde en økning i antall tilfeller rapportert fra uke 40. Det har vært et vedvarende høyt antall tilfeller rapportert ukentlig siden uke 45, med topp i uke 49 (nesten 150 tilfeller). Flere utbrudd tilknyttet skoler, arbeidsplasser, helseinstitusjoner og private sammenkomster har vært rapportert fra Lillestrøm kommune.</p>	<p>Lillestrøm kommune har varslet et utbrudd tilknyttet et sykehjem i uke 1. Kommunen har hatt et svakt økende antall smittede de siste ukene.</p>	<p>Lillestrøm har tiltak på plass tilsvarende tiltaksnivå 4. Forskrift om forebygging av koronasmitte i Lillestrøm kommune ble vedtatt av formannskapet i Lillestrøm kommune 06.01.21 og gjelder inntil videre. Tiltak i Lillestrøm</p>

Kommune (Antall tilfeller av covid-19 rapportert per uke basert på prøvedato gjennom hele pandemiperioden)	Situasjon september – desember 2020	Nåværende situasjon (januar 2021)	Tiltak
<p>Stavanger</p> <ul style="list-style-type: none"> Totalt antall tilfeller gjennom hele pandemiperioden: 1160 Totalt antall tilfeller gjennom uke 50- uke 1: 628 	<p>Stavanger kommune har hatt et lavt antall tilfeller rapportert fram til begynnelsen av november når flere utbrudd tilknyttet arbeidsplasser og private sammenkomster ble rapportert. Fra uke 52 har det vært en kraftig økning, med utbrudd knyttet til arbeidsplasser, blant annet taxi sjåførere, innvandremiljøer, helseinstitusjoner og private sammenkomster.</p>	<p>I Stavanger kommune er utbrudd knyttet til sykehuset og hjemmetjenesten rapportert i uke 1.</p>	<p>Stavanger har tiltak på plass tilsvarende tiltaksnivå 4. Vedtatte råd og regler for Nord-Jæren til og med 18. januar 2021 Tiltak i Stavanger</p>
<p>Trondheim</p> <p>Totalt antall tilfeller gjennom hele pandemiperioden: 1809</p> <p>Totalt antall tilfeller gjennom uke 1: 1015</p> 	<p>Trondheim kommune har hatt et lavt nivå av smitte fram til uke 44 når et utbrudd hovedsakelig tilknyttet utesteder ble rapportert. I uke 50 ble det rapportert en stor økning i antall tilfeller knyttet til utbrudd arbeidsplasser, helseinstitusjoner, utesteder, private sammenkomster og innvandremiljøer. Det har vært en nedgang i antall tilfeller rapportert fra uke 53.</p>	<p>Trondheim kommune har hatt et høyt antall tilfeller rapportert i desember, men lavere tall den siste uken. Ingen større utbrudd er rapportert fra Trondheim i uke 1.</p>	<p>Trondheim har tiltak på plass tilsvarende tiltaksnivå 4. Formannskapet i Trondheim vedtok tirsdag 5. januar en ny koronaforskrift. Tiltak i Trondheim</p>

3. Viktige erfaringer med håndteringen så langt

Vi oppsummerer her noen erfaringer med håndteringen så langt, basert på blant annet løpende arbeid sammen med kommunene.

Nasjonale eller lokale tiltak?

Regjeringens mål er at epidemien skal holdes under kontroll slik at sykdomsbyrden forblir lav og antall pasienter er håndterbart for helse- og omsorgstjenesten selv om antall syke periodevis kan øke og variere mellom geografiske områder².

Ett av regjeringens strategiske prinsipper er at responsen skal være målrettet og samordnet. Den skal bestå av et sett med nasjonale, grunnleggende tiltak, men med tillegg av kommunale eller regionale tiltak, når det er nødvendig for å beholde kontrollen med epidemien lokalt. Justering av nasjonale tiltak kan være nødvendig.

Et annet prinsipp er at responsen skal være balansert, altså bestå av tiltak som gir ønsket effekt på smittespredningen, men med minst mulig negative virkninger. Smitteverntiltakene må stå i forhold til smittepresset, både i styrke og omfang, og de enkleste tiltakene med få negative konsekvenser beholdes lengst.

Generelt har kommunene håndtert smittesituasjonen godt på lokalt nivå, og kommunene har så langt slått ned over 300 større og mindre utbrudd i tråd med Kommunelegehåndboka. Som omtalt over, er det likevel enkelte større kommuner som har hatt vedvarende høyt smittetrykk der selv strenge kontaktreduserende tiltak ikke har vært tilstrekkelig til å få ned smitteforekomsten.

Kommuner i samme område har innført ganske ulike tiltak, og samordningen mellom kommuner i samme fylke eller bo- og arbeidsmarkedsregion har noen ganger vært utilstrekkelig. Tiltakene har vært uforutsigbare. Det har også vært eksempler på at folk har flyttet sine aktiviteter fra kommuner med restriksjoner til nabokommuner uten restriksjoner. Regjeringen har derfor med den nye beredskapsplanen³ innført et system der statlig veiledning kombineres med lokal vurdering og håndtering og regional samordning. Det nye systemet er fortsatt ikke kommet helt på plass, men er i ferd med å bli tatt i bruk. Det blir viktig framover å fortløpende vurdere og justere systemet der det er behov.

Kommuner melder at systemet med tiltaksnivåer fungerer bra for å trappe opp tiltak, men at det er vanskeligere å trappe ned når situasjonen er bedret i kommunen. Dels er kommunene redde for å trappe ned for tidlig, og dels oppleves det vanskelig å trappe ned når signalene fra nasjonalt hold er at det går verre med epidemien.

Etterlevelse

For at smitteverntiltakene skal ha effekt er etterlevelse helt sentralt. Pandemien har nå vart i over et år og vi er bekymret for at folk begynner å bli slitne av tiltak.

² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/langsiktig-strategi-for-handteringen-av-covid-19-pandemien/id2791715/>

³ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/beredskapsplan-for-smitteverntiltak-under-covid-19-pandemien/id2791719/>

Helsedirektoratets ukentlige befolkningsundersøkelser viser at befolkningen har en stabilt høy tillit til helsemyndighetenes håndtering, til de råd og tiltak som gis og den selvrapporterte etterlevelsen er fortsatt stabilt høy for alle de grunnleggende smitteverntiltakene. Det kan virke som om det er en viktigere drivkraft å unngå å smitte andre (67 prosent) enn engstelsen for selv bli smittet (33 prosent).

Det er rådene om arrangementer og om arbeidslivet som ser ut til ikke å nå helt frem, mens råd om karantene, testing og munnbind oppgis å være tydelige for over 7 av 10⁴.

Denne undersøkelsen fanger med andre ord ikke opp en stor mangel på etterlevelse. En svakhet ved undersøkelsen kan være at undersøkelsen kun gjennomføres på norsk, og at den viser det respondentene forteller, ikke nødvendigvis hva de gjør.

Flere kommuner opplever at befolkningen har økende kunnskap om rådene, men at etterlevelsen er fortsatt en utfordring. Det er flere eksempler hvor personer går med symptomer over lengre tid før de tester seg, noe som kompliserer smittesporingsarbeid. Dette er delvis fordi ikke alle anser lette symptomer som forenlig med covid-19.

I tillegg har mangel på sykepenger ved fravær påvirket etterlevelse av karantene og isolasjon. Dette er særlig relevant for selvstendig næringsdrivende, som taxisjåfører.

Testing, isolering, smittesporing og karantene samt kontaktreducerende tiltak

Testing og smittesporing er de viktigste tiltakene for å stoppe utbrudd. Mange kommuner har god erfaring med å kontrollere enkelte utbrudd. Flere kommuner har erfart at utbredt testing rundt utbrudd i en tidlig fase, sammen med intensivert smittesporing og karantene har vært viktig i å redusere smitte videre ut til andre deler i befolkningen. Det har vært flere eksempler på dette fra ulike arbeidsplasser, utesteder, studentmiljøer eller spesielle grupper eller miljøer. I mindre kommuner ser vi at disse tiltakene stort sett fungerer bra for å stoppe utbrudd som er begrenset til spesifikke miljøer og som har mer oversiktlige smitteveier.

Det er avgjørende at kommunene planlegger for raskt å kunne oppskalere kapasitet til testing og smittesporing ved behov, evt. se på muligheter for å be om bistand fra andre kommuner eller andre. Lokalkunnskap er ofte avgjørende for å kunne identifisere og håndtere utbrudd med målrettede tiltak.

I større kommuner med flere innbyggere, flere kontaktpunkter og flere nærkontakter som må følges opp samtidig, kan kapasitet for testing og smittesporing bli overbelastet slik at mer generelle kontaktreducerende tiltak er nødvendig. Blir antallet tilfeller for høyt, kan det være utfordrende å drive god smittesporing, og da risikerer man å miste oversikten og komme inn i en negativ spiral.

Lav-terskel tilbud (drop-in eller mobile teststasjoner) og nærheten til testsentre kan være et insentiv for testing. I kommuner med strenge tiltak på plass har smittesporing blitt enklere fordi tilfellene har færre kontakter og bedre oversikt over nærkontakter som registrerer seg på offentlige steder (utesteder, treningssentre, taxi kunder, osv).

⁴ Helsedirektoratets befolkningsundersøkelse uke 1 2021.

Flere kommuner opplever fortsatt språklige, kulturelle og sosioøkonomiske barrierer som hindrer for effektiv smittesporing, særlig i innvandremiljøer.

Mer om teststrategien er beskrevet ulike besvarelser, senest i besvarelse til oppdrag 251, samt utarbeidede råd for utvidelse av testkapasitet som besvares i oppdrag 282.

Erfaringer med karantene er bredere omtalt nedenfor i kapittel 5, 6 og 7 samt i vedlegg 3 .

Smittevernet i helseinstitusjoner

Tiltak i helsetjenesten vil avhenge av lokal smitterisiko. Forsterkede smittevernråd er beskrevet på FHI sine hjemmesider for alle deler av helsetjenesten. Økt smitterisiko i lokalsamfunnet medfører en økt risiko for å få smitte inn i helseinstitusjoner og det er i perioden etter jul varslet flere utbrudd i helsetjenesten. De fleste varslede utbrudd er fra sykehjem. Utbrudd i sykehjem har ofte vist seg vanskelig å begrense og har medført alvorlige konsekvenser som dødsfall. Utbrudd i hjemmetjenesten har også vært utfordrende i enkelte kommuner. Utbrudd i andre deler av helsetjenesten rapporteres sjeldent.

Vaksinering på sykehjem er godt i gang både av beboere og helsepersonell. Sykehjemsbeboere og andre personer i risikogruppen som mottar helsetjenester vil være ferdigvaksinert i den nærmeste tiden, og vil da kunne leve mindre tilbaketrukkent. Inntil da anbefales forsterkede tiltak i sykehjem og hjemmetjenesten i kommuner med økt smitterisiko.

I kommuner med lav smitterisiko bør råd beskrevet for sykehjem og for helse- og omsorgstjenester i private boliger og hjem i koronaveilederen følges. Ledelsen og smittevernpersonell i spesialisthelsetjenesten bør fortsatt gjøre fortløpende vurderinger om smitterisiko og vurderer tiltak i tråd med dette. For alle deler av helsetjenesten er fokus på de basale smittevernrutiner viktig, inkludert gjentagende opplæring av alle ansatte inkludert vikarer.

4. Forslag til endringer i kontaktreduserende tiltak

Ethvert omfattende og inngripende tiltak må hele tiden vurderes opp mot tiltaksbyrden og avvikles når det ikke lenger er forholdsmessig. Flere av tiltakene innført 3.-5. januar bør vurderes på nytt nå.

Forslag til endringer i nasjonale råd om kontaktreduserende tiltak

Vi lister her de gjeldende tiltakene og gir våre vurderinger av og anbefalinger om dem. Når vi for noen tiltak foreslår lettelsener i de *nasjonale* rådene, mener vi samtidig at de samme tiltakene bør vurderes videreført *lokalt* for en del kommuner i tråd med systemet for tiltaksvurdering, jf. Kommunelegehåndboka⁵. Vi anbefaler at tiltakene her skal være anbefalinger til befolkningen og i utgangspunktet ikke pålegg som forskrifter i kommuner.

Gjeldende råd for alle i hele landet	Vurdering og anbefaling
Sosial kontakt	
<p>Unngå å ha gjester i hjemmet. Vent 14 dager med private besøk. Unntak for nødvendige hjemmetjenester og besøk hos personer som er i livets siste fase. Aleneboende kan ha besøk eller gå på besøk med en til to faste venner eller til en fast husstand. Barn i barnehager og barneskoler kan ha besøk fra egen kohort. (Tilsvarende tiltaksnivå 5)</p>	<p>Dette er et tiltak som antas å ha god effekt for å redusere smitte i private husstander, men det er tiltak som er inngripende i privatlivet.</p> <p>Vi anbefaler at man endrer de nasjonale rådene til tiltak som tilsvarer tiltaksnivå 3. Det betyr at alle i de kommende ukene i størst mulig grad bør begrense kontakt med andre mennesker. Man kan ha inntil 5 gjester i tillegg til husstandsmedlemmer. Totalt antall kontakter gjennom en uke bør begrenses ut over nødvendige kontakter i jobbsammenheng, husstandsmedlemmer og barnehage- og skolekohorter. Treff bør fortrinnsvis foregå utendørs.</p> <p>I tillegg bør det gjøres lokale vurderinger ut fra kriteriene beskrevet i Håndbok for kommuneleger⁶ basert på den lokale smittesituasjonen og kapasitet. (Vi vil oppdatere håndboka for kommuneleger slik at råd om å unngå gjester i husstanden er et råd som bør vurderes lokalt på tiltaksnivå 4)</p> <p>Personer i risikogrupperne bør leve tilbaketrukket eller skjermet basert på lokal vurdering av smittesituasjonen. Vi vurderer nye råd om skjerming for egenbeskyttelse for vaksinerte sykehjemsbeboere og eldre.</p>
Reiser	
<p>Unngå alle unødvendige reiser i inn- og utland. Hytteopphold med personer fra samme husstand frarådes fortsatt ikke, innenfor de lokale og nasjonale rådene og reglene som gjelder. (Tilsvarende tiltaksnivå 4)</p>	<p>Vi anbefaler å videreføre rådet om å unngå unødvendige reiser innenlands siden det er store geografiske variasjoner i smittesituasjonen. Reise til studiested må kunne regnes som nødvendig reise. Vi anbefaler også at reiser til cuper, stevner, andre fritidsaktiviteter og andre arrangementer som samler personer fra flere kommuner unngås. Tur til hytte er unntatt, og kan fortsatt gjennomføres forutsatt at andre smitteverntiltak (antallsbegrensning, begrense sosiale kontakter osv.) overholdes</p>

⁵ <https://www.fhi.no/nettpub/overvaking-vurdering-og-handtering-av-covid-19-epidemien-i-kommunen/>

⁶ <https://www.fhi.no/nettpub/overvaking-vurdering-og-handtering-av-covid-19-epidemien-i-kommunen/>

Gjeldende råd for alle i hele landet	Vurdering og anbefaling
Skoler og utdanning	
All undervisning og alle planlagte arrangementer ved universiteter, høyskoler og fagskoler blir digitale frem til 18. januar. <i>(Tilsvaret tiltaksnivå 4)</i>	Vi anbefaler tiltak på tiltaksnivå 3, altså at man har økt andel digital undervisning og unngår større forelesninger og sammenkomster*. Eventuell digital undervisning som hovedregel bør vurderes lokalt ut fra kriteriene beskrevet i Håndbok for kommuneleger basert på den lokale smittesituasjonen og smittesporingskapasitet.
Alle landets videregående skoler og ungdomsskoler går over til rødt nivå, <i>(Tilsvaret mellomting mellom tiltaksnivå 4 og 5)</i>	Vi anbefaler tiltak på tiltaksnivå 3, altså gult nivå i skolene. Tiltaksbyrden for barn og unge skal holdes lavest mulig, og rødt nivå bør kun vurderes lokalt ut fra kriteriene beskrevet i Håndbok for kommuneleger basert på den lokale smittesituasjonen og smittesporingskapasitet. Vi vurderer at rødt nivå er mindre forholdsmessig på ungdomsskolen enn på videregående skole.
Det gis ikke nasjonale føringer for nedstengning av folkehøgskolene eller bibelskolene. Folkehøgskolene følger anbefalinger og retningslinjer fra lokale helsemyndigheter.	Folkehøgskolene har anbefalinger om å følge veileder for videregående skoler, og vurderinger kan gjøres lokalt som beskrevet over. Bibelskolene kan vurderes på samme måte.
Arbeidsplasser	
Hjemmekontor for alle som har mulighet til dette. <i>(Tilsvaret tiltaksnivå 3)</i>	Vi anbefaler å opprettholde tiltaksnivå 3: Hjemmekontor som hovedregel der det er forsvarlig og ikke går utover kvaliteten på nødvendige tjenester.
Butikker	
Alle kjøpesentre og butikker bør innføre antallsbegrensninger slik at det er mulig å holde avstand samt ha adgangskontroll. Regjeringen vil i løpet av de nærmeste dagene vurdere om det skal forskriftsfestes antallsbegrensninger og adgangskontroll. <i>(Per nå ikke beskrevet i tiltakstabellen)</i>	Videreføres og utvikles, jf. vårt svar til oppdrag 283. Det bør vurderes å forskriftsfeste smittevernforvarlig drift, og virksomhetene må da følge relevante veiledere for smittevern. Det er aktuelt å skrive inn i tiltakstabellen for de ulike risikonivåene i Håndbok for kommuneleger.
Idrett og kultur	
Alle organiserte fritidsaktiviteter, idrettsaktiviteter, kulturarrangementer og livssynssamlinger innendørs, anbefales utsatt til etter 18. januar. Dette gjelder også alle aktiviteter innendørs som samler barn og unge på tvers av klasser/ kohorter <i>(Tilsvaret tiltaksnivå 4)</i> Utendørs aktiviteter kan gjennomføres dersom det er mulig å holde god avstand.	Vi anbefaler tiltak på tiltaksnivå 3, altså redusere antall gjester, evt. kun tillate individuell trening på treningsentre og i svømmehaller. (Det kan opprettholdes svømmetrening for barn og unge, opprettholde rehabilitering- og behandlingstilbud for voksne og barn). Vi anbefaler også at cuper, stevner, andre fritidsaktiviteter og andre arrangementer som samler personer fra flere kommuner unngås (se også under reiser). Merk at reglene for arrangementer (se nedenfor) også angår idrett og kultur.

Gjeldende råd for alle i hele landet	Vurdering og anbefaling
	<p>I Idrettsveilederen er det per i dag anbefalt at antall utøvere per treningsgruppe (i breddeidretten) begrenses til 20 personer (kan utvides i enkelte lagidretter). For en periode fremover bør idrettslagene vurdere å redusere denne gruppestørrelsen ved trening for voksne. 1-metersregelen må overholdes i alle situasjoner.</p> <p>Barn og unge bør fremdeles unntas anbefalingen om 1 meters avstand ved trening der dette er til hinder for normal utøvelse.</p> <p>Ellers bør tiltak vurderes lokalt ut fra kriteriene beskrevet i Håndbok for kommuneleger basert på den lokale smittesituasjonen og kapasitet. Tiltakene for organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge bør sees i sammenheng med tiltaksnivået i barnehager og skoler.</p>
<p>Toppidretten og kulturutøvere som har et særskilt unntak med egen regulering, omfattes ikke</p>	<p>Se også eget oppdrag 286 om internasjonale idrettsarrangementer vinter/vår 2021 som ble besvart av Hdir i samarbeid med FHI tirsdag 12.1.</p> <p>Flere toppidretts- og kulturutøvere lever mer skjermet/med strengere smitteverntiltak enn andre. Det vil også være ulik smitterisiko forbundet med ulike idretter, avhengig av om de gjennomføres utendørs-/innendørs, er kontaktidretter eller ikke og om de er lagidretter/individuelle idretter. Til tross for strenge smittevernprotokoller i mange av idrettene har det vist seg vanskelig å begrense smitte (jf. flere utbrudd knyttet til elitelag i ishockey, håndball og fotball), men det er usikkert om det har spredd seg i noen særlig grad til andre enn dem selv og støtteapparatet. Det er sannsynlig at noe lekkasje av smitte til samfunnet ellers vil skje.</p> <p>Vi anbefaler at antallet som har unntak begrenses, og at man gjennomgår hvor mange som nå omfattes av unntaket som gjelder toppidrett for å redusere totaltallet. Per i dag er det rundt 10 000 personer som er definert som toppidrettsutøvere. I tillegg kommer støtteapparatet. Ved arrangementer/konkurranser er også et betydelig antall arrangører og frivillige involvert.</p> <p>Det anbefales å innføre strengere tiltak for toppidrettsarrangementer enn for trening, da de medfører større samlinger, reiser, større kontaktflate (støtteapparat, motspillere etc.) og dermed større risiko for spredning. Det vil være aktuelt å utsette toppidrettsarrangementer i en periode, ev. med enkelte unntak.</p> <p>Kulturarrangementer og livssynssamlinger: bør følge gjeldende arrangementsregler.</p>

** FHI mener at et redusert tilbud til barnehager og skoler har alvorlige konsekvenser for barn og unge. Tiltakene for barn og unge skal være så lave som mulig av hensyn til deres læring og psykiske helse. I kommuner med lavt smittenivå er rødt nivå*

for ungdomsskoler og videregående skoler neppe forholdsmessig, jf. Kommunelegehåndboka og rapporten til Bufdirs ekspertgruppe⁷.

Forslag til endringer i nasjonale regler om kontaktreduserende tiltak

Vi lister her de gjeldende tiltakene og gir våre vurderinger av og anbefalinger om dem. Når vi for noen tiltak foreslår lettelse i de *nasjonale* reglene, mener vi samtidig at de samme tiltakene bør vurderes *lokalt* for en del kommuner i tråd med systemet for tiltaksvurdering, jf. Kommunelegehåndboka⁸.

Gjeldende regler for hele landet	Vurdering og anbefaling
Private sammenkomster og arrangementer	
Maksimalt fem personer på private sammenkomster utenfor eget hjem, som for eksempel en bursdag i leid lokale. Hvis man er flere enn fem i samme husstand, kan selvfølgelig alle i husstanden møtes. (Tilsvarende tiltaksnivå mellom 4 og 5)	Vi anbefaler tiltak på tiltaksnivå 4: Innendørs: Inntil 10 personer Utendørs: Inntil 20 personer Ellers må det vurderes lokalt ut fra kriteriene beskrevet i Håndbok for kommuneleger basert på den lokale smittesituasjonen og kapasitet.
Maksimalt ti personer på innendørs idrettsarrangement, kulturarrangement, seminarer, livssynssamlinger, seremonier mv., likevel 200 personer hvor alle i publikum sitter i fastmonterte seter. I begravelser kan det være opp mot 50 personer, selv om setene ikke er fastmontert. (Tiltaksnivå 4)	Vi anbefaler at regelen videreføres litt lenger i og med at det har vært en del utbrudd knyttet til arrangementer. Vi besvarer et separat oppdrag om begravelser/bisettelser. Det er behov for å revurdere bruken av begrepet fastmonterte seter i forbindelse med antallsbestemmelsene i covid-19-forskriften. Ellers må det vurderes lokalt ut fra kriteriene beskrevet i Håndbok for kommuneleger basert på den lokale smittesituasjonen og kapasitet.
Maks 200 personer på arrangementer utendørs, likevel 600 personer hvor alle i publikum sitter i fastmonterte seter. (Tiltaksnivå 3)	Vi anbefaler at regelen opprettholdes litt lenger. Ellers må det vurderes lokalt ut fra kriteriene beskrevet i Håndbok for kommuneleger basert på den lokale smittesituasjonen og kapasitet.
Uteliv og serveringssteder	
Det innføres nasjonalt forbud mot skjenking av alkohol på serveringssteder og arrangementer. (Tiltaksnivå 4)	Vi anbefaler tiltak på tiltaksnivå 3. Dvs tidligere skjenkestopp for å redusere risiko knyttet til utelivet (for eksempel samtidig med stans i innslipp klokken 22.00). Videre påbud om å ha et system for registrering av gjester for skjenkesteder. Redusere antall gjester, spesielt innendørs. Tiltaket må fortsatt vurderes lokalt ut fra kriteriene beskrevet i Håndbok for kommuneleger basert på den lokale smittesituasjonen og kapasitet.

⁷ <https://www.udir.no/kvalitet-og-kompetanse/sikkerhet-og-beredskap/informasjon-om-koronaviruset/ekspertgruppens-rapport-konsevenser-av-smitteverntiltak-i-barnehager-og-skoler/>

⁸ <https://www.fhi.no/nettpub/overvaking-vurdering-og-handtering-av-covid-19-epidemien-i-kommunen/>

Kirkevandring	
De særlige reglene for kirkevandringer oppheves straks, i stedet for fra 15. januar. (Nytt)	Følge gjeldende arrangementsregler.
Nye tiltak i kommuner og regioner med mye smitte	
Regjeringen legger til flere tiltak som kommuner og regioner med stort smittetrykk bør vurdere å innføre.	Disse tiltakene bør vurderes ut fra kriteriene beskrevet i Håndbok for kommuneleger basert på den lokale smittesituasjonen og kapasitet
om barneskoler og barnehager skal følge veilederen for "rødt nivå".	Som over
påbud om bruk av munnbind på offentlig sted der det ikke er mulig å holde avstand på minimum en meter.	Som over
påbud om hjemmekontor i den utstrekning dette er mulig.	Som over
påbud om stengning av driften av treningsentre, bingo -og svømmehaller.	Som over

5. Vurdering av karanteneordningene

Vi peker her på noen utfordringer med etterlevelse av karantene og peker på noen mulige forbedringer.

Utfordringer med etterlevelse av karantene

Karantene er et av få effektive tiltak for å hindre spredning av SARS-CoV-2 fra personer som er smittsomme før de selv har merket symptomer. Samtidig er det inngripende og kostbart. Vi erfarer også at kommunene har en tendens til å tolke "nærkontakt" ganske vidt i skolene slik at veldig mange havner i karantene.

Det finnes ingen samlet oversikt over hvordan karantene brukes i Norge, inkludert hvor mange som settes i karantene etter innreise og ved utbrudd og hvor mange i karantene som utvikler sykdom. Det mangler fremdeles kunnskap om etterlevelse av karantene. En norsk studie⁹ har vist at mange bryter karanteneplikten, noe som medfører at karantene mister en del av sitt smittereduserende potensial.

Vi tror at de følgende faktorene særlig påvirker etterlevelse av karantene:

1. Varighet av karantenen

Å være nesten avsondret fra verden i 10 dager kan være en belastning, særlig for grupper som fra før er utsatt, og særlig hvis det gjentar seg flere ganger. Kortere tid i karantene med testmulighet vil sannsynligvis øke etterlevelsen. Slike erfaringer er blant annet rapportert fra Island. Islandske helsemyndigheter har rapportert at de som velger 14-dagers karantene fremfor å teste seg ut av innreisekarantene på dag 5 representerer en større risiko for smittespredning ettersom flere av dem ikke etterlever karantene-reglene.

For å styrke etterlevelse bør testbaserte alternativer for forkorting av karantene i større grad tas i bruk. Dette bør også gjøres for personer i smittekarantene. Se forslag under.

2. Økonomiske barrierer

I folkehelseinstituttets risikovurdering 1. juli 2020 ble økonomiske barrierer mot etterlevelse av smittevern råd problematisert. Det ble påpekt at det å holde seg hjemme ved lette symptomer, etterleve reise- eller smittekarantene eller isolasjonspålegg ved påvist sykdom er vanskelig dersom dette medfører et betydelig inntektstap. Dette gjelder særlig for enkeltpersoner som er avhengige av å møte opp for å tjene penger og personer som har svakere sykelønsrettigheter enn resten av befolkningen, for eksempel nyansatte og nyankomne.

Vi er derfor bekymret for at økonomiske barrierer i noen grupper kan bidra til dårligere etterlevelse av testing, isolering, smitteoppsporing og karantene og at dette kan slå spesielt sterkt ut i gruppen av utenlandske arbeidstagere. Testbaserte alternativer for forkorting av karantene ville redusere problemet med at karantene brytes av økonomiske årsaker.

Vi tror også det kan være vanskeligere å gjennomføre en trygg karantene i trangbodde husholdninger.

⁹ Steens A, Freiesleben de Blasio B, Veneti L, et al. *Poor self-reported adherence to COVID-19-related quarantine/isolation requests, Norway, April to July 2020*. EuroSurv 2020; 25.

Se også vedlegg 3 om økonomiske barrierer for etterlevelse av disse tiltakene (TISK).

3. Komplekst regelverk som er vanskelig å formidle

Covid-19 forskriften er i dag er svært vanskelig å forstå, selv for høyt utdannede, norsktalende personer som jobber med forskriften i det daglige. Forenkling er nødvendig for å sikre bedre kommunikasjon av kravene i forskriften. En forutsetning for overholdelse av en plikt er jo at man er klar over den.

Det er særlig kravene ved innreise som er blitt komplekse, og dette er særlig utfordrende fordi de innreisende ikke nødvendigvis snakker verken norsk eller engelsk. Det er følgelig en risiko for at karantene eller testing ikke blir gjennomført som følge av at regelverket blir misforstått eller at personer og virksomheter ikke er klar over pliktene sine.

Det er nødvendig med en mer overordnet gjennomgang av covid-19 forskriften med det formål at

- Hovedreglene blir enkle, og så lite inngripende som mulig etter en smittevernmessig vurdering.
- Unntakene fra karantene blir færre, og at unntakene gis på samme måte
- Unntak fra testing og karantene samordnes.

Problemet er ytterligere beskrevet i vedlegg 4.

Forslag for å bedre etterlevelse av karantene

Vi har følgende forslag for å forbedre etterlevelsen av karantene og samordne bestemmelsene etter risiko:

1. Alle bør kunne teste seg ut av karantene ved negativ PCR på dag 7

FHI har i oppdrag 251 del 2 foreslått at all karantene, både etter innreise og etter nærkontakt, bør kunne avsluttes ved negativ PCR test tatt 7 døgn etter innreise eller eksponering. Det vil i praksis si at karantenen kan avsluttes etter ca. 8 døgn. Dette vil etter våre vurderinger være like sikkert som 10 døgn i karantene, og gir en tilleggsgevinst ved at man får fanget på asymptomatiske, og kan smittespire rundt disse. I oppdraget viste vi til studier, beregninger og erfaringer fra alle land, og gjentar ikke disse her. Vi diskuterte her også at man rent smittevernmessig kunne valgt å frita fra innreisekarantene enda tidligere (dag 5, som på Island), men anbefalte dag 7 for å få likere regler for begge typer karantene.

Nytt siden oppdraget ble levert, er at det er åpnet for slik forkorting etter innreise etter § 4 c, men ikke for smittekarantene. Videre at reisende fra Storbritannia ikke er omfattet. Siden FHI mener at PCR på dag 7 er like sikkert, mener vi det også kan omfatte reisende fra Storbritannia (og Sør-Afrika).

2. Flere bør kunne få fritak fra karantene i arbeidstida ved negativ PCR tatt dag 3, og færre bør unntas helt.

FHI har i oppdrag 251 del 2 foreslått at alle i innreisekarantene kan fritas karantene i arbeidstida ved negativ PCR på dag 3. Argumenter for en slik generell, strengere ordning var blant annet muligheten for å få bort en del unntak der den reisende helt slipper karantene eller test, og sikre at alle var i karantene de aller viktigste dagene. I lys av faren for import og spredning av nye, mer smittsomme varianter, bør det vurderes ytterligere innstramminger.

Det bør tilstrebes at de fleste som gis unntak minst må avvente negativ PCR tatt på dag 3 før de kan gå på skole eller arbeid. En slik ordning ville være en betydelig sikrere ordning enn dagens, og vil også redusere behovet for andre spesielle unntak, slik at regelverket ble enklere å forstå og dermed etterleve.

Nytt siden oppdraget er levert er funn av mer smittsomme virusvarianter, og at innreisende fra Storbritannia generelt ikke omfattes av unntakene i § 6. FHI anbefaler at det samme blir gjort gjeldende for innreisende fra Sør- Afrika.

Det bør også vurderes om personer i smittekarantene rutinemessig bør gis en generell mulighet til fritak fra skole og arbeidskarantene etter negativ test på dag 3. På kort sikt bør dette omfatte barn. Selv om barn er mindre smittsomme, ser det ut for at barn oftere settes i karantene enn andre aldersgrupper, hvilket er uproporsjonalt i forhold til risiko. På lenger sikt bør man vurdere om også voksne nærkontakter kan få unntak fra smittekarantene i arbeidstiden dersom de har testet negativ på PCR tatt tidligst dag 3. Per i dag anbefaler vi at man avventer dette.

Det gis allerede råd om at alle i karantene testes, men andelen som tester seg vil trolig øke dersom slik test forkorter karantenen, hvilket kan gi raskere smittesporing og karantenesetting av nærkontakter.

3. Mulighet for å benytte antigen hurtigtest dersom det ikke er tilgang til PCR

Testene for å forkorte karantene bør primært være PCR, men i situasjoner uten tilgang til PCR-tester, som f.eks. oljeplattformer og i skipsfart, bør det åpnes for tilsvarende bruk av antigenhurtigtest. Siden disse har noe lavere sensitivitet, må en slik test tas én dag senere, det vil si at negativ test tatt tidligst dag 4 kan frita fra arbeidskarantene og negativ test tatt tidligst dag 8 kan frita fra karantene.

Alle løsninger for å forkorte karantene ved test forutsetter tilstrekkelig testkapasitet. Test for å forkorte karantene bør ikke fortrenge viktigere testing.

4. Mulighet for å fritas fra karantene på en enkelt dag

I samme oppdrag foreslo vi å åpne for å gi fritak fra karantene på en enkelt dag hvis det foreligger negativ hurtigtest tatt samme og særlig tungtveiende hensyn. Dette er nå tatt i bruk i § 6 j om begravelse. Det kan også vurderes i andre situasjoner, for eksempel dersom det opprettholdes unntak etter § 6e, ved opphold i Norge av under en dags varighet, ved konkurranser innen toppidretten og andre situasjoner som i dag gir unntak.

En negativ test tatt samme dag anses som tilstrekkelig risikoreduksjon dersom avstandsråd med mer overholdes. Samtidig må det framholdes at antigen hurtigtester har dårligere evne enn PCR til å oppdage sykdom hos asymptotiske, slik at man ikke kan åpne for en generell "test før fest" eller andre situasjoner der man åpner for at mange kan møtes hvis de bare er testet først. Dette ville dessuten gå utover den totale testkapasiteten. Man må også vokte seg for å legge opp til individuell saksbehandling av hva som er et "tungtveiende hensyn".

5. Tydeligere formidling av reglene

Det må gjøres mer for å formidle reglene enkelt og tydelig, på et språk den enkelte forstår. Dette behovet er særlig påtrengende for de reglene som gjelder innreise og karantene

Det nye digitale reiseregistreringssystemet bør derfor også fungere som en veiledning og avklaring av om man har karanteneplikt, og i tilfelle om man har et egnet karantenested. FHI og Hdir har sendt eget innspill om dette til DSB.

Se ellers FHIs svar på oppdrag 259: Oppfølging av forslag fra ekspertgruppe om å redusere smittespredning blant innvandrere, hvor det skisseres spesielt ulike informasjonstiltak for å øke kjennskapen til de norske karantene-reglene.

Bedre datagrunnlag

Det foregår ingen nasjonal datainnsamling om bruk og effekt av karantene. Det betyr for eksempel at vi ikke kan måle hvor mange av dem som settes i karantene, som virkelig er smittet, altså får en positiv test. Dermed er det vanskelig å måle nytten av karantene, og om denne nytten varierer mellom aldersgrupper og grad av nærkontakt.

Det er heller ingen nasjonal evaluering av om personer i innreisekarantene blir testet.

To konkrete tiltak for å forbedre denne situasjonen er:

- Data fra kommunenes smittesporingssystemer kan lastes opp i beredskapsregisteret C19.
- Data fra innreiseregistreringssystemet bør kobles med MSIS slik at vi kan måle andelen av de reisende som tester seg, og som er positive.

6. Forslag til endring i covid-19 forskriften

Her er våre konkrete forslag til endringer:

§3, nærkontaktdefinisjonen

"Med nærkontakt menes ikke kontakt mellom pasient, pårørende eller andre og helsepersonell som bruker forsvarlig beskyttelsesutstyr"

Formålet med denne formuleringen var nok å sikre at helsepersonell som behandler covid-19 pasienter, eller tester for det, ikke konstant må være i karantene. Hvis de bruker beskyttelsesutstyr korrekt, skal ikke dette være nødvendig.

Det som blir feil nå, er at begrunnelsen kan bli brukt omvendt : Helsepersonell gikk på jobb med symptomer (senere påvist c-19) og mente at deres pasienter ikke behøvde å være i karantene fordi de hadde brukt beskyttelsesutstyr.

Et forslag til å omgå dette problemet, er å ta det ut av nærkontaktdefinisjonen og heller ta inn at helsepersonell som bruker beskyttelsesutstyr korrekt i kontakt med pasienter, unntas fra karantene.

§ 4a. Krav om negativ test for SARS-CoV-2 ved ankomst til Norge

Unntakene c-p bør om mulig reduseres og samordnes med andre unntak

På sikt bør kravet om testing før ankomst i § 4a sammenholdes med krav om testing ved ankomst i § 4d. Smittevern faglig er det mulig å ikke kreve begge, men andre forhold, som usikkerhet om ekthet av dokumenter, forsinket testsvar ved ankomst og utfordringer med å isolere smittede, kan gjøre det fordelaktig å beholde kravet.

§ 4b. Krav om testing for de som har oppholdt seg i Storbritannia mv.

Krav om PCR-test etter ankomst bør utvides til også å gjelde personer som har oppholdt seg i Sør-Afrika. Det bør vurderes om selve bestemmelsen kan legges under §4d Krav om testing for de som har oppholdt seg i et område med karanteneplikt. Det kan bidra til å gjøre reglene mer oversiktlig.

Vi gjør imidlertid oppmerksom på at vi i ukene framover venter at høysmittsomme varianter blir utbredt i flere land. Da blir det mindre relevant å peke på bare et par land i forskriften.

§ 4c. Forkortet innreisekarantene ved testing

Alle bør kunne forkorte karantene ved negativ PCR-test dag 7.

Nå som det er krav om test innen 24 timer etter ankomst etter § 4 d, er det forvirrende at §4c viser til at første test skal være tatt innen 3 dager etter ankomst.

Forslag til reformulering:

Forkortet karantene ved testing

Karantene etter innreise og eksponering kan forkortes dersom personen dokumenterer to negative testresultater i karantenetiden, hvorav den siste må være PCR-test og som tidligst er tatt syv dager etter ankomst.

§ 4d. Krav om testing for de som har oppholdt seg i et område med karanteneplikt

Unntakene c-g bør om mulig reduseres og samordnes med andre unntak.

Krav om testing ved ankomst bør ha samme tidsaspekt som krav om karantene, dvs. At dersom du ikke har krav om karantene, bør du heller ikke ha krav om testing. I dag medfører formuleringen at enkelte som har vært i et område med karanteneplikt for mer enn 10 dager, men under 14 dager siden, krav om testing etter ankomst, men ikke krav om karantene.

Første ledd bør endres til:

Personer som har oppholdt seg i et område med karanteneplikt som fastsatt i vedlegg A i løpet av de siste 10 døgn før ankomst til Norge, skal teste seg for SARS-CoV-2 så snart som mulig og senest 24 timer etter ankomst til Norge. Testen skal være antigen hurtigtest eller PCR-test.

På sikt bør kravet om testing før ankomst § 4a sammenholdes med krav om testing ved ankomst §4d. Smittevern faglig er det mulig å ikke kreve begge, men andre forhold, som usikkerhet om ekthet av dokumenter, forsinket testsvar ved ankomst og utfordringer med å isolere smittede, kan gjøre det fordelaktig å beholde kravet.

§ 5. Krav til de som skal være i innreisekarantene

For unntakene e) og f), inkludert militært personell, forutsettes ikke egnet karantenested. Dette bør revurderes da karantenehotellordningen er etablert for å sikre at alle har et egnet sted å gjennomføre karantene. Dette er særlig viktig for de som kommer fra Storbritannia eller Sør-Afrika.

§ 5c. Krav om karantene for de som har oppholdt seg i Storbritannia mv.

Bør utvides til også å inkludere Sør-Afrika.

Bør endres til siste 10 døg, da karanteneplikten kun gjelder i 10 døg etter innreise, og det er uklart om man har karanteneplikt dersom man ankom Norge for 12 dager siden.

Det er mulig at forskriften ville vært enklere å forstå om man i stedet for å ha en egen paragraf om krav til karantene for de som ankommer fra Storbritannia og Sør-Afrika, skrev inn en setning under hvert av unntakene i § 6a-h om at unntakene ikke gjelder reisende fra disse områdene.

§ 6b. Unntak fra innreisekarantene for visse arbeids- og oppdragstakere

Det er flere innspill til denne paragrafen. Det viktigste er om dette bør bli en generell "pendlerparagraf" for personer som i sin jobb krysser grensa ofte.

- 1) Det er eksempler på misbruk ved at arbeidsgivere ber sine arbeidstakere fra f.eks. baltiske land om å reise via Sverige eller tilbringe helga i Sverige for slik å omfattes av unntaket. Som tidligere meldt inn, kunne dette unngås ved å omformulere til at det gjelder bosatte i Sverige og Finland.
- 2) Paragrafen var nødvendig for at de som bor i Sverige eller Finland og daglig pendler til sin jobb i Norge, og som derved ikke kan gjennomføre det vanlige karantenekravet, skulle miste sin jobb. Det er derimot ikke like nødvendig at de som kommer sjeldnere enn f. eks hver 7. dag skal være fritatt. Disse bør avvente negativt prøvesvar (antigen hurtigtest eller PCR) før de kan gå på jobb. Det ville innebære en endring i punkt B).

- 3) Det er fortsatt vanskelig å forstå det prinsipielle skillet mellom Sverige og Finland og andre land. Det gjelder jo langt færre, men hvorfor er f.eks. ikke Danmark og Island inkludert?
- 4) Spesielt siden unntaket også brukes for arbeidstakere som ukependler.
- 5) Denne paragrafen medfører en utfordring for nordmenn som dagpendler til Sverige fordi de får “evig fritidskarantene”.

§ 6c. Unntak fra innreisekarantene for arbeidsreisende ved testing

Denne paragrafen blir ofte misforstått. Mange tror at den gjelder arbeidsreisende fra alle land i EØS eller Sveits. Det er først når man har kommet til bokstav d), og har funnet fram til vedlegg B som ligger et annet sted, at den framkommer at den nærmest ikke gjelder noen, den gjelder kun et par fylker i Finland og Island. Paragrafen gjelder altså de som kommer fra områder med karanteneplikt, som har høy men ikke særlig høy smitte.

Paragrafen er også kommet i utakt med resten av regelverket fordi det her avkreves test hver tredje dag i 10 dager, mens personer fra land med mer smitte kan avslutte innreisekarantene etter negativ test på dag 7. Det er riktignok mulig å hoppe mellom paragrafene. Etter at pliktig test ved ankomst ble pålagt alle, er det heller ikke nødvendig å pålegge det i bokstav a i denne paragrafen. Bokstav B er også overflødig siden det nå er bedre regulert hva som er et “egnet karantenested” i § 5.

FHI foreslår at dette unntaket erstattes av en generell bestemmelse for alle som kommer fra områder med karanteneplikt. Det ville medføre at flere vil kunne få unntak, men etter et strengere regime hvor den innreisende arbeidstakeren må være i full karantene fram til negativ PCR tatt tidligst dag 3 foreligger (det vil i praksis si dag 4), og deretter være i karantene (på egnet sted) i fritiden fram til karantenen opphører ved negativ PCR tatt tidligst dag 7 (det vil i praksis si dag 8), eller uten test; på dag 10.

Innreisende fra Storbritannia bør ikke omfattes av unntaket, men siden de nå heller ikke er med i EØS er det vel ikke nødvendig å spesifisere dette.

Forslag til reformulering:

Personer som er bosatt i EØS eller Sveits og som kommer til Norge for å utføre arbeid eller oppdrag, eller er bosatt i Norge og som returnerer fra arbeid eller oppdrag utført i EØS eller Sveits, er underlagt innreisekarantene

- *i arbeidstiden og fritiden frem til negativt resultat av PCR test tatt tidligst dag 3 etter ankomst til Norge*
- *i fritiden frem til karantenen opphører*

Bruk av unntaket organiseres, gjennomføres og finansieres av arbeids- eller oppdragsgiveren i Norge.

§ 6d. Særskilt unntak fra innreisekarantene (Gjelder samvær med barn og personer som myndighetene har invitert)

Denne paragrafen er nå svært vanskelig å forstå, både form- og innholdsmessig.

Dersom det er internasjonale regler som gjør at man ikke kan pålegge test og karantene i forbindelse med samvær, hvordan kan det da være pålagt de som kommer fra Storbritannia? For disse gjelder nå:

Personer omfattet av andre ledd (dvs kommer fra Storbritannia), og som krysser Norges grenser i forbindelse med gjennomføring av avtalt eller fastsatt samvær mellom foreldre og barn eller delt bosted for barn etter barnelova og barnevernloven, er underlagt innreisekarantene

- i arbeidstiden og fritiden frem til negativt resultat av test tatt tidligst dag 3 etter ankomst til Norge
- i fritiden frem til negativt resultat av test tatt tidligst dag 7 etter ankomst til Norge.

Samværet med barnet kan gjennomføres uavhengig av karantenekravet.

FHI foreslår at alle i denne gruppen bør få forkortet sin karantene på samme måte som de som kommer på samvær fra Storbritannia nå, altså avvente negativ test på dag 3 før arbeid/ skole. Dette er den samme ordningen som vi foreslår som en generell ordning i § 6c. Dette fordi det denne gruppa er like utsatt for smitte som andre.

Ved dagsopphold kunne man ta antigen hurtigtest (som §6j) , og ved pendling kunne man fulgt § 6b. Siden barn i mindre grad sprer smitte, kunne man hatt en aldersgrense på 12 år.

Dersom bestemmelsen beholdes som den er, bør tredje ledd utvides til å omfatte Sør-Afrika.

§ 6e. Særskilt unntak fra innreise- og smittekarantene for personell i kritiske samfunnsfunksjoner

Denne paragrafen brukes nå mye, særlig i helsevesenet. Den gir mulighet for unntak fra både test før og ved ankomst, og fullt fritak fra all karantene. Unntaket er formulert slik at det bare skal brukes når det er nødvendig for å opprettholde forsvarlig drift. Vikarer er ofte helt nødvendig for forsvarlig drift i helsevesenet, og noen ganger også for liv og helse.

Arbeidsgivere som trenger vikarer i helsevesenet kan nå velge mellom hovedsakelig to alternativer: Test før og ved ankomst og full karantene i 10 dager (eller frem til dag 8 når testresultat tidligst foreligger), eller ingen karantene og test ved anledning. Det er forståelig at man ved bemanningsproblemer og ressursmangel ofte lander på det siste.

FHI har fått tilbakemelding om at dersom det ble (re-) innført et krav om negativ test dag 3 etter ankomst, som nå foreslått i § 6 c, og som allerede innført i denne paragrafen for innreisende fra Storbritannia, ville de ikke hatt samme behov for å bruke § 6e.

FHI foreslår derfor at § 6 e strammes ytterligere inn, slik at f.eks. nytt forslag til § 6 c med krav om negativ test dag 3 før arbeid blir hovedregelen også for vikarer i helsevesenet og andre som nå gis unntak etter denne paragrafen.

Ved behov for unntak på en enkelt dag kunne man ta antigen hurtigtest (som §6j), og ved pendling kunne man fulgt § 6b.

§ 6f. Unntak fra innreisekarantene for arbeidsreisende ved testing i forbindelse med internasjonale idrettskonkurranser

Dette unntaket bør reduseres og avstemmes med de andre unntakene. Ved behov for unntak bør hovedregelen være at man avventer negativt testsvare dag 3 før fritak fra arbeidskarantene (som § 6 c). Ved behov for fritak på dagsopphold kunne man ta antigen hurtigtest (som §6j), og ved pendling kunne man fulgt § 6b.

§ 6g. Unntak fra innreisekarantene for flypersonell og togpersonell på godstog

Bør avvente negativt testsvar før fritak fra arbeidskarantene og deretter testes hver 7 dag (som § 6b)

§ 6h. Unntak for arbeidstakere som ankommer Norge for å tiltre arbeid på fartøy i norsk havn

Bør heller bruke regimet i ny § 6 c, men åpne for at hurtigtest kan brukes hvis PCR ikke er tilgjengelig (men da en dag senere, hhv dag 4 og 8).

Ved behov for unntak på en enkelt dag kunne man ta antigen hurtigtest (som §6j) , og ved pendling kunne man fulgt § 6b.

§ 6i. Særlige regler om innreisekarantene for militært personell

Karantene i grupper på 40 er ikke tråd med kravene til gjennomføring av karantene. FHI har tidligere foreslått at det i denne sammenhengen kan gjøres i grupper på opptil 5 personer.

Forslag til reformulering:

Utenlandsk militær avdeling som ankommer Norge for trening, øving eller operasjon godkjent av Forsvarsdepartementet, kan gjennomføre innreisekarantenen i grupper på flere enn 5 personer. Dette gjelder ikke personer som har vært i Storbritannia eller Sør-Afrika siste 14 dager. Karanteneordningen skal godkjennes av Forsvarets Sanitet.

§ 6j. Unntak fra karantene ved alvorlig sykdom og bisettelse hos nærstående

Kan vurdere å inkludere dagsopphold i Norge for arbeidsoppdrag, konkurranse innen toppidretten, invitert av norske myndigheter osv., slik at alle disse må ha en negativ hurtigtest samme dag.

I tilfelle reformulere til f.eks. Unntak fra karantene på en enkelt dag ved tungtveiende hensyn

7. Tillegg til oppdrag nr. 264 til Helsedirektoratet om tiltaksvurdering januar

Oppdragstekst

Helse- og omsorgsdepartementet viser til revidert oppdrag 264 sendt 6. januar 2021 om tiltaksvurdering i januar med frist onsdag 13. januar kl. 15.00.

I Danmark er det fra og med lørdag 9. januar klokken 17 innført krav om at alle som reiser med fly til Danmark, skal kunne fremvise en negativ Covid-19 test som ikke er eldre enn 24 timer før avgang (en innskjerping fra tidligere krav om innen 72 timer). I følge [danske nettsider](#) gjelder dette til og med 17. januar 2021. Det fremgår at det er iverksatt flyforbud for passasjerer som ikke kan fremvise slik dokumentasjon.

HOD ønsker en vurdering av om det er hensiktsmessig å gjøre tilsvarende innskjerping i Norge. Det skal også vurderes om det skal stilles krav til utfylt innreiseregistreringsskjema før ombordstigning, jf. covid-19-forskriften § 5b. Flyselskapenes behov for klare regler (få og klare unntak) for å kunne forta effektiv kontroll av de reisende før ombordstigning, skal inngå i vurderingen.

I covid-19-forskriften § 4b gis det regler om krav om testing for personer som har oppholdt seg i Storbritannia. Vi ber om en vurdering av om det er behov for å legge inn nye land i denne

bestemmelsen for å forhindre eller utsette at mer smittsomme varianter av SARS-CoV-2 får fotfeste i Norge.

Helsedirektoratet gis i samråd med Folkehelseinstituttet i oppdrag å vurdere

- 1) om det bør stilles krav om negativ covid-19-test ikke eldre enn 24 timer før avgang med fly til Norge kombinert med et flyforbud der flyselskapene får ansvar for å følge opp*
- 2) vurdere om et slikt krav også bør omfatte krav om innreiseregistrering*
- 3) foreslå mulige hjemler for eventuelle krav i samsvar med punkt 1 og 2 og vurdere eventuelle straffesanksjoner dersom flyselskapene ikke følger opp*
- 4) vurdere om det er behov for å legge inn nye land i covid-19-forskriften § 4b for å forhindre eller utsette at mer smittsomme varianter av SARS-CoV-2 får fotfeste i Norge.*

Folkehelseinstituttets vurdering

Vår vurdering av de fire punktene følger under:

1. Krav om fersk negativ test

Fra et smittevern­faglig ståsted er test før ankomst mindre viktig etter at det nå er innført obligatorisk test ved ankomst. Danmark har ikke tilsvarende testing ved ankomst.

FHI har fått tilbakemelding om at det i noen land er vanskelig å få tatt en test. . Etter FHIs vurdering vil det derfor ikke være formålstjenlig å redusere tiden fra 72 til 24 timer.

Fra et rent smittevern­messig synspunkt er det noe bedre om sjekk av negativ test skjer *før* påstigning enn *ved* ankomst fordi det reduserer potensialet for smitte under reisen og på flyplassen.

Erfaringsmessig finner man imidlertid lite smitte på fly, så effekten vil ikke være stor. Det vil også redusere behovet for smitteoppsporing på fly, som kan være ganske arbeidskrevende.

Det er imidlertid viktig å påpeke at reglene for hvem som skal testes før ankomst er kompliserte. Det er en rekke unntak, blant annet av norske statsborgere. Dersom man skal skyve ansvaret for å sjekke negativ test over på flyselskapene, må det først avklares hvordan unntakene skal håndteres, og om reglene eventuelt kan forenkles slik at det blir færre unntak. Ellers blir nok dette svært vanskelig for flyselskapene å håndtere.

Problemer med å kontrollere ekthet av dokumentene består, men dette er også et problem i dagens ordning.

2. Krav om innreiseregistrering

Det er også unntak knyttet til krav om innreiseregistrering, som ikke er de samme som de øvrige unntakene. Det kan derfor være vanskelig å håndheve dette - både for flyselskapene og grensepersonell.

3. Hjemler og sanksjoner

Vi overlater dette spørsmålet til Helsedirektoratet.

4. Flere land

Per i dag bør reisende fra Sør-Afrika legges til i § 4 b og andre spesialordninger for personer som kommer fra Storbritannia. Dette må følges fortløpende, og det kan fort bli flere land.

Vedlegg 1. A comparison of COVID-19 in children and youth in Norway, Sweden and England

Objective

We wanted to investigate whether the incidence of COVID-19 and the severity of disease was different among younger age groups in Norway compared to England and Sweden in order to provide evidence to guide recommended control measures among children in Norway.

Data collection

We have collected data on cases, hospitalization, ICU admissions and deaths related to COVID-19 from Norway, Sweden and England between week 27 and 53 of 2020. As data from Sweden and England is limited based on public data, comparison is difficult as not all data has the same grouping or denominators. Aspects to take into account:

- Data collected from England, not UK, as Wales, North Ireland and Scotland have their own surveillance system
- Number of tested from Sweden are not provided per age group, and therefore not possible to calculate the proportion positive per age group
- Deaths in Sweden among <59 years are combined and therefore not comparable with the other countries
- England only provided hospitalization and ICU/HDU admissions as rates per 100 000 and therefore these are also calculated for Norway and Sweden (instead of absolute numbers and proportion of those infected)

Data interpretation

In Norway, the percentage of positive tests is between 1.3 and 1.9% for all age groups compared to 3.2% (0-9 years) to 6.4% (10-19 year) in England (table 1). This information was not available for Sweden.

Based on the case number, 6.0% of cases in Norway were 0 to 9 years old, compared to 4.6% in England and 1.3% in Sweden, which may be due to more liberal testing regimes in Norway. Of all cases, 14.5% were among individuals between 10 and 19 years in Norway, compared to 12.4% in England and 10.0% in Sweden. A possible explanation for this difference could be high testing capacity in Norway and low threshold to tested, including asymptomatic contacts.

The mortality rate in England is higher than in Norway, especially evident among individuals above 70 years old (table 1). Data does not show higher mortality among younger age groups. Data from Sweden is given since the start of the pandemic and mortality rates are higher than in Norway. This comparison could be biased by the time period, as at the start of the pandemic only more severe cases were diagnosed and thus mortality was higher.

Tabell 1. Totalt antall tilfeller, % andel positive av alle testede, totalt antall dødsfall og letalitet (%) fordelt på aldersgrupper i perioden 29. juni 2020 til 3. januar 2021 for Norge og England, og fra 24. januar 2020 til 8. januar 2020 for Sverige.

Totalt antall (N) og andel positive av alle testede per aldersgruppe (%)				Totalt antall (N) og andel dødsfall av alle positive (%)			
Alder	Norge*	England	Sverige [†]	Alder	Norge	England	Sverige
0-9 år	2 546 (1,7%)	98 428 (3,2%)	6 185	0-9 år	2 (0,0 %)	13 (0,0%)	345 (0,1%)
10-19 år	6 157 (1,8%)	264 422 (6,4%)	49 052	10-19 år			
20-29 år	9 485 (1,9%)	406 822 (5,1%)	86 436	20-29 år	0 (0,0%)	38 (0,0%)	
30-39 år	7 449 (1,5%)	374 392 (4,5%)	85 594	30-39 år	0 (0,0%)	121 (0,0%)	
40-49 år	6 590 (1,7%)	333 245 (4,7%)	89 230	40-49 år	1 (0,0%)	373 (0,1%)	
50-59 år	5 372 (1,8%)	311 253 (4,6%)	82 010	50-59 år	9 (0,2%)	1 133 (0,3%)	
60-69 år	2 697 (1,6%)	162 082 (4,4%)	43 381	60-69 år	25 (0,9%)	2 940 (0,9%)	583 (1,3%)
70-79 år	1 410 (1,5%)	86 082 (4,5%)	21 648	70-79 år	35 (2,5%)	7 418 (4,6%)	1 959 (9,0%)
80-89 år	669 (1,4%)	89 985 (4,1%)	17 319	80-89 år	132 (14,7%)	18 585	6 570 (25,4%)
90+ år	223 (1,3%)		8 564	90 + år		(21,6%)	

* Basert på antall test hendelser, dvs. at en person telles på nytt bare hvis det har gått minst 7 dager siden forrige test.

† Andel positive av alle testede for Sverige er ikke tilgjengelig per aldersgruppe. Andel testede per 100 000 innbyggere for Sverige er 30 518 i perioden 29. juni 2020 til 3. januar 2021, 47 663 for Norge og 133 267 for England.

As the age distribution of the data provided by England and Sweden are different, we have provided 2 tables with the hospitalization rates in 10-year intervals (table 2) and those matching England (table 3). Hospital admission increases with age for Norway, Sweden and England. Norway has the lowest hospital admission rate in all age groups, compared to both England and Sweden.

Tabell 2. Insidens per 100 000 innbyggere for innlagte på sykehus og intensivavdeling i perioden 29. juni 2020 til 3. januar 2021, fordelt på aldersgrupper for Norge og Sverige.

Alder	Insidens av sykehusinnleggelser per 100 000		Insidens av innleggelser på intensivavdeling	
	Norge*	Sverige**	Norge	Sverige
0-9 år	2,64	16,23	0,24	
10-19 år	5,28	14,09		
20-29 år	9,69	35,59	0,42	3,71
30-39 år	18,62	55,57	1,51	
40-49 år	29,71	89,34	3,04	
50-59 år	36,51	149,89	3,98	22,65
60-69 år	43,61	200,19	8,93	33,11
70-79 år	61,26	306,34	9,18	44,08
80-89 år	107,83	698,91	12,40	28,90
>=90 år	84,02	1086,05	2,21	3,71

* Inkluderer alle som har vært innlagt med covid-19, ikke bare dem innlagt med covid-19 som hovedårsak, slik at tallene lettere kan sammenlignes med andre land. 79 % av alle innleggelser med covid-19 i perioden var registrert med covid-19

som hovedårsak til innleggelsen.

**Insidens for Sverige er fra uke 27 til uke 50.

Using 80-89 years as a reference group, hospital admissions are higher in Norway compared to Sweden for all age groups. Similarly, using 75-84 years as a reference, hospital admissions are higher in Norway compared to England for all age groups except >85 years old. However, looking within the younger age groups, the hospital admission rates among children below 10 years is similar to those between 10 and 19 years in Sweden, whereas Norway the hospital admission rate two times lower among children aged 0-9 years compared to 10-19.

Tabell 3. Insidens per 100 000 innbyggere av innlagte på sykehus og intensivavdeling i perioden 29. juni 2020 til 3. januar 2021, fordelt på aldersgrupper for England og Norge.

Alder	Insidens av sykehusinnleggelser per 100 000		Insidens av innleggelser på intensivavdeling per 100 000	
	England	Norge	England	Norge
0-14 år	14,5*	2,90	0,57*	0,32
15-44 år	61,44	14,70	4,83	1,04
45-64 år	195,01	39,07	24,75	5,33
65-74år	412,85	45,63	40,53	8,23
75-84 år	945,54	89,97	14,39	12,75
>= 85 år	2 016,76	92,31	14,73	5,13

* Raten for 0-14 år i England er regnet ut ved å kombinere raten for 0-4 år og 5-14 år sammen med aldersspesifikk befolkningsstatistikk

Conclusions

Between week 27 and 53 of 2020, the case numbers, hospital and ICU admission and mortality are higher in England and Sweden than in Norway. Among confirmed cases, Norway reported more younger individuals (<20 years) than either Sweden or England, which could be related to testing policies. When looking at hospital admission among children, Sweden reports similar rates among children aged 0-9 years as 10-19 years old, whereas the rate is halved among 0 – 9 years old children in Norway. However, the data available publicly does not provide evidence to suggest that children are more affected in England or Sweden than in Norway. Comparison of covid-19 severity in various age groups between countries can only be done if we have access to more detailed data from Sweden and England.

Sources

- Public Health England & NHSX. (2021-09-01). Coronavirus (COVID-19) in the UK (<https://coronavirus.data.gov.uk/details/cases>)
- Public Health England. (2021-09-01). National flu and COVID-19 surveillance report: 7 January 2021 (week1). (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/950428/Weekly_Influenza_and_COVID19_report_data_W1.xlsx)
- Population statistics for England (<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/datasets/populationestimatesforukenglandandwalescotlandandnorthernireland>)

- Folkhälsomyndigheten (2021-10-01). Covid-19 – statistik med diagram och kartor. (<https://fohm.maps.arcgis.com/sharing/rest/content/items/b5e7488e117749c19881cce45db13f7e/data>)
- Socialstyrelsen (2021-10-09). Sammanfattande statistik och utveckling över tid om covid-19. (<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/sammanfattande-statistik-over-tid/>)

Vedlegg 2. Informasjonskilder

MSIS

Alle laboratoriebekreftede tilfeller med covid-19 er meldingspliktige til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) fra laboratorier og klinikere. Informasjon om smitteland fås gjennom klinikermeldinger og det er et etterslep i innmeldte klinikermeldinger fra kommunene. Informasjon om smitteland er dermed manglende i MSIS for majoriteten av tilfellene de siste ukene, selv om denne informasjonen kan være tilgjengelig lokalt i kommunen. Det er trolig at komplettheten av denne variabelen også påvirkes av smittetrykket i kommunene, slik at kommuner med større utbrudd har lavere meldedekning til MSIS. Andelen med manglende informasjon om smitteland er betydelig høyere for tilfellene meldt de siste ukene – data oppdateres retrospektiv og blir mer komplette etter hvert.

MSIS laboratoriedatabase

Alle prøvesvar på covid-19 går direkte fra laboratoriene til MSIS laboratoriedatabase. Enkelte teststasjoner ved grenseovergangene har unike rekvirentkoder. Dette er imidlertid ikke tilfelle for de fleste teststasjoner ved grenseovergangene. Det arbeides med å forbedre dette. Data fra MSIS laboratoriedatabasen kan dermed ikke per nå benyttes til å identifisere totalt antall testede og positive tilfeller fanget opp ved innreisescreeing.

Utbrudd varslet til Nasjonalt smittesporingsteam

Folkehelseinstituttet mottar informasjon om tilfeller knyttet til pågående utbrudd i Norge gjennom Nasjonalt smittesporingsteam. Nasjonalt smittesporingsteam mottar informasjon fra pågående utbrudd hvor det er et samarbeid mellom utbruddskommunen og FHI. Dette er derfor ikke en uttømmende oversikt.

Nasjonalt smittesporingsteam blir i tillegg varslet om og gjennomfører smittesporing av tilfeller med påvist covid-19 der personene har reist med offentlig transport fra utlandet i smitteførende periode og var symptomatiske på reise eller innen 48 timer etter ankomst.

Ny innreisedatabase

Alle innreisende skal registrere seg ved ankomst og gi opplysninger om hvor de kommer fra og gjennomføring av karantene. Vi ser nå på muligheter for å bruke disse opplysningene for å få raskere og mer løpende informasjon om hvor stor andel importsmitten utgjør av alle som meldes til MSIS.

Vedlegg 3. Økonomiske barrierer for etterlevelse av testing, isolering, smittesporing og karantene

Økonomiske forhold som motvirker gjennomføring av smitteverntiltak

I Norge er testing, isolering, smittesporing og karantene bærebjelkene i arbeidet for å hindre spredningen av koronaviruset. For en del grupper i samfunnet er det bekymring rundt økonomiske og sosiale forhold som gjør at gjennomføringen av kan bli utfordrende. For eksempel kan økonomiske faktorer som tap av inntekt gjøre det svært vanskelig for en del grupper av befolkningen å være hjemme når de er syke, oppsøke helsetjenesten for testing, være i karantene når de er definert som nærkontakter, og være i isolering når de er bekreftet å ha covid-19.

Folkehelseinstituttet ønsker å peke på behovet for en gjennomgang av regelverket knyttet til økonomisk kompensasjon ved sykdom og karantene, og eventuelt vurdere tiltak for å fjerne økonomiske barrierer som hindrer etterlevelse av nødvendige smitteverntiltak.

Grupper som særlig er rammet

Vi erfarer at det særlig er to grupper som kan ha bekymringer knyttet til økonomisk trygghet; selvstendig næringsdrivende i lavinntektsyrker og personer som av ulike grunner ikke er omfattet av nasjonale velferdsordninger. Det er behov for en gjennomgang av regelverket for å påse at disse gruppene og evt. andre sikres økonomisk trygghet for å bedre etterlevelsen og gjennomføringen av testing, isolering, smittesporing og karantene. Under skisserer vi noen utfordringer og eksempler vi har erfart i vårt arbeid med smittesporing og rådgivning til kommunene.

Taxisjåførere

Mange taxisjåførere er enten frilansere eller selvstendige næringsdrivende, og er bekymret for inntektstap dersom de ikke kan være på jobb av smittevernhensyn. Mange er hovedforsørgere i familien, kan ha lav helsekompetanse og mangle kunnskap om velferdsordninger. Hver dag uten lønn vil kunne forverre økonomien, og dette ser ut til å være et hinder for testing og isolering av testpositive. De er også av de yrkesgruppene som i analyser fra FHI ser ut til å være ekstra utsatt for å kunne bli smittet på jobb.

For eksempel:

- Vi erfarer at taxisjåførere drar på jobb med symptomer fordi de er redde for å miste inntekt
- Flere kommuneoverleger har meldt om utfordringer knyttet til å indentifisere nærkontakter og gjennomføre smittesporing etter at taxisjåførere har testet positivt og har vært i arbeid med symptomer.

Andre selvstendige næringsdrivende kan ha tilsvarende barrierer mot å etterleve TISK-strategien.

Personer uten fast arbeidsgiver: tilkallingsvikarer, personer på timekontrakter, frilansere, folk som livnærer seg av svart arbeid og "løsarbeidere"

Dette punktet dekker et vidt spenn av personer i alt fra det legale seriøse arbeidsmarkedet til det illegale ("svart arbeid") og ansatte i bedrifter som opererer i gråsonen. De har det til felles at de mister hele eller store deler av inntekten dersom de må holde seg hjemme grunnet sykdom eller karantene/isolasjon.

For eksempel:

- Tilkallingsvikarer i pleie- og omsorgstjenestene som fortsetter å ta vakter mens de har symptomer har ført til smittespredning. Det bør sikres at det ikke er økonomiske disinsentiver for å si nei takk til vakter dersom man er syk. Det har vært flere utbrudd i gruppen av utenlandske arbeidstakere på korttidsopphold. Det må også sikres at de er godt nok informert om gjeldende regler og smittereduserende tiltak.
- Interesseorganisasjoner fra det frie scenekunstheltet (NTO, DTS, CREO, SKUDA) rapporterer om stor vilje til å slutte opp om nasjonale anbefalinger og strategi. Dette medfører likevel i mange tilfeller store økonomiske tap blant frilansere og selvstendig næringsdrivende innen scenekunstheltet (teater og dans) og blant musikere når avtalte forestillinger må avlyses, både når det gjelder nasjonale forestillinger og internasjonale turneer.

Det har vært registrert en rekke tilfeller av smitte og mange utbrudd særlig blant øst-europeiske arbeidstakere på korttidsopphold i Norge. Økonomiske forhold og redsel for tap av inntekt er oppgitt som årsak til manglende etterlevelse av smittevernråd. Som følge av det tør mange ikke si fra om de blir syke, benekter symptomer, oppgir ikke nærkontakter, og unnlater å følge regler for karantene og isolasjon. Her har det vært eksempler både fra store og små bedrifter og arbeidsgivere.

Sexarbeidere

Personer som selger seksuelle tjenester har hatt betydelige inntektstap som følge av pandemien, men er ikke omfattet av lønnsstønadstiltak fra nav eller andre kompensasjonsordninger fra staten. Mange blir dermed tvunget til å utsette seg for smittefare i arbeidet, og også påta seg arbeidsoppdrag som kan være farlige. (<https://prosentret.no/ny-rapport-fra-pro-sentret-new-report-from-pro-sentret/>)

Personer uten lovlig opphold, "Papirløse migranter"

Det bor en del mennesker i Norge som ikke har lovlig opphold i landet, og dermed ikke omfattes av det ordinære medisinske og sosiale tilbudet. Siden denne gruppen ikke har tillatelse til å ta skattepliktig arbeid er det stor grunn til å tro, men også blitt rapportert om, at flere i denne gruppen er utsatt for sosial dumping og arbeider i det svarte markedet. Dette gjør dem sårbare med tanke på fare for å miste arbeid, dersom de skulle bli borte fra jobb. Samtidig har de ikke rett på offentlige sosiale trykdeordninger som vil gi kompensasjon for eventuelt tap av inntekt dersom personer i denne gruppen blir hindret i å delta i jobb på grunn av isolasjon eller karantene. Disse konsekvensene kan gjøre at personer i denne gruppen vegrer seg for å bli testet da det kan medføre betydelig personlig økonomisk tap både på kort og lang sikt. Mange i denne gruppen er også sårbare i forhold til hjelp fra venner og familie. Tap kan også dreie seg om bytte av tjenester for å få dekket basisbehov. Denne gruppen mangler personnummer, noe som gjør det umulig å nytte seg av digitale løsninger med pålogging og registrering med bank-ID.

For eksempel:

- Å miste inntekten på kort sikt, eller frykt for å miste arbeid på lengre sikt, kan være en barriere og føre til at personer i denne gruppen vegrer seg for å bli testet.
- Bytte av tjenester: Personer som er avhengige av å overnatte/bo hos venner eller familie, og ikke kjenner til gratis tilbud om karantene eller isolasjon, risikerer å ikke ha et sted å bo dersom de må i karantene eller isolasjon. Det kan også dreie seg om bytte av tjenester som bosted mot barnepass
- Dersom personer uten inntekt eller med lav inntekt må i karantene eller isolasjon mister de også tilgang til lavterskeltilbud hvor det selges billige måltider.

Generelt er kan språk og være en barriere for testing for gruppene over. Mange har dårlige norsk- og engelskkunnskaper. Det kan gjøre det vanskelig å finne og forstå relevant informasjon og vanskeliggjør kommunikasjon med ansatte i offentlige tjenester og tiltak. Mange brukere er ikke kjent med at de har rett på gratis tolk. Offentlige tjenester er også i økende grad digitalisert og få tjenester er tilgjengelige for frammmøte under pandemien.

Vedlegg 4. Bekymring for kompleks regelverk om karantene og testing

Covid-19 pandemien utvikler seg raskt og uforutsigelig, med påfølgende behov for raske endringer i regelverket. Resultatet er dessverre blitt at regelverket rundt karantene og testing nå er svært komplisert og utilgjengelig. Det er knapt mulig å forstå hvem som har plikt til karantene, karantenehotell, test (før, ved og etter ankomst), hvem som kan få forkortet karantene, og etter hvilket testregime.

Det er mange unntak, og mange unntak fra unntakene. Unntakene er ulikt utformet og medfører ulike krav. I tillegg kommer at regelverket er i stadig endring, slik at forsøk på forenklet fremstilling fort blir utdatert. I forbindelse med nytt system for innreiseregistrering, viser det seg at det er en enorm utfordring å formidle de karantene-reglene som gjelder for den enkelte, og nesten umulig å gjøre det enkelt nok for trygg oversetting. Innreiseregistreringen kan blitt et godt verktøy til å formidle kravene og bidra til bedre etterlevelse, og det gjøres mye godt arbeid på dette området, men på grunn av kompleksiteten i regelverket er det vanskelig å få til.

Alle som kommer til Norge fra utlandet, med unntak av gitte områder i Norden/Europa med tilstrekkelig lav smittespredning (beskrevet i vedlegg A i covid-19 forskriften), skal i utgangspunktet være i karantene i 10 døgn, men det er mange unntak. Unntakene fra karanteneplikten er regulert av covid-19 forskriftens §§6a-h. De ulike unntakene medfører ulike krav om bl.a. testing. De ulike testregimene både ulike og til dels konkurrerende. Nye krav er kommet i tillegg til eksisterende.

Det er de siste månedene innført ytterligere regler rundt innreise med bl.a. krav om negativ test tatt innen 72 t før innreise, reiseregistrering før ankomst og krav om testing innen 24 t etter ankomst med til dels ulike unntaksbestemmelser. Det er ulike lister over hvem som kan unntas fra test og hvem som kan unntas fra karantene. Enkelte grupper må både ha test før ankomst og innen 24 t etter ankomst, samtidig som man i en annen paragraf kan velge test innen 3 døgn og etter 7 dager for å forkorte karantene. Hvis man derimot kommer fra et område med mindre smitte, må man testes hver 3. dag i 10 dager.

For enkelte geografiske områder (f.eks. reisende fra Storbritannia) er det skjerpede regler og færre unntak. Samtidig er det innført ytterligere kompleksitet i unntaksbestemmelsene for reisende fra Storbritannia, ved at f.eks. barn under 12 år som har vært i Storbritannia i forbindelse med gjennomføring av avtalt eller fastsatt samvær mellom foreldre og barn fremdeles kan benytte unntaket i covid-19 forskriftens §6d, mens unntaket ikke gjelder barn over 12 år som har vært i samme land for samme formål.

Dette er svært vanskelig å navigere. Det er tilnærmet umulig for reisende lekfolk å forstå karantene-regelverket, også for den som behersker norsk språk godt. Det er vanskelig også for myndigheter/institusjoner og myndighetspersoner å forstå og dermed praktisere reglene på korrekt måte. Vi får svært mange henvendelser fra kommuneleger og andre som kjenner regelverket godt, men likevel har misforstått sentrale punkter, og vi har også selv misforstått noen punkter eller gått glipp av endringer. Vi viser også til kronikk fra kommuneleger i Aftenposten 5. januar om uklare styringssignaler.

Det er følgelig en risiko for at karantene eller testing ikke blir gjennomført som følge av at regelverket blir misforstått eller at personer og virksomheter ikke er klar over pliktene sine, og at dette skjer i et relativt stort omfang. Det er videre sannsynlig at regelverket blir praktisert ulikt av ulike myndigheter/myndighetspersoner, og at dette særlig rammer utsatte grupper (f. eks. innvandrere).

Når sannsynligheten for utilsiktet regelbrudd er høy, og den skyldes utformingen av reglene, framstår det som uforholdsmessig å straffesanksjonere manglende etterlevelse av karanteneplikt med bøter eller fengsel inntil 6 måneder. Rent juridisk vil det også kunne stilles spørsmål ved om straffehjemmelen er så uklar at legalitetskravet ikke er oppfylt, eventuelt at rettsvillfarelse vil være frifinnende. I tillegg til disse juridiske betraktningene, er det sannsynlig at unødige komplisert regelverk i kombinasjon med flere tilfeller av utilsiktet regelbrudd vil svekke befolkningens evne og vilje til å følge disse og andre smitteverntiltak.

På denne bakgrunnen ber FHI om at departementet igangsetter en prosess for å rydde opp i det eksisterende regelverket med sikte på å utforme enklere og mer tilgjengelige regler på dette feltet.

Det viktigste vil være:

- Hovedreglene blir enkle, og så lite inngripende som mulig etter en smittevernmessig vurdering.
- Unntakene fra karantene blir færre, og at unntakene gis på samme måte
- Unntak fra testing og karantene samordnes.

Merknad

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

Endelig innspill fra BUB- Av tirsdag 12. januar 2021 kl. 09:05

Bestilling:

Helsedirektoratet skal i samarbeid med FHI levere ny vurdering av nasjonale smitteverntiltak, inkludert karantenebestemmelsene, til Helse- og omsorgsdepartementet mandag 11.01. Det skal leveres en samlet vurdering av de iverksatte tiltakene og foreslå evt. endringer basert på smittesituasjonen i januar og erfaringene som er gjort så langt i håndteringen av pandemien.

CBRNE-senteret v/ fung. senterleder Arne B. Brantsæter

(1) Vi ser det som ønskelig at ordningen med obligatorisk testing ved innreise evalueres når det er gått noen tid. Det bør settes opp kriterier som bør tilsi fortsatt obligatorisk testing eller oppheving av dette basert på:

- andel med positiv test og antatt redusert risiko for å smitte andre i karantenetiden på den ene siden og
- ressursbruk på den andre siden.

Med andre ord en evaluering av kost/nytte.

(2) Vi mener vurderingene som lå til grunn for sidestilling av antigenest og PCR-test tatt innen tre dager før innreise og første test etter grensepassering, men ikke på dag 7 (hvor PCR er foretrukket) bør beskrives. Vi antar at dette skyldes at helsemyndighetene mener at disse første testene er av mindre betydning, da sensitiviteten for antigenest hos personer uten symptomer er betydelig lavere enn PCR. CBRNE-senteret er kjent med at ECDC bl.a. av denne grunn [adværer mot bruk av antigen hurtigtester](#) i denne sammenhengen, og det bør klargjøres hvorfor man i Norge vurderer dette annerledes.

(3) Som ledd i vurdering av karantenestrategien ville det etter vårt syn være nyttig å belyse dette med tall for hvor stor andel av personer med covid-19 i Norge som blir identifisert mens de er i karantene (både som følge av reise og kjent nærkontakt). Blant dem som har vært i karantene, ville det i tillegg være interessant å få data på hvor mange som blir syke i tiden umiddelbart etter lovbestemt karantenetid (som er kortere enn inkubasjonstid på 14 dager).

(4) Det viktigste grunnlag for karantene er å forhindre smitte fra personer som ikke får eller ennå ikke har fått symptomer, men som kan være smittsomme. Det er etter vårt syn ønskelig å belyse norsk karantenestrategi med norske tall/erfaringer som illustrerer oppnådd smitteforbyggende effekt av karantene i forhold til:

- total smitte fra personer med symptomer som ikke er i karantene på diagnosetidspunktet og,
- den store andelen av covid-19 pasienter som aldri blir diagnostisert ved mikrobiologiske tester (rundt halvparten).

Mattilsynet v/ direktør Ingunn Midtun Godal:

Vi i Mattilsynet har ikke mottatt noen henvendelser, fra næringer eller egne rekker, om at de nye tiltakene har medført noen problemstillinger som ikke har vært kjent en stund.

Vi har derfor ikke nye innspill ang. smittevern tiltak eller andre tiltak knyttet til håndtering av Korona nå.

Tolldirektoratet v/ avdelingsdirektør Erik Guldhav:

- (1) Tolletaten har klart å opprettholde egen innsats og evne i tilstrekkelig grad under de eksisterende tiltak. Etaten har også hatt tilstrekkelig god kontroll på intern smittevern faglig oppfølging og tiltak til at vi har vært i stand til å prioritere egen oppgaveutførelse og omprioritere til å støtte spesielt Politiet i deres oppdrag ved grenseovergangene (grensekontroll), og med etterretning til NHD (forsyningssikkerhet).
- (2) Tolletaten opplever situasjonen med å tilgjengeliggjøre infrastruktur og fasiliteter for en rekke aktører ved grenseovergangene som krevende enkelte steder, men tilstreber å ivareta behovene så langt det er forsvarlig innenfor de rammer og krav vi har til å verne våre verdier på disse stedene. Det virker som om aktørene – selv om de tilhører samme etat (Politiet eksempelvis) – har ulik tilnærming til bistand i de enkelte distrikt/kryssningspunkt. Noen steder stiller aktørene med egen infrastruktur, men andre steder forventes det tilgang til tolletaten i stor grad. Foreløpig håndterer Toll situasjonen enkeltvis, og monitorerer utviklingen nøye.
- (3) Nasjonale tiltak knyttet til hjemmekontor er krevende og rammer også etatens utviklingsaktiviteter. Det er viktig at slike nasjonale påbud ikke videreføres lenger enn strengt tatt nødvendig, og at det fortsatt er en viss fleksibilitet som gjør det mulig for den enkelte etat å prioritere fysisk tilstedeværelse for det aller mest kritiske.
- (4) Når det gjelder grensekryssende persontrafikk er det etatens vurdering at det er bedre å kanalisere denne til færre steder for å få kontroll og kapasitet, og heller slippe opp – enn at det er slik trafikk på alt for mange steder, for deretter å begrense gradvis. Som NHD nevner er forsyningssikkerheten fortsatt under kontroll og de særlige retningslinjene for næringsliv og tungtransport er viktig å opprettholde i så henseende.
- (5) Det er svært viktig at Tolletaten involveres når grenserestriksjoner vurderes og/eller justeres.
- (6) Når det eventuelt gjelder ytterligere inngripende tiltak som eksempelvis portforbud og liknende har Tolletaten sendt behov for unntak/tilpasninger via eget departement (FIN) tidligere. I en slik situasjon er det viktig å unnta kritisk personell slik at etaten kan utføre sitt samfunnsoppdrag.

Røde Kors v/ generalsekretær Bernt G. Apeland:

- (1) Røde Kors er bekymret for barn og unge under andre runde med nedstengning:

Røde Kors er bekymret for hvordan ny nedstengning vil påvirke barn og unge. Henvendelser til våre hjelpetelefoner handler nå i større grad om alvorlige temaer som selvmord, angst, depresjon, kranling hjemme og utrygge opplevelser. I desember gjennomførte Opinion en undersøkelse om ensomhet som viste at over halvparten av de under 24 år oppgir at de føler seg ensomme for tiden pga. koronasituasjonen (55 prosent). Dette er en høyere andel enn i andre aldersgrupper. Sosial distansering og mangel på væresteder og sosial kontakt gjør at vi nå er særlig bekymret for denne aldersgruppen i forbindelse med ny nedstengning.

Røde Kors mener det er viktig at skolehelsetjenesten er til stede der barna er, og ikke fra hjemmekontor. Helsepsykepleiere må ikke omdisponeres til andre oppgaver, men være til stede for barn og unge. På tross av klare oppfordringer fra nasjonale myndigheter om at helsepsykepleiere ikke skal omdisponeres, ser vi at dette fortsatt er tilfelle enkelte steder. Røde Kors ber om at det ses på om en kan vurdere mulighetene for å instruere kommunene nærmere vedrørende dette, evt. se på muligheter for å forskriftsfeste dette kravet, slik at det ikke blir mulig å omdisponere helsepsykepleiere.

Det bør samtidig sikres raske testsvar når lærere og barnehagepersonell har mistanke om koronasmitte, slik at dagtilbudene for barna ikke blir stengt over for lang tid. Barn og unges rett til

medbestemmelse må sikres også i krisetid, og barn og unge må selv inkluderes i mye større grad når skoler og kommuner arbeider med planer for å ivareta barn og unge.

(2) Innspill vedrørende gjeldende anbefalinger:

Røde Kors' portefølje er særdeles bred og inkluderer tiltak som retter seg mot svært ulike målgrupper og med ulik innretning. Mye av vår virksomhet befinner seg i et skjæringspunkt mellom organisert fritidsaktivitet og sosiale tiltak rettet mot sårbare grupper. Vi har blant annet ungdomshus/nettverkshus som inkluderer forskjellige aktiviteter i ulike kategorier innunder ett og samme tak. Vi forsøker nå å oversette myndighetenes råd til vår virksomhet, men opplever det som krevende å finne rammeverk som passer. Reglene, slik de er lagt opp nå, kan i praksis være til hinder for å gjennomføre humanitær aktivitet for de aller mest sårbare.

Røde Kors har følgende innspill:

- i. Det bør åpnes for å gjennomføre frivillig, humanitær aktivitet rettet mot særlig sårbare grupper med særskilte behov. Røde Kors ønsker at det kan gjøres enkelte unntak fra eksisterende anbefalinger for å kunne gjennomføre frivillig, humanitær virksomhet. Dette kan eksempelvis spesifiseres i offisielle råd ved å definere humanitær virksomhet for særlig utsatte grupper i en egen kategori, med tilhørende rammer for gjennomføring. Alternativt kan det avklares unntak i direkte dialog med helsemyndighetene. For Røde Kors har det vært nyttig at det tidligere har kommet slike avklaringer fra Helsedirektoratet direkte.
- ii. Det bør åpnes for enkelte unntak for å kunne gjennomføre aktiviteter for barn og unge. Røde Kors ønsker at det skal gjøres mulig å gjennomføre noe sosial aktivitet på jevnlig basis for barn og unge (ikke kun enkeltstående arrangementer). Eksempelvis kan dette gjøres gjennom å definere et visst antall som kan delta, eller gjøre unntak for visse aldersspenn. Slike unntak og presiseringer ville gjøre det mulig å holde særlig viktige tilbud for barn og unge åpne i denne perioden.

Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap v/ ass. direktør Kristin Cordt-Hansen:

(1) Forslag om "Task force" på fagnivå:

Det er og har lenge vært, svært god dialog mellom aktørene som spiller sammen for å begrense smittespredningen. BUB-møter, samvirkekonferanser, beredskapsmøter, er eksempler på arenaer som bidrar til dialog og informasjonsdeling. Noen er fora på ledelsesnivå, noen er en blanding av ledelses- og fagfora, og noen er politisk ledelse til stede på. Enkelte fora er så store og har så mange deltakere at det er begrenset hvor mye åpen drøfting/diskusjon det er mulig å få til. Formatene har altså en del begrensninger. Vi tror det er behov for tidlig og god dialog på "fagfolk-nivå" med de øvrige sentrale aktørene for å diskutere, med stor takhøyde, hvilke tiltak som kan være aktuelle i en eventuell neste "pakke" for å begrense smittespredningen/slå ned smitten. Dette kan kanskje også bidra til å forberede de som skal gjennomføre tiltak på hva som vil kunne komme tidligere enn hva tilfellet har vært. Derfor foreslår DSB at vi innenfor vår samordningsrolle kan påta oss å rigge til en "Task force" på dette nivået for å diskutere fritt hva som kan være nye tiltak, justering av tiltak, hva det kan bety for andre sektorene og hva konsekvensene i samfunnet vil kunne bli. Og som dermed kan spilles opp til sjefsnivå som underlag for beslutninger.

(2) DSB foreslår at innsatsen med å slå ned smitte i større grad målrettes mot gruppene og områdene der risikoen for smitte er størst:

Arbeidsinnvandring fra land med svakere økonomi og høyere smittetrykk er en trussel som kan medføre plutselig smitteoppblomstring i små, sårbare samfunn. Motivasjonen til å reise til Norge

for å jobbe er sterk, de skal dekke familiens grunnleggende behov med lønnen fra arbeidet de får i Norge. Den motivasjonen kan være vesentlig sterkere enn lojaliteten til samfunnet for å hindre smitte. Man kan ikke forvente noen solidaritetstankegang før egne basale behov er dekket. Derfor er det ikke tilstrekkelig kun å ansvarliggjøre den enkelte som ankommer. Trusselen om straff for brudd på smittevern må antas å ha liten effekt så lenge ikke oppdagelsesrisikoen er svært høy. Det vil kreve store ressurser fra politiet for å skape en slik oppdagelsesrisiko. Derfor er det viktig at arbeidsgiverne holdes ansvarlige med en reell risiko for kontroll og strenge sanksjoner. Det må kunne stilles krav om at arbeidsgiverne kontrollerer at karantene er gjennomført og at de ansatte har testet negativt.

Norge er avhengig av arbeidsinnvandring, så det er viktig at virkemidlene er tilpasset slik at det fortsatt er lønnsomt for arbeidsgivere å ansette og for arbeidstakere å komme. En anbefaling kan derfor være å foreta en nærmere analyse av hvilke virkemidler som kan fungere for at gjestearbeiderne skal følge dem. Hvor store ulemper, økonomiske og praktiske, kan denne gruppen akseptere før de enten dropper turen eller bryter reglene? Og hvor store ulemper, økonomiske og praktiske, kan arbeidsgiverne akseptere før de enten bryter reglene eller forsøker å finne andre løsninger? Dersom man kan finne riktige og balanserte tiltak for disse partene i dialog med gjestearbeidere (de har antakelig ingen talspersoner eller foreninger som snakker for seg, men kanskje det er mulig å få noe innside informasjon) og dialog med næringslivet (fiskerimottak osv.), vil man kunne slå ned mer av importsmitten.

For gjestearbeidernes motivasjon for å følge smittevern er det en stor fordel om det er en absolutt forutsetning for å få arbeid at de kan dokumentere gjennomført karantene osv. I tillegg kan man allerede nå, eller på sikt når man har tilstrekkelig med vaksiner, tilby vaksiner til de som ankommer som "premie" for at de følger smittevernet. Da får de et gode i stedet for trussel om straff eller mistet jobb.

Både antall karantenehotell og den økonomiske byrdefordelingen i ordningen kan være ett av flere virkemidler som kan sikre bedre etterlevelse og lavere risiko for smittespredning.

BUFDIR v/ direktør Mari Trommald:

Bufdir takker for muligheten til å gi innspill til Helsedirektoratet og viser til gjeldende anbefalinger (<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus>) av relevans for våre tiltak og målgrupper:

- i. Alle bør i størst mulig grad holde seg hjemme og begrense sosial kontakt med andre mennesker
 - ii. Unngå å ha gjester i hjemmet
 - iii. Kommunene bør proaktivt følge opp voldsutsatte, særlig kvinner og barn
 - iv. Barnehager, skoler og andre opplærings- og utdanningsvirksomheter kan være åpne, og skal drives smittevernfaglig forsvarlig. I samme periode anbefales alle videregående skoler og ungdomsskoler å gå over til rødt nivå.
 - v. Avlastningstilbud for barn i barnevernet kan opprettholdes
- (1) Bufdir fastholder, i tråd med anbefalingene gitt i rapportene fra Koordineringsgruppen for tjenester til barn og unge under covid-19 og Ekspertgruppen for barnehage og skole, at myndighetene i vurderinger av nasjonale smitteverntiltak bør ha som overordnet premiss at tiltaksbyrden overfor barn og unge skal være minst mulig. Bufdir mener at både de universelle og spesialiserte tjenestene til barn og unge må være åpne og tilgjengelige. Barn og unge bør i størst mulig grad få mulighet til å drive med fritidsaktiviteter og besøke hverandre hjemme.

Bufdir legger til grunn at barn spiller en vesentlig mindre rolle for smittespredningen enn voksne. Vi viser i denne forbindelse til FHIs vurderinger om at skoler og barnehager ikke ser ut til å være noen drivende faktor i pandemien.

Gjennom Koordineringsgruppens rapporter er det godt dokumentert at omfattende stenging av tjenester til barn og unge i vår viste at mange barn, unge og familier mistet viktige sosiale arenaer, læringsarenaer, hjelpetilbud, fikk brudd i behandlingsforløp eller mangelfull oppfølging. Koordineringsgruppen skriver i rapport 10 at *"Det er åpenbart at kvaliteten på tjenestene blir vesentlig dårligere når man ikke møter barna. Dette har koordineringsgruppen påpekt i en rekke rapporter og vi ser klare tendenser til at dette gjentar seg. Det er derfor spesielt viktig med god og nyansert kommunikasjon fra regjering og nasjonale myndigheter knyttet til smittevernanbefalinger. Det gjelder f.eks. anbefaling om bruk av hjemmekontor for de som kan.* Det har vist seg at lokale myndigheter flere steder legger på flere restriksjoner enn pålagt fra nasjonale myndigheter «for å være på den sikre siden» og for å vise lojalitet til anbefalinger og handlekraft. Flere tjenester som ikke har vært pålagt å stenge, stenger eller reduserer sin virksomhet kraftig. Dette fører til flere begrensninger og en større belastning enn nødvendig for barn, unge og familier. Det viste seg også tidligere i år at det tok lang tid å få tjenestene tilbake til normal drift etter at en stengning først var besluttet. Forskning og erfaringer fra hjelpetjenester tyder på at dette hadde flere alvorlige konsekvenser, særlig for de som allerede var sårbare. Med den kunnskapen vi har nå, bør det gjøres en grundig vurdering av hensynet til andre alvorlige konsekvenser for befolkningen enn risiko for smitte, før nye og inngripende nasjonale tiltak besluttes. Smitteverntiltak har nå vart over lengre tid, og tiltaksbyrden øker med varigheten av tiltaket. Bekymringen direktoratet hadde ved pandemiens oppstart er med dette ytterligere styrket. Viktigheten av å prioritere lav tiltaksbyrde for barn og unge blir større jo lengre tid som går. Risikoen for at sårbare barn og unge ikke fanges opp øker, og de vil dermed ikke få den hjelpen de har behov for og krav på. Direktoratet vurderer at dermed at risikoen for at sårbare barn og unge faller utenfor og vanskelig lar seg hjelpe øker jo lenger tid som går.

Skolen er en av de aller viktigste arenaene for barn og unge. At opplæringen gis på skolen er viktig for alle barn, men vil kunne ha særlig betydning for barn i sårbare situasjoner og være viktig for å gi dem en del av den hjelpen de trenger. Vi har i dette innspillet derfor fokus på viktigheten av å opprettholde det universelle skoletilbudet også under pandemien. Stengte skoler innebærer heldigital undervisning. For barn i sårbare situasjoner vil det beste tiltaket være at flest mulig får opplæring på skolen. Ved at opplæringen gis på skolen vil vi kanskje unngå opplevelsen av stigmatiseringen som flere rapporterte om når særskilt sårbare barn og unge fikk et skoletilbud mens andre hadde hjemmeundervisning.

Ved nedstenging av skoler er det en økende risiko for at barn og unge som lever under vanskelige hjemmeforhold, ikke oppdages. I tillegg kan nedstenging av skoler medfører at denne gruppen mister det som skaper stabilitet og normalitet i en ellers vanskelig og kaotisk hverdag. Hjemmeskole eller redusert tilgang til skolen, i tillegg til sosial nedstengning, medfører mye tid hjemme uten nødvendige pauser og «fri» fra en vanskelig livssituasjon.

Kunnskapsgrunnlaget Bufdir bygger sine vurderinger på, er hentet fra de ti rapportene fra Koordineringsgruppen for tjenester til utsatte barn og unge under Covid-19, rapportene fra Utdanningsdirektoratets ekspertgruppe for barnehage og skole fra henholdsvis april og november 2020, Utdanningspeilet 2020, samt forskning gjengitt under.

(2) Kunnskap fra forskning

En kunnskapsoppsummering over studier gjennomført under pandemien utført av Folkehelseinstituttet på oppdrag fra Bufdir, viser at det flere steder er påvist økt stress og særlig risiko for omsorgssvikt og/eller vold mot barn og unge i familier som hadde vanskeligheter også før pandemien. Det er noe mer uklare funn når det gjelder effekten på psykisk helse og konsekvenser for familier som var mer robuste i forkant av pandemien. Samlet kan vi si at:

- Skolenedstengning og redusert skoletilbud øker sosiale forskjeller. Sosioøkonomisk status får større betydning. Det er delte erfaringer med hjemmeskole (noen opplevde at de lærte mer, andre mindre), men vi vet at de med dårligere ressurser hjemme får det enda dårligere.
- Særlig barn med læreversker og funksjonsnedsettelse får et dårligere tilbud med hjemmeskole
- Sosialt samvær med jevnaldrende er særlig viktig for ungdommer. Sosiale medier dekker ikke behovet for kontakt. Den sosiale skolesettingen var et stort savn under forrige nedstengning. Også savn etter fysisk kontakt med lærer.
- Studier tyder også på at de sosiale rammene er viktige for den faktiske læringen som skjer på skolen.
- Mer uro, krangling, stress i familien når alle er mer hjemme sammen. Konflikter hjemme øker risikoen for vold og psykisk mishandling.
- Lærere og ansatte ved skolen er viktige for å avdekke barn og unge som har det vanskelig.

Skolehelsetjenesten er barn og unges førstelinje. Denne ble helt eller delvis stengt under forrige nedstengning.

(3) NKVTS har gjennomført en oppfølgingsstudie om psykososiale konsekvenser under covid-19 hos ungdom i Norge. De fant ingen signifikant økning i forekomst av vold, men identifiserer særlig to bekymringsfulle tendenser under krisen mht. vold/overgrep. En del ungdommer opplever uønsket seksuell interaksjon på nett for første gang, for over halvparten var det første gang. Det er flere grupper som har ekstremt høy risiko for vold:

- unge i familier med lav inntekt (47,1 % mot 15 %).
- unge som er usikre på om foreldrene har psykososiale problemer (psykisk helse, rus, har sittet i fengsel) (53,5 % oppgir en eller annen form for krenkelse)
- unge med ulike typer funksjonsnedsettelse (28 %)

Studien viste videre at omkring 1 av 3 var enige eller helt enige i utsagnet om at de var redd for å gå glipp av viktige ting på skolen. Omtrent like mange sa de var bekymret for at koronakrisen ville påvirke deres muligheter senere i livet.

(4) Kunnskap fra tjenestene og hjelpelinjer

Flere chattetjenester og hjelpetelefoner rapporterer om større pågang dette året. Barn og unge forteller om ensomhet, nedstemthet, frykt og om vanskeligheter som vold og rusmisbruk hjemme. Helsepsykiatere melder også om en oppfattet økning i unge som forteller om vold og overgrep og om depresjon og angst. Politiet melder også om en liten økning i saker som gjelder seksuallovbrudd mot barn (3,2% sammenliknet med 2019) og en noe større økning i saker knyttet til mishandling i nære relasjoner hvor det er minst en fornærmet under 16 år (11,9%).

(5) Særlig om barn i barnevernet

Mange barn og unge i barnevernet har store utfordringer knyttet til skole og trenger ekstra oppmerksomhet og oppfølging i skolehverdagen, eksempelvis tettere oppfølging av voksne, tilrettelagte arbeidsoppgaver osv. Vi vet at selv under normale omstendigheter er det en stor andel av denne gruppen som ikke får den oppfølgingen som er nødvendig for at de skal mestre skolen. Det er rimelig å anta at situasjonen blir ytterligere utfordret i perioder preget av nedstengning og

økende bruk av hjemmeskole, og at det under slike omstendigheter er mer utfordrende å gi denne gruppen den oppfølgingen de er i behov av, og har krav på.

Barn og unge i fosterhjem vil komme innunder de som er definert som å ha særlige omsorgsbehov og det er viktig at de også i denne perioden vil kunne få et fysisk tilbud. En utfordring er imidlertid at mange ikke ønsker å ta imot dette tilbudet av ulike årsaker. En grunn kan være at det oppfattes som stigmatiserende å få særbehandling. Det vil uansett være snakk om store endringer i deres hverdag som kan påvirke negativt. Nedstenging øker byrden på fosterforeldre som har krevende omsorgsoppgaver fra før. Det er en risiko for at dette kan føre til brudd i fosterhjem og ytterligere belastninger på barna.

(6) Særlig om barn og unge med funksjonsnedsettelse

Flere barn og unge med funksjonsnedsettelse har vært uten et kvalitativt godt skole- og utdanningstilbud over tid, blant annet fordi de ikke har fått oppfylt sine vedtak om spesialundervisning. En del elever med særskilte opplæringsbehov kan også ha ekstra vanskeligheter med digital undervisning og at de i større grad kan ha måttet jobbe alene. Det kan bli utfordrende å få tatt igjen tapt læringsutbytte. Manglende oppfølging og tilrettelegging i opplæringen kan føre til at flere faller bakpå og dropper ut av utdanningsløpet.¹

En stor bekymring er knyttet til framtidige konsekvenser av langvarig isolasjon og lite kontakt med andre. Dette kan medføre et økt omfang av psykiske lidelser i tiden framover, særlig sett i lys av at tjenester knyttet til psykisk helse har vært redusert i samme periode.

Rapporteringen på forsommeren viste at pårørende fikk et stort ansvar for oppfølging av sine barn da både helse- og sosialtjenestene og skoletilbudet ble redusert i vår. Dette kan være en stor belastning på familiene og kan øke stressnivået i familiene. Kunnskapsoversikten fra FHI og studien gjort av NKVTS omtalt over, peker i retning av at barn og unge med funksjonsnedsettelse er blant dem som har vært mer utsatt for vold under pandemien.

(7) Bufdirs anbefalinger

Bufdirs hovedanbefaling er som nevnt innledningsvis at tjenester til barn og unge skal holdes åpne og tilgjengelige til enhver tid. **Anbefaling nr. 5 gjengitt over, bør dermed endres til at avlastningstilbud i barnevernet skal opprettholdes.**

I tråd med anbefalingene i rapportene fra koordineringsgruppa mener Bufdir at bruk av rødt nivå bør begrenses til det absolutt nødvendige, at skoler som hovedregel bør være åpne og at opplæringen i størst mulig grad skal foregå på skolen. Det er en klar anbefaling fra både internasjonale eksperter i European Centre for Disease Prevention og Folkehelseinstituttet at skoler bør holdes åpne. Det er videre slått fast at stengning av skoler ikke skal benyttes som forebyggende tiltak. Dette er også i samsvar med barns rettigheter i henhold til Barnekonvensjonen. Inngrep i barns menneskerettigheter skal være nødvendige og forholdsmessige, og det vil neppe bruk av rødt nivå som forebyggende tiltak være, gitt det store inngrepet dette i praksis er i barns rett til utdanning. Dermed mener vi det ikke bør besluttes nasjonale tiltak på dette området, men at tiltak må treffes på lavest mulige nivå ut fra hvordan smittesituasjonen er lokalt.

Det er etter vårt syn lite hensiktsmessig å etablere nye, uprøvde tiltak fremfor å sette ressursene inn på å opprettholde etablerte systemer, der skolen står i en særstilling for barn og unge. Ressursene og oppmerksomheten bør rettes mot å opprettholde eller gjenopprette gult nivå i skolen der forholdene gjør det mulig. Vi mener også at det er en risiko for at stengt eller sterkt redusert skoletilbud gjør at ungdommene etablerer alternative, sosiale arenaer, uten den form for systematisk smittevern som organiserte arenaer som skolen kan gi. Det er derfor et spørsmål om nedstengning av skoler faktisk gir en vesentlig gevinst med hensyn til smittevern. **Anbefaling nr. 4 gjengitt**

innledningsvis, bør dermed endres til at skoler og barnehager skal så langt det er mulig holdes åpne og følge smittevernregler.

Konsekvensen av at barn i ungdomsskolealder ikke får besøke eller ha besøk i hjemmet av sine venner er uheldig. Dette legger opp til at barn på 12 år søker sammen med langt eldre barn ute, uten mulighet til å trekke inn med jevnaldrende. I storbyene kan dette medføre at barn vandrer gatelangs med eldre ungdom, og dras med inn i uheldige aktiviteter. Bufdir vurderer det som viktig at barn i ungdomsskolealder gis samme anledning til å besøke og ha besøk av jevnaldrende fra sin kohort som barn i barneskolealder. Anbefaling nr. 2 nevnt innledningsvis, bør dermed utvides med en presisering av at barn på barne- og ungdomsskole kan besøke hverandre hjemme.

Fritidstilbud i regi av frivillighet i samarbeid med skolen er et godt tiltak for barn og unge i familier med lav inntekt også i normale tider. Vi mangler kunnskap som tilsier at et slikt tiltak under pandemien vil være egnet til å kompensere for de uheldige konsekvensene av et redusert skoletilbud. Et fritidstilbud vil ikke kunne kompensere for et mangelfullt utdanningstilbud. Man kan likevel anta at et slikt fritidstilbud kunne bidratt til å gjøre den totale belastningen noe mindre, ettersom det sikrer noe sosialt samvær med jevnaldrende i tillegg til å få en pause fra hjemmet og vanskelige hjemmeforhold. Bufdir er imidlertid bekymret for at det å bruke ressurser på å etablere et slikt kompenserende tiltak kan bidra til at en del kommuner vil kunne forsvare å holde skoler på rødt tiltaksnivå lenger enn det som er nødvendig ut fra smittevernhensyn. Det er viktig å presisere at det til enhver tid må være høyeste prioritet å holde skoletilbudet åpent og tilgjengelig, samt at rødt nivå for skole eller barnehage ikke skal anvendes forebyggende.

I kortere perioder hvor det ikke er mulig å unngå rødt nivå, anbefaler Bufdir at:

- Udirs presisering av hva rødt nivå innebærer, for eksempel at rødt nivå ikke innebærer hjemmeskole for alle barna på skolen, må gjentas og formidles tydelig til skoleeiere.
- Skolehelsetjenesten må være tilgjengelig og proaktiv
- Barn og unge med særlige behov må få sine rettigheter oppfylt også under rødt nivå.
- Barn og unge som vurderes å være særlig sårbare må få et stedlig skoletilbud også under rødt nivå.
- Tjenestene bør aktivt oppsøke familier som er i risiko eller som man er bekymret for.
- Fritidstilbud bør i størst mulig grad være tilgjengelig og tilpasses smittevernhensyn.

Bufdir oppfatter dagens situasjon, med generelle, nasjonale anbefalinger om på rødt nivå for alle videregående skoler og ungdomsskoler, som en unntakssituasjon fra det som hittil har vært den nasjonale hovedstrategien, som bygger på prinsippet om lavest mulig tiltaksbyrde og at tiltak skal treffes lokalt ut fra det den lokale smittesituasjonen tilsier. Bufdir anmoder Helsedirektoratet om å legge til rette for at samfunnet så snart det er forsvarlig, kan vende tilbake til det som var den nasjonale strategien før de siste innstramningene 4. januar.

Utdanningsdirektoratet v/ direktør Hege Nilssen:

Utdanningsdirektoratet takker for muligheten til å komme med innspill til Helsedirektoratet og FHI om smitteverntiltak og viser til tilsvarende innspill fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet der konsekvenser for utsatte barn og unge også er nærmere beskrevet.

- (1) Mandag 4. januar iverksatte regjeringen nye tiltak for å få kontroll på en uklar smittesituasjon etter jule- og nyttårsfeiring. For å forebygge videre smitte ble det blant annet iverksatt nasjonalt rødt tiltaksnivå i videregående skoler og ungdomsskoler, uavhengig av smittesituasjonen lokalt. Kommunene ble også bedt om å vurdere behovet for å iverksette rødt nivå i barnehager og barneskoler med høyt smittepress.

Det er vår vurdering at generelle nasjonale tiltak rettet mot barn og unge, og skoler og barnehager, som innføres uavhengig av lokal smittesituasjon, ikke er forenelig med ambisjonen om lav tiltaksbyrde for barn og unge.

Vi mener at tiltak overfor barn og unge må komme sekundært til tiltak overfor resten av samfunnet. For at tilbudene til barn og unge skal kunne opprettholdes på et så normalt nivå som mulig, må heller resten av samfunnet tåle strengere smitteverntiltak.

Opplæring på skolen er det beste for barn og unge. Barnehage og skole er også en svært viktig samhandlingsarena for ulike hjelpeinstanser rundt sårbare barn og unge. Vi mener derfor at det bør være en høy terskel for å innføre ytterligere smitteverntiltak i barnehage og skole. Vi viser i denne sammenheng til at tiltaksbyrden for barn og unge har vart siden mars med ulike tiltak for å redusere smitte med stengte barnehager og skoler, karantene og organisering etter trafikkllysmodellen.

Vi kan legge til grunn at barn spiller en vesentlig mindre rolle for smittespredningen enn voksne, og at skoler og barnehager ikke ser ut til å være en drivende faktor i pandemien. Dette er i tråd med FHI's vurderinger og den nyeste kunnskapsoppsummeringen fra det europeiske smitteverninstituttet ECDC. Videre indikerer smittetallene fra høsten 2020 at trafikkllysmodellen i skolen fungerer etter intensjonen og at åpne skoler er forenlige med godt smittevern. Ved den foreløpige smittetoppen i uke 45 ble det innført rødt tiltaksnivå i områder med høyt smittetrykk. Vi så deretter en betydelig reduksjon i antall smittetilfeller hos barn og unge i ukene frem mot juleferien, jfr. FHI's ukerapporter. I områder med lavt smittetrykk ser gult tiltaksnivå fortsatt ut til å gi godt nok smittevern.

(2) Åpne barnehager og skoler er viktig for barn og unges utvikling, læring og helse

Store negative konsekvenser av koronatiltakene rettet mot barn og unge er godt dokumentert av ekspertgruppen for barnehage og skole og av koordineringsgruppen for utsatte og sårbare barn og unge. Hvordan pandemien påvirker barn og unge på lang sikt, vet vi fortsatt lite om, men vi har undersøkelser som viser at ungdom selv mener de lærer mindre i denne situasjonen. Det vi vet er at smitteverntiltak blant annet i barnehage, skole, barnevern, helsetilbud og fritidsaktiviteter har vært spesielt belastende for sårbare grupper.

Vi vet at mange barn og unge rapporterer om ensomhet, mangel på motivasjon og oppfølging når mye av opplæringen foregår digitalt. For mange elever er det skolens rammer og struktur som normalt gir drivkraft til skolearbeidet.

Tilbudet til elever med rett til spesialundervisning eller særskilt språkopplæring har vært bedre i høst enn det var under nedstengingen i vår, men det er fortsatt slik at smitteverntiltak og fravær påvirker omfang og kvalitet i tilbudet.

Ut fra dialogen med statsforvalterne, vet vi at det er svært ulikt hvordan opplæringen foregår hjemme. Dette handler både om hva skolene tilbyr av opplæring og oppfølging, og hvordan elevene blir fulgt opp og opplever å motta opplæring hjemme. Fordi kvaliteten i den digitale opplæringen er så ulik, er rødt tiltaksnivå og ren digital opplæring med på å forsterke ulikhetene i elevenes utbytte av opplæringen. For mange elever må vi anta at koronapandemien har ført til et svekket utbytte av opplæringen, og redusert faglig progresjon. I flere fag, blant annet innen fagopplæring, er ren digital opplæring ikke et alternativ. Gitt dagens situasjon må det også vurderes hvilke konsekvenser tiltakene får for sluttvurdering og eksamen.

(3) Lavest mulig tiltaksbyrde for barn og unge

Regjeringen har uttalt at barn og unge skal ha lav tiltaksbyrde under koronapandemien. Dette innebærer at smitteverntiltakene i første omgang må rettes mot andre deler av samfunnet, før det iverksettes tiltak overfor barn og unge. Det innebærer også at smitteverntiltakene rettet mot barn og

unge ikke må være mer inngripende enn nødvendig ut fra smitterisikoen de representerer. Videre må smitteverntiltakene være tilpasset den lokale smittesituasjonen og øvrige lokale forutsetninger.

Målet om lav tiltaksbyrde for barn og unge betyr også at eventuelle begrensninger må ha så kort tidshorison som mulig. Erfaringer fra våren 2020 viser at det er svært krevende å åpne opp igjen tilbud og tjenester som har blitt stengt.

Gjennom de ulike fasene av koronapandemien har vi sett en tendens til at strenge nasjonale føringer fører til ytterligere innstramminger i smitteverntiltak lokalt. Strenge tiltak i lag på lag kan utilsiktet føre til en vesentlig innstramming av tilbudene og kvaliteten på tilbudene og tjenestene til barn og unge. Vi har også sett tendenser til innføring av smitteverntiltak i barnehager og skoler som er av rent forebyggende karakter. Vi mener det er helt nødvendig å etablere en høy og omforent terskel for å iverksette inngripende tiltak rettet mot barn og unge.

Det vil være en sentral oppgave fremover å sørge for et best mulig barnehage- og skoletilbud, uansett smitteomfang og smitemønster. Tiltak rettet mot barn og unge må fremdeles ikke være av forebyggende karakter og det må gjøres gode vurderinger av forholdsmessigheten i tiltak. Det finnes få eller ingen tiltak som kan kompensere for stengte barnehager og skoler eller begrenset tilgang til disse. Digital opplæring er ikke et fullverdig alternativ.

(4) Opptrapping til rødt tiltaksnivå eller stenging må være tidsbegrenset og målrettet

Når det påvises flere smittetilfeller i en barnehage eller skole, kan kortvarig stenging i få dager for å få oversikt over situasjonen være nødvendig etter vurdering av kommunelegen. Slik kortvarig stengning må opphøre så snart det er mulig.

Rødt nivå bør ha kortest mulig varighet, og vurderes fortløpende i forhold til tiltaksbyrden. Tiltaket skal være tidsbegrenset (14 dager ved innføring) og skal på nytt begrunnes ved behov for forlengelse. Tiltaket skal være forholdsmessig og mest mulig målrettet. For eksempel bør rødt tiltaksnivå heller innføres for enkeltskoler og –arnehager, fremfor alle i hele kommunen.

Før rødt nivå innføres bør lokale helsemyndigheter og lokale utdanningsmyndigheter ha foretatt:

- En konsekvensvurdering for barn og ungdom som ikke får tilbud om tilstedeværende undervisning. Dette gjelder både utsatte/sårbare barn og ungdom, men også alle barn og ungdom.
- Kompenserende tiltak for å ivareta barn og unge i en periode hvor de ikke får fulle dager på skolen (tilgjengelig sosiallærer, helsesykepleier, lavterskel mulighet til å kontakte lærer) og oppsøkende virksomhet mot utsatte barn og unge.

(5) Anbefalinger fra Utdanningsdirektoratet

Utdanningsdirektoratet anbefaler at barn og unge fortsatt skal ha lav tiltaksbyrde under koronapandemien. Dette innebærer at smitteverntiltakene i første omgang må rettes mot andre deler av samfunnet, før det iverksettes tiltak overfor barn og unge. Det innebærer også at smitteverntiltakene rettet mot barn og unge ikke må være av rent forebyggende karakter, og ikke være mer inngripende enn nødvendig ut fra smitterisikoen de representerer. Videre må smitteverntiltakene være tilpasset den lokale smittesituasjonen og øvrige lokale forutsetninger.

Næringslivets Hovedorganisasjon v/ direktør arbeidsliv Nina Melsom:

Smittesituasjonen i Norge er per dags dato bekymringsfull, og det er nødvendig med strenge smitteverntiltak i samfunnet for å holde smittetrykket nede. I ukene fremover kan Norge komme i en situasjon hvor det bli nødvendig med ytterligere innstramming og nye tiltak. Siden smitteverntiltakene som innføres også har store konsekvenser for enkeltbedrifter og næringslivet som helhet, ønsker NHO

å gi våre innspill inn i arbeidet med mulige nye smitteverntiltak og innstramminger av eksisterende tiltak. Vi mener dette er informasjon som kan være nyttig i utformingen av tiltak som direkte påvirker næringslivet, slik at hensynet til verdiskapingen og norske arbeidsplasser kan ivaretas på best mulig måte selv i en situasjon hvor det kan bli nødvendig med enda mer inngripende tiltak enn i dag.

Innspillene er utarbeidet i samråd med landsforeninger i NHO.

(1) Mulige tiltak ved nivå 5, Ukontrollert spredning

I regjeringens Beredskapsplan for smitteverntiltak under covid19-pandemien, oppdatert 14. desember 2020, omtales høyeste smittenivå 5 for en situasjon med ukontrollert spredning. Her omtales blant annet forbud mot private og offentlige arrangementer, stenging av serveringssteder, tilstrekkelig nedstenging av aktiviteter og virksomheter, rødt nivå i barnehager og skoler, unngå unødvendige reiser og unngå besøk. Dette er omfattende og inngripende tiltak som smittevernmyndighetene mener er nødvendig i en situasjon med ekstrem smittespredning. NHO forutsetter at forholdsmessigheten ved eventuelle tiltak på nivå 5 vurderes nøye, slik at konsekvensene for bedriftene dempes i så stor grad som mulig. Allerede er svært mange bedrifter hardt rammet av nasjonale og lokale smitteverntiltak.

(2) Forbud mot private og offentlige arrangementer og stenging av serveringssteder

Et generelt forbud mot arrangementer og stenging av serveringssteder vil ramme en allerede hardt presset event- reiselivs- og serveringsbransjen ytterligere. I en situasjon med ukontrollert smitte er det naturlig nok aktiviteter og virksomheter som samler mennesker som i første rekke må begrenses. Det er likevel viktig at det gjøres en vurdering på innretningen av tiltakene. For eksempel om serveringssteder kan få ha åpent i begrenset omfang eller for servering av takeaway, slik som er gjort i andre land og slik det også åpnes for i beredskapsplanen av 14. desember. Kantiner og catering, om i begrenset omfang, må fortsatt kunne ha åpent. Dette blant annet også av hensyn til de arbeidstakerne som må møte på jobb.

Det vil også være viktig med tydelige avklaringer fra myndighetene om hva som fortsatt vil være tillatt. For eksempel er det i dag differensiert mellom utendørs og innendørs aktiviteter og arrangementer. For å sikre forutsigbarhet for bedriftene er det nødvendig med en tydelig avklaring på om dette også vil gjelde ved nivå 5. Et eksempel er alpintentre, hvor hovedaktiviteten utelukkende foregår utendørs, med god avstand mellom mennesker og hvor det er mulig å innføre strengere smitteverntiltak enn i dag før en stenging vurderes.

(3) Tilstrekkelig nedstenging av aktiviteter og virksomheter

Dersom det innføres en "tilstrekkelig nedstenging av aktiviteter og virksomheter" som omtalt i beredskapsplanen, forutsetter vi at det også her gjøres en grundig forholdsmessighetsvurdering. Utgangspunktet må være at så mange virksomheter som mulig kan holde åpne samtidig som hensynet til smittesituasjonen ivaretas, heller enn at det tas utgangspunkt i at mest mulig må stenges ned. For bedriftene vil det alltid være bedre å kunne drive noe av sin virksomhet enn å ikke kunne drive i det hele tatt. Å stenge en bransje eller å innføre begrensninger som er så vidtrekkende at det ikke er mulig å drive videre, selv med kompenserende tiltak, må derfor kun benyttes i en situasjon hvor det ikke finnes noe smittevernforvarlig alternativ.

Kritisk samfunnsvirksomhet

I ytterste konsekvens og ved en full nedstenging av samfunnet er det de definerte kritiske samfunnsvirksomhetene som må og skal prioriteres. Dette er helt nødvendige funksjoner som samfunnet er avhengig av opprettholdes uavhengig av smittesituasjon, som forsyningsikkerhet, herunder matforsyning, helse- og omsorgstjenester, kraftforsyning, elektroniske

kommunikasjonstjenester og transport. I denne prioriteringen må også det som er definert av regjeringen som "viktige samfunnsfunksjoner" inngå, i tillegg til de kritiske samfunnsfunksjonene som er definert av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Dette gjelder bl.a. renovasjon, medier, barnehager og skoler og opprettholdelse av virksomhet og sysselsetting på norsk sokkel.

NHO viser til at ordlyden i nivå 5 om "tilstrekkelig nedstenging" ikke nødvendigvis innebærer en nedstenging av alle virksomheter som ikke er definert som samfunnskritisk. Det vil sannsynligvis være en gradvis nedstenging av virksomheter før man eventuelt kommer i en situasjon hvor kun kritiske samfunnsvirksomheter kan holde åpent. Av hensyn til bedriftene er det viktig at det allerede nå gis mer informasjon om hvilke bransjer og virksomheter som vurderes nedstengt på nivå 5, og ved en eventuell gradvis nedstenging inntil et "tilstrekkelig nivå" er oppnådd. Det kan være ulike måter å differensiere mellom bransjer og virksomheter på, for eksempel mellom virksomheter som er åpent tilgjengelig for publikum vs. de som ikke er det, eller virksomheter som har mange ansatte på jobb som jobber tett på hverandre vs. virksomheter hvor få jobber sammen eller hvor man jobber alene. Det kan også differensieres ut fra om en bransje har en egen smittevernstandard, eller har kurset og dedikert personell til oppfølging av åpen virksomhet. Det vises for øvrig til NHOs notat om differensiering av smitteverntiltak datert 10.12.2020.

Det er også viktig at virksomheter som er svært krevende å stenge ned skjermes så langt det er mulig. Noen eksempler:

- Industribedrifter hvor det er svært arbeidskrevende eller dyrt å stanse driften. Et stengt aluminiumsverk vil koste flere titalls millioner kroner å åpne opp igjen, og mange maskiner må i realiteten ødelegges for å kunne stenges ned.
- Olje- og gassreservoarer på norsk sokkel, hvor det ved en stans i produksjonen over tid er usikkert om produksjonen fullt ut kan gjenopprettes. Selv en kortere stans på en enkelt innretning på sokkelen kan derfor påføre samfunnet milliardtap. En nedstenging av virksomheter må derfor ses i sammenheng med de fulle konsekvensene dette vil ha.
- Dyreparker og andre aktører med ansvar for dyr. Vi erfarte i mars at det ikke er mulig å stenge slike steder helt, fordi man er avhengig av at noen kan passe og mate dyrene. Hunder i hundekjøringsfirmaer må også luftes/ trenes. Dette må det være åpning for også under en lockdown.

I vurderingen av viktige samfunnsvirksomheter (utover de som er definert av regjeringen som de høyest prioritert) er det flere vurderinger og hensyn som må gjøres. Ved en eventuell ny nedstenging er det særlig viktig at tiltakene ikke får uforholdsmessige konsekvenser for virksomheter som er nødvendige for driften av de kritiske samfunnsvirksomhetene, og som er nødvendige for å holde andre kritiske funksjoner og tjenester oppe. Dette gjelder også bedrifter som bistår det offentlige og som må være i stand til å kunne mobilisere raskt. Noen eksempler:

- Ved nedstengingen i mars 2020 fikk næringsaktivitet som blant annet støttet samfunnskritiske oppgaver og funksjoner unødvendige vanskelige kår. Eksempler er renholdsvirksomhet (smittebegrensende funksjoner), privat sikkerhetspersonell som ble byttet ut med utrent egenregipersonell/HV og private helseinstitusjoner som ble inaktive. Privat kapasitet innen helse, sikkerhet mv. bør i større grad benyttes for å løse de utfordringene vi står overfor i denne krisen.
- Det bygges mye viktig infrastruktur som ikke er definert som kritisk samfunnsvirksomhet, men som kan anses som såpass samfunns viktig at det bør holdes åpent så langt det er mulig; veier og anlegg, sykehus, barnehaver, skoler, infrastruktur, vei og bane. Mye av dette er arbeid som kan gjennomføres med svært liten risiko for smitte. Det bør gjennomføres en vurdering før produksjonen eventuelt stenges.

- Infrastruktur nevnt ovenfor må driftes uansett om nyproduksjon stenges ned. Dersom feil oppstår i viktig infrastruktur, må dette rettes omgående og dette er det normalt driftspersonell som gjør.
- Nødvendige reparasjoner i private hjem må kunne gjennomføres, slik at ikke bygninger og annet får varige skader. Også i private hjem må vann, avløp og strøm fungere, og f.eks. vannlekkasjer fra tak må stoppes.
- Hotelldrift. Mange hoteller er beredskapshoteller etter avtale med kommunen, i tilfelle ulykker og lignende. Dette aktualiserte nettopp seg på Gjerdrum, og er hele tiden aktuelt over alt. Disse hotellene må holdes åpne. En kan kanskje anføre at hotellene kan åpne på relativt kort varsel, men vi erfarer fra tidligere streiker, at de trenger et par dager på seg for å skaffe forsyninger, dersom det har vært langvarig nedstengning. Mange hoteller er karantenehoteller, og denne virksomheten må fortsette selv om det blir lockdown. Mange bedrifter og reisende har ikke andre egnede alternativer, så disse hotellene kan ikke stenge.
- Det må tilrettelegges for at alle virksomheter kan ha teknisk personell tilgjengelig slik at hjemmekontor kan driftes for de øvrige ansatte. Det er av stor betydning for bedriftene at IT-systemene deres fungerer og at det er tilstrekkelig brukerstøtte tilgjengelig.

Vi presiserer at det ved en situasjon som krever maksimal nedstenging først og fremst må være de virksomhetene som er definert på regjeringens liste over kritiske og viktige samfunnsfunksjoner som må prioriteres. Eksemplene vi gir ovenfor er vurderinger som må gjøres i situasjoner før en full nedstenging, slik som ved nivå 5.

Ytterligere innstramming og portforbud

Ved et eventuelt portforbud må verdiskaping og arbeidsplasser skjermes så langt det er mulig. Flere land som har innført portforbud har gjort unntak for arbeidsreiser der hjemmekontor ikke er mulig, eller har innrettet portforbudet slik at det i praksis gjelder på fritiden for de fleste, og ikke i arbeidstiden. NHO forventer at lignende innretninger vurderes ved et eventuelt portforbud i Norge.

I tillegg må det sikres at arbeidsreiser og arbeid i kritiske samfunnsvirksomheter kan opprettholdes. Samfunnsviktig virksomhet (på regjeringens liste) må fortsatt likestilles med listen over samfunnskritisk virksomhet som definert av DSB. Deretter må andre viktige samfunnsvirksomheter (eksemplifisert over) prioriteres. NHO bidrar gjerne med vurderinger av virksomheter som bør prioriteres.

Det må tilrettelegges for at arbeidsreiser kan gjennomføres ved at kollektiv og andre transportmuligheter holdes åpne både lokalt, regionalt og nasjonalt. Det må så langt det er mulig ikke stenges for arbeidsreiser over kommune- eller fylkesgrenser. Så langt det er mulig må det også holdes åpent for reise over landegrensen for grensependlere og nødvendig utenlandsk arbeidskraft, med de til enhver tid gjeldende test- og karantenekrav.

Dersom en smittesituasjon i forbindelse med koronapandemien tilsier at en ytterligere nedstengning av samfunnet vil være et nødvendig tiltak, er det helt nødvendig at kritiske og viktige samfunnsfunksjoner, herunder bl.a. forsyningssikkerheten, ivaretas uten forstyrrelser. I tillegg til transport for kritisk personell må det sikres at all transport også av varer, både av innsatsfaktorer og ferdige produkter, kan gjennomføres uten forsinkelser over landegrense og kommunegrenser. Det er her også viktig at eventuelle ulike kommunale smitteverntiltak ikke medfører forstyrrelser i den normale transporten og leveransen av f.eks. matvarer til hele landet.

(4) Rødt nivå i barnehager og skoler

Selv på et smittenivå 5 må grunnskoler og barnehager ha åpent med tilstrekkelig kapasitet til at ansatte i de virksomheter som man prioriterer å holde åpne ikke må stenge på grunn av at arbeidskraften blir låst inne i barnetilsyn.

Ved nedstengning er det flere andre land som har valgt å stenge grunnskolene men holde barnehagene åpne. Dette bør også kunne vurderes i Norge som et mildere alternativ til å stenge begge deler samtidig, for å sikre flest mulig barn et dagtilbud også i en situasjon med høy smitte og også å unngå at svært mange arbeidstagere må ta omsorgspermisjon fra jobb.

- (5) Til sist er det viktig at det fortsatt opprettholdes lokale eller regionale tilpasninger i smitteverntiltakene, også i situasjoner med smitte på nivå 5. Dersom en nasjonal nedstenging ikke er strengt nødvendig kan regionale eller lokale nedstengninger bidra til at aktivitet holdes oppe i andre, mindre pressede regioner.
- (6) Det er også helt nødvendig at bedriftene får tilstrekkelig med tid til å innrette seg ved en styrking eller endring av smitteverntiltakene. I mange bedrifter er det vanskelig å stenge på kort tid, og det må også tas hensyn til at varer, bygg mv. kan sikres på en forsvarlig måte.
- (7) Innspill fra Norsk olje og gass

Hovedbudskap

For olje og gassvirksomheten er det viktig at en lockdown ikke medfører at olje og gassproduksjonen må stenge ned. Det vil kreve at det må gjøres en gjennomgang og gis de unntak fra reglene om lockdown som er nødvendig for å kunne opprettholde produksjonen. Å "opprettholde virksomhet og sysselsetting på norsk sokkel" er ansett som en viktig samfunnsfunksjon i Regjeringens liste over kritiske samfunnsfunksjoner, se [Link](#). Å opprettholde infrastruktur til denne virksomheten er også av stor viktighet og vi viser til at "Ansatte i rederier og skipsfartsnæringen med vesentlige oppgaver knyttet til å opprettholde operative logistikk-kjeder og energiproduksjon" og er ansett som en kritisk samfunnsfunksjon. Det samme må gjelde annen transport knyttet til landbaser og forsyningskjeder og infrastruktur, mht fly etc som gjør det mulig å transportere folk frem til heliport.

Viktig samfunnsfunksjon

Olje- og gassnæringen er ikke inkludert i DSBs rapport om "Samfunnets kritiske funksjoner", men "opprettholde virksomhet og sysselsetting på norsk sokkel" er ansett som en viktig samfunnsfunksjon i Regjeringens liste over kritiske samfunnsfunksjoner, se [link](#).

Vi gjør oppmerksom på at samfunnskritiske funksjoner i Europa er avhengig av kontinuerlige energileveranser fra norsk sokkel. Det er derfor av avgjørende betydning for liv og helse at produksjonen på norsk sokkel opprettholdes gjennom en eventuell lockdown. Videre er næringen viktig for norsk verdiskaping og forstyrrelser vil ha store økonomiske konsekvenser. En del reservoarer på norsk sokkel er av en slik art at dersom produksjonen vil måtte stanses over tid er det usikkerhet om produksjonen kan fullt ut gjenopprettes. Selv en kortere stans på en enkelt innretning på sokkelen kan derfor påføre samfunnet milliardtap.

Medisinske tjenester i petroleumsvirksomheten

Alle operatørselskap på norsk sokkel har egen medisinsk kompetanse og ansvarlige leger. På alle bemannede innretninger på sokkelen er det til enhver tid minst en sykepleier med spesialisering i anestesi/akuttmedisin.

Flere operatørselskap har eget testutstyr og analysemaskiner for Covid-19 og helsepersonell som kan utføre tester, og vil derfor ikke belaste det offentlige helsevesenet. Olje og gassnæringen har gjennom bransjeforeningen Norsk olje og gass etablert felles anbefaling for Covid-19 og utreise offshore for å redusere smitterisiko offshore. Erfaringsutveksling og koordinering av tiltak gjøres

gjennom Norsk olje og gass' medisinskfaglige Covid-19 arbeidsgruppe, hvor myndighetene er representert ved Fylkeslegen i Rogaland.

Behov for unntak ved en evt. nedstengning

Ved en eventuell lockdown ber vi derfor om at ansatte i olje- og gassnæringen og de av næringens støttefunksjoner som er viktig for å opprettholde drift og produksjonen på sokkelen, må gis nødvendige unntak for å kunne opprettholde drift. Dette vil i hovedsak gjelde: Personell offshore, nødvendig landbasert personell for drift på land, bemanning på heliporter, personale nødvendig for Gasscos operasjoner og drift, drift av forsyningsbasene, personell ved terminalene og i andre støttefunksjoner, samt ansatte i rederier og skipsfartsnæringen med vesentlige oppgaver knyttet til å opprettholde operative logistikk-kjeder og energiproduksjon som er ansett som en kritisk samfunnsfunksjon.

Følgende unntak må gjøres for at næringen skal kunne opprettholde drift:

- i. Ansatte må ha mulighet til å reise til og fra jobb. Det er derfor avgjørende at det blir opprettholdt infrastruktur og flyforbindelser som kan transportere folk frem til heliport. Oljenæringens ansatte jobber to uker på og fire av, og er bosatt i hele landet.
- ii. Transport av nødvendig materiell må kunne gjennomføres, også på tvers av landegrenser.
- iii. Karantenebestemmelser: I den grad det er mulig, og med forsvarlige smitteverntiltak, er det viktig at vi får hensiktsmessige unntaksbestemmelser fra karanteneregler som gjelder for utenlandsk personell som kommer til Norge
- iv. Helsepersonell nå ansatt i petroleumsnæringen og nødvendig for sikker drift offshore må ikke benyttes til formål som gjør at de risikerer å ikke kunne arbeide offshore.
- v. Arbeidstidsbestemmelser. Endringer i arbeidstidsbestemmelser:
 - a. Mulighet til å utvide oppholdsperioder offshore
 - b. Mulighet til å økning/endring i arbeidstidsbestemmelser også for virksomhet på land, eksempelvis periodene for gjennomsnittsberegning av arbeidstid slik mht rotasjonslengden for landbasert virksomhet.

Politidirektoratet v/ seksjonssjef Lars L. Aune:

I forbindelse med vurdering av nasjonale smitteverntiltak, skal det levers en vurdering av de iverksatte tiltakene og foreslå evt. endringer basert på smittesituasjonen i januar og erfaringene som er gjort så langt i håndteringen av pandemien. Medlemmer og rådgivere til Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser (BUB) er blitt gitt anledning til å komme med innspill.

I sakens anledning ønsker Politidirektoratet som medlem av BUB å komme med innspill relatert til utførelse av grensekontrollen og håndhevelse av smitteverntiltakene.

(1) Utførelse av grensekontroll

Grensekontroll er ett av flere tiltak med effekt mot importsmitte. Oppfølging av reisende etter innreise gjennom smittetesting, oppfølging av karantene og dialog med arbeidsgivere mv, er tiltak som må virke sammen med grensekontrollen for at dette skal ha effekt.

Politiet utfører i dag aktiv grensekontroll på ca 40 grensepasseringssteder på sjø, luft og land. Resterende grensepasseringssteder er stengt for innreise og overvåkes enten gjennom vakthold eller kunnskaps- og risikobasert avpatruljering. Et stort antall av politiets tjenestepersoner er avsatt til grenseoppdraget og disse må til enhver tid være oppdatert på gjeldende regelverk. Det kan derfor være utfordrende med stadig nye tiltak og forskriftsendringer som iverksettes med kort frist. Det må derfor forventes en del etterfølgende justering for å bedre utførelse og dermed også øke effekten av tiltaket.

Politiet opplever nå et stort antall reisende, særlig langs landevei, som ikke har utfyllt reiseregistreringsskjema (nærmere 50% enkelte steder). Det kan tyde på at registreringsplikten er mangelfullt kommunisert til de reisende. Det kan derfor synes som det er et behov for intensivert og bred kommunikasjon innenlands og utenlands om plikten til å registrere seg ved innreise til Norge. Videre synes det behov for å rette økt oppmerksomhet mot oppfølging av den reisende etter grensepassering. Forhold som karantene og testing fremstår sentralt for å oppnå ønsket effekt mot importsmitte.

I tillegg bør man vurdere og aktivt begrense adgangen til innreise i regelverket ved å hjemle bortvisning av alle som kommer fra land innenfor en mer definert risikogruppe (høyt smittetrykk, mutasjoner, mm) – det vil si at reisende fra enkelte land/områder ikke vil kunne reise inn selv om de ellers fyller vilkårene.

Tiltakene med tilhørende unntak må være enkle å innføre, justere og kommunisere.

(2) *Håndhevelse av smitteverntiltak*

Av ulike grunner er politiets tallmateriale relatert til håndhevelse av smitteverntiltak noe usikkert. Det kan likevel nevnes at kurven for antall anmeldelser synes å være nedadgående i forhold til i høst. Det kan bety at tiltakene, politiets håndtering og kommunikasjon rundt dette har hatt effekt.

Det er grunn til å tenke at den største effekten av politiets oppfølging av tiltak på territoriet, ligger i at politiets inngripen og opprettelse av straffesak kommuniseres bredt og tydelig i media. Formentlig bidrar dette i forhold til forebyggende og tillitsbyggende effekt.

Politiet er ressursmessig i stand til å stå i dagens oppdrag over tid. Det pågår fortløpende erfaringslæring som bidrar til forbedret samhandling med relevante samvirkeaktører, samt at politiet utvikler og forbedrer sin arbeidsmetodikk i forhold til oppfølging av de kommunale og nasjonale tiltakene.

Dersom nye tiltak krever ytterligere ressurser fra politiet, vil det bli nødvendig å prioritere mellom disse og de allerede etablerte tiltakene. Nye tiltak har også en iboende egenskap ved at det tar noe tid før ønsket kvalitet og effekt er oppnådd. Dels må befolkningen få tilstrekkelig informasjon, og dels må politiet og andre etater etablere nødvendig kunnskap og erfaring.