

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Krisestab HOD
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 21/20258-40
Saksbehandler: Knut Berglund
Dato: 27.07.2021

Unntatt offl. § 14 1. ledd
offentlighet:

Svar på oppdrag 494 Bb (revidert versjon) - Gjenåpning trinn 4

HelseDirektoratet sender med dette en oppdatert versjon av oppdrag 494 Bb som ble levert første gang 22. juli 2021. Vi har nå tatt med oppdatering av justert TISK. Vurderingene er drøftet med FHI og det er enighet om anbefalingene i trinn 4. HelseDirektoratet har i denne versjonen også lagt ved et vurderingsnotat – md vurdering av varighet på teststasjoner ved grenseoverganger som tidligere er ønsket besvart av HOD i 494.

- HelseDirektoratet og Folkehelseinstituttets samlede vurdering per 22. juli er at trinn 4 i gjenåpningsplanen kan gjennomføres i slutten av juli eller i begynnelsen av august. Vi må ta forbehold om at den videre utvikling ikke forverres betydelig de nærmeste ukene
- HelseDirektoratet og Folkehelseinstituttet opprettholder vurderingen om at det planlegges for å starte barnehager og skoler på grønt nivå slik som skissert i besvarelse 494 Ba den 15. juli, med justert TISK. Barn og unge har hatt en stor tiltaksbyrde gjennom pandemien, og det er viktig å få på plass normale rutiner så raskt som mulig. FHI beskriver at studier viser at barn blir lite syke av covid-19. Trafikklysmodellen beholdes, og skoler og barnehager må ha beredskap for oppjustering av tiltak ved behov
- Det anbefales ikke at det innføres lettelsers for kystcruise i forbindelse med overgang til trinn 4, men foreslås at det gjøres en ny vurdering av bestemmelsene ultimo august/primo september. Bakgrunnen for anbefalingen er at det bør gå noe tid fra det ble innført lettelsers den 20. juni slik at det kan foreligge et tilstrekkelig vurderingsgrunnlag.
- Slik situasjonen ser ut nå vil det være forsvarlig å arrangere internasjonale toppidrettsarrangementer fra og med september. Det kan gis unntak for eventuell innreisekarantene for en begrenset gruppe toppidrettsutøvere og støttepersonell i forbindelse med internasjonale idrettsarrangementer. Dersom det gis unntak for innreisekarantene, må utøverne følge tidligere skisserte testprosedyrer.
- HelseDirektoratet anbefaler at TISK-regimet justeres ved at det gis unntak fra smittekarantene for personer under 18 år som ikke er nære nærkontakter, dersom de tester seg i tråd med anbefalingene gitt i FHIs besvarelse. Videre kan det vurderes om

HelseDirektoratet

Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester

Knut Berglund

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

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

det er aktuelt å gi kommunene adgang til å erstatte smittekarantene med testing etter en vurdering av smittesituasjonen.

- Det er fortsatt nødvendig at kommunene opprettholder beredskap for testing, isolering, smittesporing og karantene slik at utbrudd kan oppdages og bringes under kontroll.
- Tillegg: Helsedirektoratet vurderer at teststasjoner på grensen som tiltak bør opprettholdes ut året. Det er midler til dette i tilskuddsordningen og smittesituasjonen er ustabil i resten av verden, samt økende i mange land. Teststasjonene på grensen finner positive tilfeller hver eneste uke, og den smittevernfarende verdien av teststasjoner på grensen er betydelig. Hvert importtilfelle som fanges opp på grensen er av stor verdi for det norske samfunnet, og kan hindre lokale utbrudd i Norge.

Helsedirektoratet har i denne besvarelsen samarbeidet med FHI som har gitt smittevernfarende vurderinger og anbefalinger. Disse er lagt til grunn for Helsedirektoratets vurderinger og konklusjon.

Vennlig hilsen

Johnny Advocaat-Vedvik e.f.
avdelingsdirektør

Knut Berglund
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

Helsedirektoratet, Beredskap @helsedir.no;FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd @fhi.no

Svar på covid-19 oppdrag fra HOD 494 – Del Bb

Gjenåpning trinn 4

Oppsummering

- HelseDirektoratet og Folkehelseinstituttets samlede vurdering per 22. juli er at trinn 4 i gjenåpningsplanen kan gjennomføres i slutten av juli eller i begynnelsen av august. Vi må ta forbehold om at den videre utvikling ikke forverres betydelig de nærmeste ukene.
- HelseDirektoratet og Folkehelseinstituttet opprettholder vurderingen om at det planlegges for å starte barnehager og skoler på grønt nivå slik som skissert i besvarelse 494 Ba den 15. juli, med justert TISK. Barn og unge har hatt en stor tiltaksbyrde gjennom pandemien, og det er viktig å få på plass normale rutiner så raskt som mulig. FHI beskriver at studier viser at barn blir lite syke av covid-19. Trafikklysmoellen beholdes, og skoler og barnehager må ha beredskap for oppjustering av tiltak ved behov
- Det anbefales ikke at det innføres lettelsler for kystcruise i forbindelse med overgang til trinn 4, men foreslås at det gjøres en ny vurdering av bestemmelsene ultimo august/primoseptember. Bakgrunnen for anbefalingen er at det bør gå noe tid fra det ble innført lettelsler den 20. juni slik at det kan foreligge et tilstrekkelig vurderingsgrunnlag.
- Slik situasjonen ser ut nå vil det være forsvarlig å arrangere internasjonale toppidrettsarrangementer fra og med september. Det kan gis unntak for eventuell innreisekarantene for en begrenset gruppe toppidrettsutøvere og støttepersonell i forbindelse med internasjonale idrettsarrangementer. Dersom det gis unntak for innreisekarantene, må utøverne følge tidligere skisserte testprosedyrer.
- HelseDirektoratet anbefaler at TISK-regimet justeres ved at det gis unntak fra smittekarantene for personer under 18 år som ikke er nære nærkontakter, dersom de tester seg i tråd med anbefalingene gitt i FHIs besvarelse. Videre kan det vurderes om det er aktuelt å gi kommunene adgang til å erstatte smittekarantene med testing etter en vurdering av smittesituasjonen.
- Det er fortsatt nødvendig at kommunene opprettholder beredskap for testing, isolering, smittesporing og karantene slik at utbrudd kan oppdages og bringes under kontroll.
- HelseDirektoratet vurderer at teststasjoner på grensen som tiltak bør opprettholdes ut året. Det er midler til dette i tilskuddsordningen og smittesituasjonen er ustabil i resten av verden, samt økende i mange land. Teststasjonene på grensen finner positive tilfeller hver eneste uke, og den smittevernaglige verdien av teststasjoner på grensen er betydelig. Hvert importtilfelle som fanges opp på grensen er av stor verdi for det norske samfunnet, og kan hindre lokale utbrudd i Norge.

HelseDirektoratet har i denne besvarelsen samarbeidet med FHI som har gitt smittevernaglige vurderinger og anbefalinger. Disse er lagt til grunn for HelseDirektoratets vurderinger og konklusjon.

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

Revidert oppdrag 494

Det vises til oppdrag 494 sendt ut 17.6.21. Oppdragets del B og C korrigeres med dette.

Nytt oppdrag del B:

b) Vurdering til 22.7

Det bes om at det, med frist innen kl. 10 den 22. juli, gjøres en ny helhetlig vurdering og ev. anbefaling om innføring av trinn 4 i regjeringens plan for gradvis gjenåpning basert på sjekkpunktene angitt over, fra slutten av juli eller begynnelsen av august. Det skal legges til grunn at trinn 4 skal vare inntil vi går over til en mer normal hverdag med økt beredskapsnivå.

I besvarelsen skal det gjøres en vurdering av:

1. Behov for ev. endringer i nasjonale tiltak (regler og anbefalinger) og justeringer i de enkelte kategoriene i gjenåpningsplanen. Det bes særskilt om en vurdering av
 - a) om anbefalingen om å planlegge for grønt nivå ved skolestart skal opprettholdes
 - b) behov for tilpassede innreise- og karanteneregler for utenlandske toppidrettsutøvere som deltar i planlagte internasjonale idrettsarrangementer i Norge fra og med september (avventer liste fra NIF).
2. Lettelser eller endringer i reglene for kystcruise eller karantenereglene for mannskap
3. Justering i TISK-strategien jf. svar på oppdrag 457 og 494A. Det planlegges for semesterstart i skoler og barnehager høsten 2021 på grønt nivå, og det bes om en særlig vurdering av TISK-strategien knyttet til dette. Vi ber videre om en vurdering av
 - nytt system med selvtester og selvregistrering av antigen hurtigtest som eventuelt inkludert forutsetningene for at et slikt system kan etableres, herunder hva som vil være nødvendig testkapasitet i kommunene, hvem som skal stå for utlevering av tester, hvordan det kan etableres et system for selvregistrering av prøvesvar, samt økonomiske og administrative konsekvenser og behov for endringer i regelverk.
 - hvilket testregime som tilrås dersom krav til karantene skal avvikles
 - om selvtesting kan tas i bruk ved andre testkriterier enn karantene for å avlaste kommunenes testsystem.
 - plan for iverksettelse av øvrige justeringer i TISK, med forslag til når ulike endringer kan tre i kraft.

Det bes om at besvarelsen inkluderer nødvendige forslag til forskriftsendringer.

Kontaktpersoner i HOD:

- Ragnhild Holst: ragnhild-angell.holst@hod.dep.no
- Marianne Sælen: marianne.salen@hod.dep.no
- Sandra Lárudóttir Gjernes: sandra-larudottir.gjernes@hod.dep.no
- Astri Knapstad: astri.knapstad@hod.dep.no

Bakgrunn

Regjeringens plan for gradvis gjenåpning ble lagt fram 7. april 2021 og oppdatert 16. april 2021 ved innføringen av trinn 1. Trinn 2 for gjenåpningen ble iverksatt 27. mai og trinn 3 den 20. juni. Del A av oppdrag 494.....

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI) ble i del A bedt om å vurdere behov for ev. endringer i nasjonale tiltak (regler og anbefalinger) og justeringer i de enkelte kategoriene på trinn 4. I del B av oppdraget er vi bedt om å gjøre en helhetlig vurdering av om det er forsvarlig å iverksette trinn 4 i slutten av juli/begynnelsen av august .

SARS-CoV-2-varianten Delta finnes allerede i flere europeiske land og nå også i Norge. Det er fortsatt en del usikkerhet om egenskapene til Delta og dermed også om hvilken risiko den utgjør. Delta har høyere spredningsevne enn dagens dominerende variant, Alfa, hovedsakelig som følge av økt smittsomhet, men også en viss immunevasjon. Naturlig utvalg (seleksjon) vil sørge for at den erstatter Alfa som dominerende variant i Norge i løpet av sommeren.

Delta kan være litt vanskeligere å holde under kontroll enn de SARS-CoV-2-variantene som dominerer i dag.

Dagens tiltak med TISK og kontaktreduserende tiltak ved behov har vist seg å være effektive også for Alfa, og er grunnlaget for håndtering av også Deltavarianten. TISK-arbeidet i kommunene er imidlertid blitt mer krevende de siste ukene siden mange av de kontaktreduserende tiltakene er fjernet slik at hver indekspasient gjerne har mange nærkontakter.

Delta har etter flere ukers forløp ikke gitt store utbrudd i det sentrale Østlandet der vaksinasjonsdekningen er høy. Utbrudd utenfor dette område er greit håndtert, selv om kommuner melder om at det er krevende å drive smitteoppsporing på grunn av mange nærkontakter. Utstrakt immunitet i befolkningen gjør imidlertid at utbrudd lettere bringes under kontroll og at få blir alvorlig syke.

Målet og prinsippene for regjeringens strategi bør ligge fast: epidemien skal holdes under kontroll slik at helsetjenestens behandlingsskapasitet ikke overbelastes og alvorlig sykdom og død reduseres.

Epidemien er under kontroll i Norge, og vi forventer at denne trenden vil fortsette selv om Delta-varianten nå er blitt dominerende. Med bare et tjuetalls pasienter i landets sykehus med covid-19, er belastningen ubetydelig.

Andre relevante oppdrag

Vi viser til besvarelser på tidligere oppdrag 425 - utkast til plan for gradvis gjenåpning, oppdrag 457, oppdrag 473 - revisjon av strategi og beredskapsplan for covid-19, oppdrag 477 - om innreiserestriksjoner, reiseråd og karantenehotell mv. og oppdrag 478 - plan for gjenåpning trinn 3. Del A av oppdrag 494 – Gjenåpning trinn 4.

Faglig underlag fra Folkehelseinstituttet (og eventuelle andre)

FHIs innspill er vedlagt i sin helhet og vi viser til deres oppsummering og innspill.

Helsedirektoratets vurdering

Overordnet vurdering om videre gjenåpning

Om forholdsmessighet

De samlede tiltakene som fortsatt skal beholdes etter trinn 4 må være nødvendige og forholdsmessige, jf. smittevernloven § 1-5. Lempinger på regler og anbefalinger må også i denne sammenheng ses opp mot status med hensyn til vaksinerings, jf. covid-19-forskriften § 3 femte og sjette ledd og koronasertifikat.

De grunnleggende kravene til smitteverntiltak fremgår av smittevernloven § 1-5. Kravene skal ha vært vurdert ved iverksettelse av smitteverntiltakene. Et fortsatt tiltak skal fremstå som tjenlig etter en helhetsvurdering. Tiltaket skal i tillegg være nødvendig av hensyn til smittevernet. I forarbeidene er det vist til at dette innebærer at tiltaket blant annet må være egnet til å forebygge eller hindre smittespredning av den aktuelle sykdommen.

I forholdsmessighetsvurderingen ligger det et krav til en helhetsvurdering. Nyten ved tiltaket må holdes opp mot de negative konsekvensene eller belastningen de fortsatte begrensningene medfører. Dersom nytten av tiltaket er liten eller tvilsom mens skadevirkningene er store, bør ikke tiltaket fortsette.

Det er det helhetlige risikobildet som må være avgjørende for om restriksjoner fortsatt skal bestå i covid 19-forskriften på det enkelte område.

Det vises til nærmere fremstilling nedenfor.

Del B b) Vurdering til 22.7

Punkt 1) Behov for ev. endringer i nasjonale tiltak (regler og anbefalinger) og justeringer i de enkelte kategoriene i gjenåpningsplanen

Vi viser til besvarelsen i 494A og leveransen 494Ba .

Helhetlig vurdering av situasjonen og sjekkpunktene

1. Sykdomsbyrden og smittesituasjonen:

Helsedirektoratet støtter FHIs vurdering av sykdomsbyrden og smittesituasjonen.

Vi ser at antallet innleggelses per uke har siden uke 23 vært under 50 og siden uke 26 under 20. Insidensen av tilfeller er lav med et R-tall på omtrent 1. Antall dødsfall har siden uke 24 vært 0 – 2 per uke. Samtidig registrer vi at Delta-varianten er i ferd med å bli dominerende i Norge. Den er antakelig mer smittsom og virulent enn Alfa-varianten, og beskyttelsen mot mild sykdom etter bare én vaksinedose er noe lavere som er noe mer smittsom enn ved Alfa-varianten. Erfaringen er at flere lokale utbrudd med Delta-varianten er brakt under kontroll av god smittehåndtering i kommunene. Det er fortsatt usikkert hvor sterkt Delta-varianten kommer til å påvirke smittespredningen i Norge. Det mangler fortsatt kunnskap om hvor omfattende postvirale plager er.

Helsedirektoratet deler FHIs syn på Delta-varianten. Delta-varianten har skapt ny epidemibølge i flere europeiske land. Det er positivt at det ser ut som om det er en mindre korrelasjon i økning i nye sykehusinnleggelses. Delta-varianten er i ferd med å overta som den dominerende variant i Norge nå i juli. Det kan føre til flere lokale utbrudd som er større og vanskeligere å stoppe raskt. FHIs risikovurdering om Delta-varianten oppdateres fredag 23. juli. Vaksineprodusentene jobber med å kunne produsere justerte vaksiner dersom det en gang skulle oppstå virusvarianter som i betydelig grad omgår dagens vaksineimmunitet.

Som også besvart i 494 Ba må vi ta forbehold om at den gunstige situasjonen ikke forverres betydelig de nærmeste ukene. Det er essensielt at situasjonen monitoreres fortløpende og det må tas høyde for at det kan gjøres ny vurdering helt frem til trinn 4 skal tre i kraft. Dersom utviklingen går i feil retning, må det vurderes å utsette ytterligere eller gjennomføre bare deler av trinn 4.

2. Kapasitet i helsetjenesten:

FHIs vurdering er at kommunene har hatt krevende uker nå som følge av mye vaksinerings, høy testeaktivitet og stor etterspørsel etter testing før reising samtidig som ferie skal avvikles. Problemet antas å avta etter ferien.

Det er lavt antall tilfeller i kommunene. Bare noen svært få kommuner opplever dager med flere enn ti nye tilfeller. Smittesporingen kan være mer krevende når pasientene har hatt mange kontakter, men dette motvirkes delvis ved at mange av kontaktene er vaksinert.

Helsedirektoratet viser til at Statsforvalteren rapporterer om at flere kommuner fortsatt har en presset situasjon på flere områder, men det er så langt ikke meldt om at manglende personellkapasitet går ut over evnen til å levere helsetjenester. Det har vært en vedvarende høy slitasje på personellet i kommunehelsetjenesten. Det rapporteres om utfordringer, men ingen kritiske forhold. Helsedirektoratet mottar fortsatt bekymring omkring kommunenes evne til å levere på TISK dersom de får større utbrudd, et forhold som har vært rapportert flere ganger tidligere.

Belastningen på spesialisthelsetjenesten er ubetydelig. Smittesituasjonen i Nord-Norge er rolig med få innlagte pasienter og liten belastning på spesialisthelsetjenesten. Rapporteringen fra Helse Midt-Norge RHF i forrige uke forteller om lavt smittetrykk og det er ingen utfordringer i driftssituasjonen. Helse Sør-Øst RHF gikk ut av beredskap 11. juni. De offentlige og private ideelle sykehusene er i normal drift og det er ingen utfordringer i driftssituasjonen.

I helse Vest RHF i forrige uke er det ingen utfordringer i driftssituasjonen bortsett fra i Helse Stavanger HF.

Helse Stavanger HF melder om fortsatt pågående utbruddet i opptaksområde. Stor tilstrømming av pasienter har gitt en utfordrende driftssituasjon og legevakten ble kontaktet med henstilling om å kritisk vurdere behovet for nye innleggelses.

3. Vaksinasjonsprogrammet

Helsedirektoratet legger FHIs vurderinger til grunn med tanke på fremdrift og oppslutning til vaksinasjonsprogrammet mot COVID-19.

75 % av voksne nå har fått første dose og nesten 40 % er ferdig vaksinert. Videre merker vi oss den høye oppslutningen – over 90 % - om to doser blant dem som har vært prioritert for to doser, nemlig alle som er 65 år og eldre. Dekningen av første dose er raskt økende blant personer under 45 år.

Endringer i leveranser har ført til at ferdigstilling av vaksinasjon i den voksne befolkning ble om lag fem uker forsinket i forhold til scenarioet fra 30. april. Tilbud til alle over 18 år om dose 1 er forventet i løpet av august og dose 2 i uke 40-42. Eventuelle ekstra vaksineleveranser kan gi tidligere avslutning. Beregningen er basert på et nasjonalt gjennomsnitt og tidspunktet for ferdigstilling vil variere mellom enkelte kommuner.

De aller fleste kommunene takker ja til maksimal mengde hver uke. De første kommunene er nå ferdige med å tilby dose 1 til alle personer som er 18 år og eldre, og deres doser omfordeles til andre kommuner

Vaksinasjon med mRNA-vaksinene beskytter bedre enn forventet. Fra UK melder om litt redusert effekt mot symptomatisk sykdom ved Delta-variant etter bare én dose, men bevart effekt etter to doser og meget god effekt mot alvorlig sykdom etter én eller to doser.

Oppslutningen så langt er høyere enn forventet, men det gjenstår en del usikkerhet rundt oppslutning i løpet av fellesferien og blant yngre aldersgrupper.

Tiltaksbyrden.

Helsedirektoratet og FHI viser til utførlig omtale av tiltaksbyrden i oppdrag 494 B-a.

Helhetlig vurdering av sjekkpunktene

Helsedirektoratet støtter FHIs helhetsvurdering på sjekkpunktene over.

Helsedirektoratet støtter FHIs vurderinger om at epidemien er under kontroll. Forekomsten av nye tilfeller har vært stabil nedadgående i flere måneder, men har flatet ut de siste ukene. Antall nye sykehusinnleggelses er svært lavt.

Det har de siste ukene vært meldt om utbrudd som i stor grad er håndtert med TISK og enkelte lokale kontaktreduserende tiltak ved behov. Det gjelder også utbrudd med Delta-varianten. Det forventes sporadiske utbrudd de kommende ukene. Konsekvensen av utbruddene i form av alvorlig sykdom og dødsfall vil være liten som følge av at en stor del av befolkningen er vaksinert og risikogruppene er beskyttet av vaksine. Delta-varianten vil sannsynligvis bidra til at utbruddene blir mer krevende for kommunene å bringe under kontroll. En epidemi helt ute av kontroll kan likevel gi betydelig sykdomsbyrde ettersom det fortsatt er en del uvaksinerte middelaldrende, eldre og syke, og vaksinasjon ikke beskytter 100 % mot alvorlig sykdom.

Vi må ta forbehold om at den gunstige situasjonen ikke forverres betydelig de nærmeste ukene. Dersom den gjør det, kan det vurderes å utsette ytterligere eller gjennomføre bare deler av trinn 4. Helsedirektoratet støtter FHIs vurdering om at befolkningen bør fortsatt oppfordres til å følge de ordinære smitteverntiltakene, altså praktisere god håndhygiene, holde seg hjemme ved symptomer, bruke Smittestopp og holde avstand til andre i de fleste situasjoner. Slik atferd kan motvirke eventuell risikoøkning ved gjenåpningen.

Det er fortsatt nødvendig at kommunene har. Kommunenes ferieavvikling og skolestarten kan spille inn på tidspunktet for trinn 4. Vi mener at tiltakene bør lettes før skolestart slik at tiltaksbyrden for barn og unge reduseres.

Helsedirektoratets konklusjon på sjekkpunktene:

Helsedirektoratet støtter Folkehelseinstituttets vurdering om at trinn 4 i gjenåpningsplanen kan gjennomføres i slutten av juli eller i begynnelsen av august med forbehold om fortsatt lav smitte i befolkningen, at helsetjenesten har nødvendig kapasitet og at kommunene har beredskap for testing, isolering, smittesporing og karantene slik at utbrudd kan oppdages og bringes raskt under kontroll.

Spørsmål 1 - vurdering om justeringer i gjenåpningsplanen

Se også vedlegg nederst i dokumentet.

Nasjonale tiltak:

Vi viser også til besvarelsen av oppdrag 494 B-a for vurderinger rundt behov for ev. endringer i nasjonale tiltak (regler og anbefalinger) og justeringer i de enkelte kategoriene i gjenåpningsplanen.

Skoler, SFO og barnehager:

Ble besvart av FHI i oppdrag 494 B-a. Helsedirektoratet støtter FHIs vurdering om at skoler, barnehager og SFO bør planlegge for å starte på grønt nivå fra semesterstart til høsten, følge trafikklysmodellen og lokale vurderinger.

Helsedirektoratet og FHI opprettholder vurderingen om at det planlegges for å starte barnehager og skoler på grønt nivå slik som skissert i besvarelse 494 Ba den 15. juli. Barn og unge har hatt en stor tiltaksbyrde gjennom pandemien, og det er viktig å få på plass normale rutiner så raskt som mulig. FHI beskriver at studier viser at barn blir lite syke av covid-19. Det er så langt ikke kunnskap om at delta-varianten gir mer alvorlig sykdom hos barn og unge enn tidligere varianter, men dette er fortsatt usikkert. I lys av kraftig smitteøkning i andre land etter introduksjonen av deltavarianten og fortsatt manglende kunnskapsgrunnlag i forhold til sykdomsbyrde hos barn, anbefaler Helsedirektoratet å holde smittesituasjonen under god kontroll frem til skolestart for å sikre mulighet for oppstart på grønt nivå. Trafikklysmodellen gjelder fortsatt og det vil si at i utbruddskommuner kan det være behov for tiltak på gult eller rødt nivå i en kort periode, se for øvrig håndbok for kommuneleger som nylig er oppdatert.

Universiteter, høyskoler og fagskoler

Helsedirektoratet støtter FHIs vurdering om at universiteter og høyskoler kan planlegge for fysisk undervisning fra semesterstart. Helsedirektoratet legger til grunn at vaksinasjonen går som planlagt og at alle over 18 år ha fått tilbud om vaksine innen medio august, slik at ansatte og de fleste av studentene har fått tilbud om vaksinasjon ved semesterstart. En vaksinasjon vil muliggjøre fysisk undervisning, slik at studentene kan få tilgang til lesesaler og andre fasiliteter. Helsedirektoratet støtter også FHIs anbefaling om at det da kan gis fritak fra avstandskrav under selve undervisningen på dette tidspunktet.

Breddeidrett og kultur- og fritidsaktiviteter

Helsedirektoratet støtter FHIs anbefaling om at 1 meters avstand og antallsbegrensning ved trening/øving opphører i trinn 4, og at det ikke blir krav om å holde 1 meter avstand for deltakere på idretts- og kulturarrangementer. Helsedirektoratet støtter også anbefalingene om at det åpnes for deltakelse på tvers av regioner/kretser (nasjonalt) også for voksne.

Når det gjelder forskriftsendringer vises det til svar på covid-19 oppdrag fra HOD 494 - Innføring av trinn 4 i regjeringens plan for gradvis gjenåpning, side 6 og 11.

Innreise for utenlandske toppidrettsutøvere ifm deltakelse ved internasjonale idrettsarrangementer i Norge f.o.m. september:

Dersom regjeringen beslutter å gi ytterligere grupper toppidrettsutøvere unntak fra de generelle innreise- og karantenebestemmelsene, mener Helsedirektoratet og FHI at unntaket i §6f i covid-19-forskriften kan benyttes. Det er usikkert hva som vil være gjeldende innreise- og karantenebestemmelser fra og med september, og et eventuelt unntak for flere grupper toppidrettsutøvere må sees i sammenheng med plan for dette.

Som før anbefaler både Helsedirektoratet og FHI at terskelen for å gi unntak er høyere ved innreise fra områder der vi ikke har god epidemiologisk oversikt eller smittesituasjonen gir grunn til bekymring.

Helsedirektoratet viser til besvarelsene i oppdrag 477 for tilsvarende vurderinger for mai og juni og svaret i oppdrag 494 for juli og august.

Helsedirektoratet mener som tidligere at dette ikke en helsefaglig vurdering, men må ses opp mot vurderinger på andre områder. Det kan gjøres en politisk beslutning om å gi unntak fra innreisekarantene og innreiserestriksjoner for toppidrettsutøverne og støttepersonell i forbindelse med de aktuelle idrettsarrangementene i Norge eller utland fra og med september.

Per i dag er det usikkert hva som vil være gjeldende innreise- og karantenebestemmelser i september og senere, og eventuelle unntak for ulike grupper toppidrettsutøvere må sees i sammenheng med dette. Terskelen for å gi unntak bør være høyere ved innreise fra områder der vi ikke har god epidemiologisk oversikt eller smittesituasjonen gir grunn til bekymring.

I oppdrag 477 vurderte Helsedirektoratet unntak fra innreisereglene og innreisekarantene for toppidrettsutøvere som skulle delta på internasjonale idrettsarrangementer. Det ble i forlengelsen av dette gitt unntak for noen arrangementer under § 6f. Med bakgrunn i Folkehelseinstituttets vurdering av dette oppdraget og svaret i 477 og 494A, kan rådene videreføres ut september og det anbefales at det gis unntak fra innreisekarantene. Det kan gis forkortet karantene på egnet sted frem til negativ PCR test etter 3 døgn dersom dette ikke er gjeldende for alle på dette tidspunktet (se oppdrag 494B del A for nærmere drøfting). Det er også gitt mulighet for testing med antigen hurtigtest ved behov for unntak fra karantene på enkeltdager. Ved politisk beslutning om å tillate innreise og unntak fra karantene for toppidrettsutøvere til flere toppidrettsarrangementer i september og senere, vurderer Helsedirektoratet derfor at nåværende bestemmelse i covid-19-forskriften § 6f første ledd bokstav b kan utvides til å

gjelde flere/andre toppidrettsarrangementer. Ettersom det vil være en politisk beslutning hvilke arrangementer som eventuelt skal tillates, har vi ikke foreslått konkrete justeringer i bestemmelsen i dette oppdraget.

I takt med at flere bruker det internasjonale koronasertifikatet, vil det være færre toppidrettsutøvere og støttepersonell som har behov for unntak fra innreisekarantene. Oversendt dokumentasjon viser ikke det totale omfanget av aktiviteter. Hvilke som skal gis unntak må vurderes politisk.

Sosial kontakt/private hjem

Helsedirektoratet støtter FHIs vurdering om at anbefalt begrensning på antall gjester i hjemmet opphører, men at man bør fortsatt holde avstand, vaske hender og være hjemme hvis man er syk. Generelle smitteverntiltak blir viktig at opprettholdes.

Handelsnæringen, inkl. varemesser og markeder

Helsedirektoratet støtter at handelsnæringen, inkludert varemesser og markeder kan holdt åpent og at smittevernreguleringer i covid-19-forskriften: Dette innebærer å tilrettelegge for 1 meters avstand, rutiner for god hygiene med mer.

Serveringssteder

Helsedirektoratet støtter FHIs anbefaling om at serveringssteder får fortsatt krav til registrering og sitteplasser til alle gjester. Helsedirektoratet støtter også anbefalingen om at kravet om bordservering og innslippsstopp kl. 24 oppheves. Generelle smitteverntiltak bør fortsatt være gjeldende. Det vises til oppdrag 494A, side 13, for forskriftsendringer i § 14a.

Arbeidsliv

Helsedirektoratet støtter FHIs anbefaling for arbeidslivet om delvis hjemmekontor og/eller fleksibel arbeidstid. Det kan legges til rette for økt tilstedeværelse på arbeidsplassen, men det må være mulig å holde 1 meters avstand for alle. Helsedirektoratet støtter FHIs vurdering om at de som er beskyttet trenger ikke å holde avstand til andre på arbeidsplassen, men bør ta spesielt hensyn til ubeskyttede i risikogrupper. Arbeidsgiver vurderer i større grad om hjemmekontor er nødvendig i lys av den lokale smitterisikoen.

Innenlandsreise

Helsedirektoratet støtter anbefalinger for innenlandsreiser og at generelle smitteverntiltak skal gjelde. Ellers som for trinn 3.

Sommer- og aktivitetsleir

Helsedirektoratet støtter FHIs vurdering og anbefaling om at antall deltakere på sommerleir, aktivitetsleirer og andre fritidstilbud, som samler mange personer og varer over flere dager, anbefales begrenset inntil 500, og det anbefales at man deler deltakerne inn i grupper med omtrent 50 personer.

Private arrangementer

For private arrangementer støtter Helsedirektoratet FHIs anbefaling om inntil 500 personer på offentlig sted eller i leide/lånte lokaler, inne og ute. Vi støtter også oppfordringen om å arrangere utendørs heller enn innendørs opprettholdes. Viser til svar på oppdrag 494A/494B, a, om forskriftsendring i § 13a første ledd, a. Helsedirektoratet er enig med FHI om at personer som ikke er beskyttet og som kommer fra områder med høyt smittetrykk bør ikke oppsøke arrangementer i andre kommuner.

Offentlige arrangementer

Helsedirektoratet støtter FHIs vurderinger og anbefalinger for offentlige arrangementer.

Arrangere utendørs heller enn innendørs.

Innendørs (foreløpig, kan endres) 750 uten faste tilviste sitteplasser (delt i kohorter på inntil 500), men 2 500 med faste tilviste plasser (delt i kohorter på inntil 500). Med adgangstest og koronasertifikat; 75 % kapasitet opp til maks 2 500 personer uten faste tilviste sitteplasser, men 75 % kapasitet opp til maks 5 000 personer hvis alle i publikum sitter i faste tilviste plasser.

Utendørs (foreløpig, kan endres) 1500 uten faste, tilviste sitteplasser (delt i kohorter på inntil 500), men 5000 med faste tilviste sitteplasser (delt i kohorter på inntil 500). Med adgangstest og koronasertifikat; 75 % kapasitet opp til maks 5000 personer uten faste, tilviste sitteplasser, men 75 % kapasitet opp til maks 10 000 personer hvis alle i publikum sitter i faste, tilviste plasser. Unntak fra avstandskrav for arrangement med koronasertifikat.

Personer som ikke er beskyttet og som kommer fra områder med høyt smittetrykk bør ikke oppsøke arrangementer i andre kommuner. Høyt smittetrykk er kommuner med strenge lokale tiltak regulert gjennom covid-19-forskriften kapittel 5A til C eller gjennom tilsvarende lokal forskrift. Helsedirektoratet anbefaler (494 Ba) å opprettholde kohortinndeling for arrangementer med koronasertifikat med begrunnelse at det blir mulig for kommunene å drive smittesporing ved et utbrudd.

Se innspill til forskriftsendringer i svar på oppdrag 494A og B, del b.

Innspill for justeringer i enkelte av forskriftsendringene foreslått i svar på oppdrag 494A og 494B del b:

- **Til § 13 første ledd**

Etatene anbefalte i svar på oppdrag 494 del Ba "at arrangementer som gjennomføres i regi av profesjonell arrangør på vegne av bedrifter og organisasjoner (kick-off eventer, seminarer, konferanser og lignende) kan tas ut av definisjonen privat arrangement og i stedet reguleres som andre offentlige arrangementer med de samme reglene og antallsbegrensningene". I forslag til forskriftsendringer på side 13 foreslås dette løst ved å beholde gjeldende § 13 første ledd bokstavene c og e, men å fjerne omtalen av bespisning med og uten alkohol i c og e. Med en slik løsning blir det ikke i regelverket klart at andre arrangementer enn faglige sammenkomster som seminarer og konferanser som gjennomføres i regi av profesjonell arrangør på vegne av bedrifter og organisasjoner (kick-off eventer og lignende) er omfattet av reglene for offentlige arrangementer. Dette fordi kick-off og andre eventer ikke nødvendigvis vil være faglige sammenkomster. Dermed faller de utenfor bokstav c. De kan ha mye til felles med sosiale samlinger i tilknytning til arbeid, og i så fall er de fortsatt å regne som private sammenkomster.

Det kan dermed være behov for en ny kategori offentlige arrangementer for å gjennomføre anbefalingen på en tydeligere måte. En ny bestemmelse kan for eksempel plasseres i § 13 første ledd, ny bokstav d, og lyde slik:

"d. samlinger av personer som gjennomføres i regi av ekstern aktør på vegne av bedrifter og organisasjoner "

Det sentrale er at bestemmelsen skal avgrense tydelig mot at bedrifter og organisasjoner kan samle for eksempel arbeidstakerne til festliknende arrangementer, som skal anses som en privat sammenkomst. En erfaring med arrangementsbestemmelsene er at det har vært utfordrende å skille mellom profesjonelle aktører og andre arrangører. På bakgrunn av dette har vi her foreslått "ekstern aktør" fremfor "profesjonell aktør." Det er ikke nødvendigvis slik at ekstern aktør er tydeligere, men en slik ordlyd unngår i alle fall vanskelige definisjonsspørsmål rundt hva som ligger i "profesjonell" aktør. Det sentrale må være at aktøren skal være en annen enn bedriften eller organisasjonen.

Helsedirektoratet bemerker videre at dersom det innføres ny bokstav d i § 13, slik at offentlig arrangementer nå vil være definert i § 13 første ledd a–e, vil det også måtte gjøres enkelte tekniske justeringer andre steder i kapittel 5. Dette vil gjelde § 13a første ledd bokstav a–e, og § 13e første ledd, første punktum.

- **Til eksisterende § 13b tredje ledd**

I svar på oppdrag 494 del Ba skriver Helsedirektoratet på side 15:

"I svar på oppdrag 494A, side 9, blir det foreslått vurdert om §13b skal oppheves på trinn 4. Henvisningen til §13b nevnt i nåværende forskriftstekst §13e syvende ledd, ble derfor foreslått fjernet. Hvis denne fjernes i §13b tredje ledd må syvende ledd i §13e oppheves. I så fall blir nåværende §13b fjerde ledd, tredje ledd. Hvis §13b tredje ledd ikke oppheves, må §13e syvende ledd bli stående."

Det bemerkes at det her siktes til § 13b tredje ledd.

Videre bemerker helsedirektoratet at det skjedde en glipp i leveransen. Skjenking av alkohol etter § 14a er lest i sammenheng med § 13b tredje ledd uten at det er kommunisert i teksten til svar på oppdrag. Hvorvidt det samme bør gjelde på arrangementer er ikke kommentert av smittevern i svar på oppdrag. Det kan være grunn til å se § 14a og § 13b i sammenheng. Om dette skriver FHI på side 11:

Generelt anbefaler FHI å oppheve krav om bordservering og innslippsstopp ved alkoholservering på trinn 4, som anbefalt i tidligere oppdragsbesvarelser, men at det fortsatt er krav om sitteplass til alle gjestene. Dette gjelder både for serveringssteder og arrangementer med skjenkebevilling. For arrangementer med bruk av koronasertifikat (både med og uten faste, tilviste plasser) har vi anbefalt å fjerne krav om avstand. Risikovurdering for anbefaling om opphevelse av avstandskrav for arrangementer med koronasertifikat er omtalt i oppdragsbesvarelse 494 B-a. Hvis regjeringen beslutter å gi fritak fra krav om avstand ved bruk av koronasertifikat, kan man også vurdere å oppheve krav om sitteplass til alle gjester. Dette innebærer i praksis det samme som å si at det er greit å være nær andre som har gyldig sertifikat og at også mingling er tillatt. Dette vurderes smittevern faglig forsvarlig på slike arrangementer der alle deltakerne er beskyttet eller testet.

FHI mener derfor at det skal være mulig å kjøpe alkohol og nyte dette ved arrangementer når det brukes koronasertifikat, både innendørs og utendørs.

Ved arrangement uten bruk av koronasertifikat bør det kun være mulig å servere alkohol dersom det er sitteplasser til alle, men det behøver ikke være krav til bordservering. Ved serveringssteder er det tilsvarende anbefaling ved trinn 4; dersom det skal være alkoholservering må det være sitteplass til alle i lokalet.

Som FHI skriver, bør det være mulig å servere alkohol på arrangementer uten koronasertifikat uten krav til bordservering på samme måte som på serveringssteder etter § 14a. Det må samtidig være sitteplass til alle i lokalet. I første setning skriver FHI at det generelt anbefales å oppheve innslippsstopp på trinn 4.

Helsedirektoratet anbefaler dermed, i tråd med svar på oppdrag 494 del Ba, at innslippsstopp og bordservering oppheves i § 13b tredje ledd. § 13b tredje ledd bør imidlertid ikke oppheves i sin helhet, men endres til følgende ordlyd:

Ved arrangementer som har skjenkebevilling skal det være sitteplasser til alle gjester.

- **Til eksisterende § 13b fjerde ledd**

I svar på oppdrag 494 del Ba skriver Helsedirektoratet på side 14:

"På arrangementer er det ikke mulig for arrangøren å kontrollere om deltakerne er beskyttet som definert i § 3. Arrangementer etter §13e bygger nettopp for eksempel på at skillet mellom de med negativ test i døra, og de som er beskyttet, ikke spiller noen rolle for hvem som slippes inn. Arrangør har dessuten ikke mulighet til å holde disse to gruppene adskilt. Vi ber departementet vurdere om §13b fjerde ledd endres. Dette fordi denne stiller krav til å benytte nødvendig vakthold for å sikre at avstandskravet mellom tilviste plasser overholdes for deltakere som ikke er i samme husstand.

Samtidig er det viktig å presisere at deltakere skal kunne holde avstand til hverandre hvis de vil, selv om dette ikke lenger skal være et krav. Dette bør også gjelde på arrangementer med koronasertifikat etter §13e. Vi foreslår at §13b fjerde ledd erstattes til:

Arrangøren skal iverksette tiltak for å ivareta at deltakere skal kunne holde avstand."

Gjeldende § 13b fjerde ledd stiller krav til tiltak fra arrangørens side, eventuelt vakthold, ved bruk av fastmonterte seter. Helsedirektoratet mente å presisere at arrangør skal tilrettelegge for at deltakerne "skal kunne" holde avstand, og at dette må gjelde alle typer arrangementer, inkludert de med koronasertifikat. Også de der det ikke er faste, tilviste plasser. Samtidig ser Helsedirektoratet at det er ønskelig at plikten til vakthold beholdes der arrangementet ikke er et arrangement etter § 13e. Helsedirektoratet anbefaler derfor at det ses hen til svar på oppdrag 494A hva gjelder § 13b fjerde ledd.

Helsedirektoratet anbefaler at det i annet ledd til § 13e inkluderes et nytt annet punktum, der det står:

§ 13b fjerde ledd gjelder ikke.

Samtidig er det ønskelig at arrangøren tilrettelegger for at personer i risikogruppen og ubeskyttede skal kunne holde avstand hvis de ønsker også på koronasertifikatarrangementer. Dette kan for eksempel fremgå av en veileder.

- **Til nytt forslag til § 13c første og annet ledd**

I svar på oppdrag 494A, side 11, to nye punktum i første og andre ledd foreslår Helsedirektoratet følgende:

"Personer fra samme husstand kan sette seg nærmere hverandre etter ankomst. Det samme gjelder beskyttede personer i samme følge, med mindre noen er ubeskyttet og i risikogruppe".

Leddsetningen i annet punktum kan kuttes. Beskyttede personer kan sette seg nærmere hverandre. Dersom dette står alene, kan man ikke sette seg nærmere ubeskyttede. Det er dermed ikke behov for presiseringen av dette i annen passus. Helsedirektoratet foreslår nytt første punktum i § 13c første og annet ledd, der det ikke blir to, men heller ett punktum:

Beskyttede og personer fra samme husstand kan sette seg nærmere hverandre etter ankomst.

- **Til behov for presisering i § 13c andre ledd**

Helsedirektoratet har etter konsultering med Helse- og omsorgsdepartementet presisert i veiledning at det ikke gjelder krav om å holde minst 1 meter avstand til personer foran eller bak en seterad når fastmonterte seter benyttes. Dette bør også fremgå av forskriften, slik at det er samsvar mellom ekstern veileder og forskriften. På bakgrunn av dette foreslås følgende presisering i § 13c annet ledd:

"Personer som sitter i fastmonterte seter på arrangementer skal kunne ha minst ett ledig sete mellom seg på samme seterad fra de ankommer arrangementet. Første ledd første punktum gjelder ikke."

- **Til eksisterende § 13c tredje ledd bokstav a**

Helsedirektoratet har ikke tidligere foreslått endring av bokstav a, som lyder: *"utøvere på kulturarrangementer. For ikke-profesjonelle utøvere stilles det krav om at de ellers trener eller øver sammen"*.

Samtidig har Helsedirektoratet anbefalt at denne begrensningen for kulturarrangementer oppheves i svar på oppdrag 494, del Ba. Dessuten ble gjeldene § 13c tredje ledd bokstav i, foreslått opphevet i svar på oppdrag 494A, på side 12. Hvis bokstav a består, kan de som driver idrett blandes mellom regioner, men ikke utøvere på kulturarrangementer. Det er ikke intensjonen.

På bakgrunn av dette foreslår Helsedirektoratet at § 13c tredje ledd, a, annet punktum, oppheves.

- **Presisering av om det skal være krav til avstand mellom faste, tilviste plasser på arrangementer etter § 13e**

I svar på oppdrag 494 del Ba skriver Helsedirektoratet:

"I svar på oppdrag 494A ble det foreslått følgende ordlyd i ny §13e fjerde ledd: Avstandskrav i § 13c første ledd gjelder ikke for deltakere på arrangement etter denne bestemmelsen. Vi anbefaler at dette forslaget ikke tas inn i bestemmelsen. Vi foreslår heller ny henvisning i §13e annet ledd, der §13c ikke nevnes. Dette er forskriftsteknisk enklere. Denne foreslåtte løsningen tilsier også at nåværende §13e åttende ledd kan fjernes."

I svar på oppdrag 494A omtales kun § 13 c første ledd (kravet om å holde 1 meter), men ikke andre ledd (ett sete mellom publikum ved bruk av fastmonterte seter).

Se svar fra FHI på side 11, der det er presisert at kravet til avstand heller ikke skal gjelde på arrangementer med koronasertifikat der det er faste, tilviste plasser.

På bakgrunn av dette opprettholdes anbefalingen gitt i svar på oppdrag 494 del Ba, side 14, om at henvisningen til § 13c ikke inkluderes i ny § 13e annet ledd. Det samme gjelder anbefalingen om å oppheve nåværende § 13e åttende ledd.

- **Om forslag om å fjerne henvisning til § 13a i § 13e annet ledd:**

I svar på oppdrag 494 del Ba anbefaler Helsedirektoratet å fjerne henvisningen til § 13a i § 13e annet ledd fordi denne er overflødig. Samtidig anbefaler Helsedirektoratet å opprettholde kohorter på koronasertifikatarrangement. Selv om kravet til avstand er anbefalt opphevet på slike arrangementer, så må det fortsatt være krav om avstand mellom kohorter. I motsatt fall vil kravet til kohorter miste en del av sitt innhold. Så lenge kravet til kohorter opprettholdes for arrangement som nevnt i § 13e, må henvisningen til § 13a annet ledd inkluderes. Fordi det uansett står i § 13e annet ledd at henvisningene gjelder med "tillegg og begrensninger som gitt i påfølgende ledd" vil det kunne gi mening å henvise til § 13a i sin helhet selv om § 13e har egne antallsbegrensninger. Dermed anbefales følgende § 13e annet ledd:

Ved arrangement omfattet av første ledd gjelder forskriften §§ 13a, 13b og 13d med endringer og tillegg i påfølgende ledd. § 13b fjerde ledd gjelder ikke.

- **Til eksisterende § 13 e tredje ledd**

I dagens forskrift, § 13e, tredje ledd bokstav d mangler "på utendørs arrangement". Helsedirektoratet anbefaler at dette innføres. Bestemmelsen foreslås dermed justert slik:

d. 107000 personer og maksimalt 75 50 prosent kapasitet på utendørs arrangement hvor alle i publikum sitter på faste, tilviste plasser og er delt inn i grupper på inntil 500 personer.

Presisering: Om forskriftsendring til § 4c omtalt i svar på oppdrag 494B, del b.

I forrige svar på oppdrag 494 Ba, skrev Helsedirektoratet følgende på side 34:

Gjeldende tredje ledd erstattes med følgende: *Innreisekarantene etter § 4 forkortes for personer som dokumenterer negativt testresultat i karantenetiden ved PCR-test tatt tidligst tre døgn etter ankomst.*

Kommentar til andre ledd: Det bør vurderes hvorvidt tredje og fjerde setning i andre ledd kan slås sammen.

Helsedirektoratet anbefaler at forkortet innreisekarantene innføres først for innreisende som ikke kommer fra land i vedlegg B.

Her har Helsedirektoratet ikke gitt anbefaling til forskriftstekst. Vi anbefaler at følgende setning tillegges overnevnte forslag i første omgang. § 4c tredje ledd vil derfor lyde slik:

Innreisekarantene etter § 4 forkortes for personer som dokumenterer negativt testresultat i karantenetiden ved PCR-test tatt tidligst tre døgn etter ankomst. Dette gjelder ikke for personer som nevnt i vedlegg B.

Helsedirektoratet mener at annet punktum da tilsier at hovedregelen som nevnt i § 4c annet ledd, første punktum, om plikt til test syv døgn etter innreise, vil gjelde personer som omfattet av vedlegg B.

Spørsmål 2) Lettelser eller endringer i reglene for kystcruise eller karantenereglene for mannskap

Helsedirektoratet støtter FHIs anbefaling om at det ikke innføres lettelser for kystcruise i forbindelse med overgang til trinn 4. Helsedirektoratet støtter også forslaget om at det gjøres en ny vurdering av bestemmelsene ultimo august/primio september, dersom smittesituasjonen er tilnærmet lik det den er i dag.

Helsedirektoratet vurderer at det er hensiktsmessig å se hvordan smittesituasjonen utvikler seg, særlig med tanke på- og forventinger om at deltavarianten etter vil være dominerende i løpet av juli måned. Helsedirektoratet vurderer at det er hensiktsmessig at det går noe tid fra lettelser ble innført 20.juni, slik at man i størst mulig grad har beslutningsgrunnlag for nye vurderinger.

I covid-19-forskriften er det nå angitt at kystcruise på Svalbard og ordinære kystcruise langs norskekysten kan ha 90% kapasitetsutnyttelse, jf. covid-19-forskriften §§ 11 tredje ledd og § 10 a) tredje ledd. Helsedirektoratet erfarer imidlertid, til tross for dette, at det er usikkerhet rundt forståelsen og sammenhengen mellom de to regelsettene. Departementet bør derfor vurdere om ordet Svalbard bør tas bort i § 10 a) tredje ledd første setning da Svalbard uansett fremgår av overskriften i denne paragrafen. Det bør også ses på om femte og sjette ledd i § 10 a) bør bytte rekkefølge, jf. henvisningen i § 11 for kystcruise til § 10 a tredje til sjette ledd.

I oppdrag 372 og oppdrag 478 ble det spilt inn at Helsedirektoratets veileder for kystcruise bør gjennomgå og oppdateres, og at dette bør gjøres av etater/instanser med god kjennskap til bransjen. Veileder for kystcruise langs norskekysten under covid-19-epidemien 2020 er nå avviklet og Nærings- og Fiskeridepartementet vil nå be cruisenæringen om å gjøre en vurdering av hvordan næringen best skal tilpasse seg gjeldende krav, herunder vurdere behovet for å utvikle en bransjestandard som angir hvordan rederier på en forsvarlig måte kan ivareta smittevern og forebygge tilfeldig eksponering for, og spredning av, covid-19. Cruisenæringen har selv ansvar for

standarden og at praksis etterlever gjeldende regelverk. FHI og Helsedirektoratet kan gi smittevern faglige råd ved behov. Helsedirektoratet er blitt kjent med at dette er et arbeid som nå skal starte.

Helsedirektoratet viser også til vurdering i oppdrag 498 vedrørende nedre aldersgrense for bruk av koronasertifikat ved kystcruise.

Helsedirektoratet støtter også at mannskapsbestemmelsen i § 11 b) videreføres for å redusere risikoen for eventuell smittespredning om bord.

Behovet for fortsatt vern mot importsmitte, usikker situasjon med hensyn til deltavarianten og et ytterligere smittevernerfaring med någjeldende regulering av kapittel tre i forskriften, tilsier en fortsatt kontrollert kystcruiseregulering og regulering av mannskapsreglene. Etter Helsedirektoratets vurdering er en slik fortsatt regulering nødvendig av smittevern faglige hensyn, og representerer heller ikke et uforholdsmessig tyngende tiltak.

Spørsmål 3) Justeringer i TISK-strategien

Overordnet om TISK på trinn 4

Tiltakene under TISK (testing, isolasjon, smittesporing og karantene) har vært blant de viktigste virkemidlene i kontroll av pandemien i Norge. Tiltakene berører og belaster både enkeltpersoner, kommunene, arbeidslivet og laboratoriene og det er viktig å justere tiltakene slik at de står i forhold til smittesituasjonen. Samtidig er det nødvendig å ha tilstrekkelig kapasitet og virkemidler i TISK, slik at vi vet vi kan håndtere en situasjon med økt smittepress og nye virusvarianter. Når det innføres lempe i tiltakene bør vi bevare TISK-kapasitet en periode til vi vet at situasjonen er under kontroll. Vi foreslår derfor primært at TISK-strategien ikke endres før tidligst ved skolestart august 2021.

ECDC tilrådet følgende i sin Rapid risk assessment av den 10. juni¹:

Countries with a favourable epidemiological situation and progress toward high vaccine uptake in priority groups may consider adjusting and phasing out their NPIs, following a careful assessment of their local situation. A comprehensive testing strategy to enable the timely detection of cases and a robust system for contact tracing should remain a priority for all public health authorities.

The emergence and spread of VOCs, that are potentially more transmissible or cause more severe disease or escape natural or vaccine-induced immunity, requires strong surveillance measures and enhanced measures to stop, delay or reduce the spread of these VOCs. To be able to confirm infection with a specific variant, timely sequencing of the whole SARS-CoV-2 genome, or at least the whole or partial S-gene for current variants is required.

Når vi har oppnådd befolkningsimmunitet, er det trygt å avvikle TISK-strategien. Det er trolig rimelig trygt å gjøre justeringer i de ulike elementene i TISK før det. Det kritiske spørsmålet er når og hvor stor vaksinedekning vi trenger før vi justerer ned. Delta-varianten er mer smittsom og krever en høyere vaksinasjonsdekning enn tidligere virusvarianter. Vaksinasjonsdekningen blant eldre og personer i særlig risiko for alvorlig sykdom er høy og per 20. juli har 60 prosent av befolkningen (75 prosent av alle over 18 år) fått første dose. Dekningen varierer noe mellom kommunene.

¹ <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-sars-cov-2-circulation-variants-concern>

Anbefalingene for lettelse i smitteverntiltakene for trinn 4 vil, slik det er foreslått i oppdragsleveranse 494A, innebære at det åpnes for arrangementer med flere tusen deltakere. Dette vil innebære at smittesporingen og karantenesetting blir mer krevende og omfattende dersom man opprettholder TISK på samme nivå som nå.

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har i oppdragene 457² og 473 gitt en felles beskrivelse av justeringer i TISK tiltakene på trinn 4 og i forbindelse med skolestart, forutsatt ingen vesentlig endring i forventet vaksinedekning, vaksineeffekt og epidemiologisk utvikling. I oppdragene beskrives at nedjustering av TISK-tiltakene, med mulighet for test i stedet for karantene og mindre omfattende smitteoppsporinger, vil være nødvendig for skoledrift på grønt nivå for at ikke hvert smittetilfelle skal føre til redusert skoledrift. Det ble også påpekt at slik nedjustering er nødvendig for å kunne ha de antallsbegrensningene som er skissert for arrangementer på trinn 4, uten bruk av kohorter på arrangementer med krav om koronasertifikat.

Faglig underlag fra Folkehelseinstituttet

Forslag til operasjonalisering av justert TISK

Inndeling av kontakter

Folkehelseinstituttet foreslår at kontaktene til en indekspasient deles inn på følgende måte:

- **Husstandsmedlemmer og tilsvarende nære.** *Med husstandsmedlemmer menes de man bodd sammen med i smittsom fase. Med tilsvarende nære menes de man har hatt omfattende eller fysisk nær kontakt med over tid, for eksempel kjæreste, overnattingsbesøkende eller bestevenn. Smitterisiko er avhengig av ulike faktorer, som nærhet, smittsom fase, den smittedes alder, luftvolum inne, forsert ekspirasjon ved sang/roping, nærkontaktens mottakelighet for smitte osv., og det må derfor være rom for smittevern faglig skjønn utøvet av ansvarlig for smittesporingen og støttet av FHI.*
- **Øvrige nærkontakter.** *De som har kjent eksponering i over 15 min i under 2 meters avstand til et smittet kasus i smittsom periode, for eksempel i en klasse, barnehage, eller organisert fritidsaktivitet. Øvrige nærkontakter vil for eksempel omfatte andre barn og ungdom i klassen eller på fritidsaktivitet. Denne gruppa vil øke betydelig ved gjennomføring av skoledrift på grønt nivå og ved gjenåpning av samfunnet med mer normal mobilitet og kontakthypighet.*
- **Andre kontakter.** *Mulig eksponerte som kan ha vært i nærheten av et smittet kasus uten å være definert som nærkontakt, for eksempel andre gjester på en restaurant eller andre elever på en skole.*

Den viktigste endringen som er foreslått i oppdrag 473 er at gruppen med plikt til karantene endres til å gjelde bare de mest smitteutsatte, altså første gruppe nevnt over: husstandsmedlemmer og tilsvarende nære.

En annen viktig endring er at karantene kan erstattes av testregime for husstandsmedlemmer eller tilsvarende nære (forutsatt at eksponeringen ikke fortsetter). Formålet med å erstatte karantene med testing er mulighet for den enkelte til å kunne delta på skole, i arbeid, delta på aktiviteter eller andre sosiale tilstelninger, altså at tiltaksbyrden for den enkelte karantenesatte blir mindre.

Det er fortsatt viktig at det er enkelt å få testet seg, og at lav terskel for test ved symptomer (også for vaksinerte) opprettholdes.

Det vil også være viktig med mulighet for rask oppskalering av tiltak ved utbrudd eller dersom det skulle komme virusvarianter som vaksinene beskytter dårligere mot. Det må altså legges til rette for rask lokal gjeninnføring av mer utstrakt bruk av TISK-tiltakene. I spesielle situasjoner bør det (enkelt) finnes hjemmel i regelverket for lokal og tidsavgrenset plikt til smittekarantene for øvrige nærkontakter.

² Sammen med Utdanningsdirektoratet

Anbefalt oppfølging av kontakter

Første gruppe - husstandsmedlemmer og tilsvarende nære - kan erstatte karantene med testing

Husstandsmedlemmer og tilsvarende nære kontakter bør fortsatt på trinn 4 ha forskriftsfestet plikt til oppfølging i 10 dager etter siste eksponering, eller til negativ PCR tatt tidligst etter 7 døgn.

Husstandsmedlemmer og tilsvarende nære som bor på rom alene og ikke er kontinuerlig eksponert for indekspasienten, kan erstatte karantene med et testregime. Hvis ikke testregimet gjennomføres har vedkommende plikt til karantene.

Husstandsmedlemmer og tilsvarende som ikke kan unngå kontakt med indekspasienten og derfor eksponeres kontinuerlig, for eksempel fordi de bor på samme rom som med indekspasienten bør gjennomføre karantene som i dag.

Uavhengig av test- eller karanteneregime, bør denne gruppa gis god informasjon om selvmonitorering av symptomer. Dersom man utvikler symptomer i karantene/ testoppfølgingstida, er man per definisjon et "sannsynlig tilfelle" og må være i isolasjon fram til evt. negativ test (NAT, for eksempel PCR) foreligger.

Følgende to testregimer kan erstatte karantene, forutsatt kapasitet og gjennomførbarhet i kommunene:

A) Daglig selvtesting fra fremre nese med antigen hurtigtester

Karantene bør primært erstattes med daglig antigen selvtester dersom disse er tilgjengelige. Tida med plikt til daglig selvtesting vil være tilsvarende lenge som karantenetida. Det vil si at den kan avsluttes ved negativ PCR tatt tidligst 7 døgn etter siste eksponering.

Det anbefales at kommunen tar ansvar for at personen med karanteneplikt får utdelt antigenhurtigtester og nødvendig opplæring i å bruke disse. Kommunene kan for eksempel benytte eksisterende teststasjoner eller velge andre løsninger som for eksempel legevakter og apotek for utlevering av nødvendig utstyr. Antallet tester som utleveres skal tilsvare antallet dager med karanteneplikt, hvilket beregnes ut fra tid siden siste eksponering.

Dersom man tester positivt på en hurtigtest, må denne bekreftes med NAT / PCR test. Personen er da i isolasjon og rutiner for testing av isolerte må følges.

Det anbefales ikke at det skal stilles krav til egenrapportering av testresultat for hurtigtester tatt i karantenetiden. Dette da en slik rapportering erfaringsvis ikke vil bli fullstendig, samtidig som et rapporteringssystem vil være ressurskrevende å få på plass. Kommunene bør imidlertid oppfordres til å holde oversikt over utleverte tester noe som vil gi en overordnet oversikt over forbruket.

B) PCR annenhver dag

I tilfeller der regelmessig daglig testing ikke er praktisk mulig å gjennomføre, kan PCR eller annen NAT annenhver dag være et alternativ. Dette kan bli aktuelt dersom hurtigtester for selvtesting ikke er tilgjengelig.

PCR kan tas sjeldnere enn antigen hurtigtest da metoden har høyere sensitivitet. Gjennomføring ved teststasjon gir god kontroll med at folk møter opp, og sikker registrering i MSIS, men medfører lang reisevei flere steder. I tillegg er svartid lengre. Det tar vanligvis ca 1 døgn før prøveresultat foreligger. Dette medfører en viss forsinkelse i isolering av smittede, og karantenesetting av

hustandsmedlemmer eller tilsvarende nære. Ved lengre svartid enn 24 timer kan ikke dette testregimet anvendes. Den testede trenger ikke å vente på prøvesvar for å gjennomføre daglige gjøremål

Andre gruppe - øvrige nærkontakter - slipper karantene, men oppfordres til PCR-testing og egenobservasjon

Forslaget medfører at personer som i dag er definert som nærkontakter, men som ikke er husstandsmedlemmer eller tilsvarende nære, slipper pliktig karantene og testing. De bør fortsatt informeres om mulig eksponering og oppfordres til:

- Testing så snart de er informert om at de har vært i nærhet til en indekspasient
- Begrensing av sosial omgang inntil testsvar foreligger
- Egenobservasjon av symptomer (i 10 døgn etter eksponering)
- Lav terskel for ny testing ved symptomer

Smittesporingsteamet må ta ansvar for å vurdere hvordan øvrige nærkontakter skal informeres.

Informasjonen kan viderebringes av indekspasienten eller dennes foresatte, arrangør, restaurant/ utested, skole, kommunens hjemmeside eller på annet vis som er hensiktsmessig. Siden en del av indekstilfellene vil være barn, kan ikke indekspasienten rutinemessig få dette ansvaret.

Smittesporingsteamet må også ta ansvar for å kvalitetssikre informasjon de skal få, for eksempel ved ferdig utformet standard informasjonsark / SMS-tekst om hvor de kan teste seg og hva som er vanlige symptomer. Vi vil lage forslag til slik tekst.

Testen bør være PCR eller annen NAT, og prøven bør tas i kommunens ordinære testsystemer / på teststasjon og sendes laboratoriet som kommunen normalt benytter. Ved positivt testsvar håndteres pasienten på vanlig måte.

Tredje gruppe – andre mulig eksponerte kontakter – informeres og observerer symptomer

Andre mulig eksponerte, som ikke defineres som nærkontakter, bør informeres om mulig eksponering. De behøver ikke automatisk testes, men oppfordres til egenobservasjon av symptomer og ha lav terskel for testing. Informasjonen kan for eksempel gis via arrangør eller kommunens hjemmeside.

Massetesting som utbruddshåndtering på skoler / barnehage

Regelmessig testing i ungdomsskole og videregående skole som nå er trappet ned før sommerferien vil antakelig ikke være nødvendig å gjeninnføre ved skolestart, men kan få en viktig rolle som alternativ til rødt nivå ved flere smittetilfeller i samme miljø.

Ved større utbrudd for eksempel i en skole, kan kommunene iverksette planer for massetesting som gjentas til utbruddet er under kontroll.

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har laget informasjonsmateriell og veileder for kommunene i gjennomføring av jevnlig testing: [Kommunene kan jevnlig masseteste prioriterte grupper](#). Det er et eget kapittel om [jevnlig testing i Koronaveilederen](#). FHI vil i tillegg utarbeide veiledning for kommunene for når massetesting bør tas i bruk på [FHIs nettsider om smittesporing](#).

Smittestopp

Appen smittestopp kan spille en viktig rolle på gjenåpningstrinn 4, og det bør vurderes om det skal kjøres kampanjer for at mange tar den i bruk, spesielt i situasjoner hvor man møter mange og ikke lenger kan ha

oversikt over alle man har truffet. Det bør vurderes en målrettet kommunikasjonsstrategi mot de yngre voksne.

Helsedirektoratets forslag til endringer i TISK i trinn 4

FHI foreslår at karanteneplikten reduseres og kun skal gjelde de mest smitteutsatte, det vil si husstandsmedlemmer og tilsvarende nære. Samtidig bør karantene kunne erstattes av testregime. Formålet med å erstatte karantene med testing er mulighet for den enkelte til å kunne delta på skole, i arbeid, delta på aktiviteter eller andre sosiale tilstelninger, altså at tiltaksbyrden for den enkelte karantenesatte blir mindre. Redusert bruk av karantene er også en forutsetning for gjennomføring av skoledrift på grønt nivå og for gjenåpning av samfunnet med mer normal mobilitet og kontakthypighet.

I dagens regelverk har ubeskyttede nærkontakter en plikt til å være i karantene i 10 døgn etter eksponering. Karantenetid kan forkortes ved neg. PCR etter 7 døgn. Fullvaksinerte og de som har gjennomgått covid-19 siste 6 mnd har ikke plikt til smittekarantene, og de som har fått 1. vaksinedose for 3-15 uker siden kan unntas smittekarantene hvis de tar en PCR test. Grupper av beskyttede vil ved overgang til gjenåpningstrinn 4 omfatte en betydelig andel av de voksne, men svært få i barnegrupper.

Helsedirektoratet deler vurderingen av at hyppig testing bør innføres i stedet for karantene så langt som råd. Vi er også enige i at det er viktig at kommunene har virkemidlene som er nødvendige for å kunne bruke karantene der det er nødvendig. Vi har vurdert om plikten til smittekarantene for andre nærkontakter enn de "nære" bør erstattes med en testplikt som skissert av FHI. Helsedirektoratet mener det ikke er tilrådelig å gjøre dette nå. Det bør ikke gjøres så store endringer i karanteneplikten før man har sett konsekvensene av en overgang til trinn 4, har mer kunnskap om deltavarianten og en enda større del av befolkningen er vaksinert.

Samtidig viser erfaringen at det kan være behov for et virkemiddel som erstatter karantene der forholdene ligger til rette for det, slik at karantenesetting heller ikke benyttes i større grad enn det som er nødvendig.

Det er et grunnleggende prinsipp i Regjeringens langsiktige strategi for håndteringen av koronapandemien at barn og unge skal ha så lav tiltaksbyrde som mulig. Justering av TISK- tiltak fra høsten vil i stor grad handle om hvilke forebyggende tiltak som er forholdsmessige ved smitte mellom barn. Som følge av tidligere beslutning (oppdrag 457) om at skolene skal kunne åpne på grønt nivå ved skolestart i august må kommunene forberede håndtering av smitteutbrudd med testing i skoleklasser slik at en begrenser tiltak og karantene så langt som det er forsvarlig ut fra smittevernhensyn.

Helsedirektoratet legger vekt på dette og foreslår en justering av TISK regimet i to trinn. Det foreslås et unntak fra plikt til smittekarantene for barn og unge under 18 år som ikke er "nære" nærkontakter (se nedenfor), forutsatt at de følger et regime for jevnlig testing. Dette innebærer at kommunene må forberede håndtering av smitteutbrudd med testing i skoleklasser slik at en begrenser tiltak og karantene så langt som det er forsvarlig ut fra smittevernhensyn.

Det foreslås videre at kommunelegene gis en skjønnsmessig adgang til å erstatte karantene med testing. Hvordan dette bør innrettes må utredes nærmere.

Husstandsmedlemmer og tilsvarende nære

FHI foreslår at husstandsmedlemmer og tilsvarende nære kontakter også etter justering av TISK bør ha forskriftsfestet plikt til oppfølging i 10 dager etter siste eksponering, eller til negativ PCR tatt tidligst etter 7 døgn og

at de i utgangspunktet bør gjennomføre karantene som i dag. De som bor på rom alene og ikke er kontinuerlig eksponert for indekspasienten, kan erstatte karantene med et testregime. Hvis ikke testregimet gjennomføres har vedkommende plikt til karantene. Alle må få god informasjon om symptomer som krever at de må la seg teste.

Testingen kan skje ved bruk av antigen hurtigtest hver dag i 10 dager, eventuelt som selvtest, eller NAT/PCR hver annen dag, minimum til og med dag 7. testregimet er beskrevet i detalj av FHI.

Helsedirektoratet deler denne vurderingen

Øvrige nærkontakter

FHI anbefaler at øvrige nærkontakter ikke skal ha plikt til karantene, men oppfordres til NAT/PCR-test. FHI anbefaler videre at smittesporingsteamet skal vurdere av hvordan nærkontaktene skal informeres, enten av indekspasienten selv, arrangør, restaurant/ utested, skole, kommunens hjemmeside eller på annet vis som synes hensiktsmessig. Testen bør være NAT/ PCR, og tas via etablerte testsystemer/ på teststasjon.

Helsedirektoratets vurdering er at trinn fire innføres uten at en endrer den forskriftsfestede plikten til oppfølging for nærkontakter. Plikten bør bestå for individene til vi har erfaring for at det ikke er behov for å følge opp med karantene eller testing etter samme regime som foreslått for husstandsmedlemmer og tilsvarende nære kontakter. Bakgrunnen er at vi både står foran økt risiko for smitte ved økt mobilitet og større samlinger ved arrangementer og liknende. Selv om flesteparten av voksne over 18 år har blitt tilbudt en dose vaksine innen midten av august, kan det være lokale forskjeller som gjør at det er behov for å sette inn sterkere utbruddshåndtering. I tillegg er det en uavklart situasjon med økende andel som smittes av den virusvarianten Delta.

Helsedirektoratet mener også at smittesporing må være kommunenes ansvar og ikke overlates til indekspasienten. Indekspasienten må selvsagt kunne oppfordres til å bidra med informasjon til nærkontakter.

Andre mulige eksponerte

FHI anbefaler at andre mulige eksponerte, som ikke defineres som nærkontakter, bør informeres om mulig eksponering. De behøver ikke automatisk testes, men oppfordres til egenobservasjon av symptomer og ha lav terskel for testing. Informasjonen kan for eksempel gis via arrangør eller kommunens hjemmeside.

Helsedirektoratet deler denne vurderingen

Arbeidet med testing og smittesporing er lagt til kommunene i smittevernloven § 7-1 jf § 3-6. Helsedirektoratet har gitt nærmere retningslinjer³ for kommunenes arbeid med TISK i medhold av § 7-10 andre ledd, og Folkehelseinstituttet gir veiledning om blant annet testkriterier. Bekreftet smittede personer har etter covid-19-forskriften § 7 plikt til å isolere seg. Videre har personer som er nærkontakt til bekreftet smittet person plikt til smittekarantene i samsvar med forskriften § 4 første ledd bokstav b. Isolering og karantene er hjemlet i smittevernloven § 4-3a.

Endringene som er foreslått i TISK-regimet krever endring i Helsedirektoratets retningslinjer og Folkehelseinstituttets veiledning for kommunenes arbeid med testing og smitteoppsporing. Endring i TISK vil også forutsette endring i reglene om smittekarantene.

³ [Operasjonalisering av testing isolering smittesporing og karantene 030720.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Testing

FHI peker i oppdrag 494A og i underlaget til dette oppdraget på at det fortsatt vil være stort behov for god testkapasitet på trinn 4. Det skal fortsatt være lav terskel for test ved symptomer også for vaksinerte. Det bør fortsatt være lav terskel for å teste seg ved symptomer uavhengig av vaksinasjonsstatus. Kommuner og laboratoriene må ha en stående testberedskap for testing, også i trinn 4, kommunene er informert om dette i brev sendt via statsforvalterne 16.juli.

Isolering

Isolering av bekreftet smittede personer er, og vil fortsatt være et sentralt tiltak for å hindre smittespredning. Det foreslås ingen endringer i trinn 4.

Smittesporing

Kommunene anbefales i trinn 4 å opprettholde beredskapen til smittesporing. Helsedirektoratet anbefaler at kommunene har ansvar for smittesporingen og at dette inkluderer de som er definert som nærkontakter. Kommunene må ha verktøyet tilgjengelig for å opprettholde denne funksjonen i trinn 4 og fremover. Det understrekes at smittesporing bør være kommunenes ansvar og bør ikke overlates til indekspasienten. Smittesporingsteamet kan vurdere også å benytte arrangører og/eller kommunene hjemmeside for å informere om smitte. Dette bør gjennomføres ved å presisere de faglige retningslinjene for kommunenes smittesporing.

Selvtesting

Ved testingen kan en både benytte antigen hurtigtest og tester som analyseres med NAT/PCR i laboratorier. FHI har beskrevet premisene for hvordan testen kan benyttes der en skal test som alternativ til gjennomføring av karantene

Testing med antigen hurtigtesting kan skje både ved at testen blir tatt og vurdert av trent personell og ved selvtesting. Svar på hurtigtester som blir tatt og analysert av helsepersonell skal registreres i MSIS-labdatabase.

Selvtester er i salg til publikum fra apotek og andre leverandører. Test for selvtest kan også skaffes via den nasjonale anskaffelsen. Per 20. juli disponerer vi ca 900 000 testsett som også kan benyttes til selvtest. Dette er ventelig et tilstrekkelig volum inntil vi har mulighet for neste anskaffelse fra uke 36 eller senere. Helsedirektoratet har i samarbeid med Nasjonalt felleslager, HSØ, etablert en ordning for bestilling og distribusjon av antigen hurtigtester, inkludert sett til selvtesting.

Innmelding av resultat etter selvtesting

Det er ikke etablert eget register for innmelding av resultat etter selvtesting md antigen hurtigtester. Hverken FHI eller Helsedirektoratet anbefaler at det etableres en felles nasjonal ordning eller register for registrering av resultat etter selvtesting. Begrunnelsen er at det vil ta tid og være store etableringskostnader ved å opprette et slikt register. I tillegg er det få kontrollmuligheter som kan sikre at det bli et pålitelig register. Selvtesting distribueres med bruksanvisning og er hensiktsmessig å benytte ved lokale utbrudd. Det bør overlates til kommunene å vurdere hvordan testene skal følges opp ved hvert enkelt utbrudd, og informere om dette.

Det bør uansett testregime gis god informasjon om selvmonitorering av symptomer. Dersom det oppstår luftveissymptomer, feber eller andre symptom som ved covid-19 etter at man har vært utsatt for/vært på samme arrangement som en som er smittet, vil man være definert som et sannsynlig tilfelle. Da skal man raskt testes med PCR og være i isolasjon. Ved negativt svar avsluttes isolasjonen og karantenetida gjennomføres som planlagt (ev. med tester).

Juridisk vurdering endringer i TISK

Behov for at det kan gjeninnføres smittekarantene på dagens nivå ved lokale utbrudd?

FHI uttaler at:

"Det vil også være viktig med mulighet for rask oppskalering av tiltak ved utbrudd eller dersom det skulle komme virusvarianter som vaksinene beskytter dårligere mot. Det må altså legges til rette for rask lokal gjeninnføring av mer utstrakt bruk av TISK- tiltakene. I spesielle situasjoner bør det (enkelt) finnes hjemmel i regelverket for lokal og tidsavgrenset plikt til smittekarantene for øvrige nærkontakter."

Helsedirektoratet er enig i at det vil være viktig å ha en beredskap på plass slik at det er mulig å gjeninnføre TISK, herunder muligheten for å karantenesette personer som har vært nærkontakt (2 meter 15 minutter) på samme nivå som vi har hatt hittil i pandemien. Vi har siden våren 2020 erfart at TISK er et viktig og effektivt virkemiddel for å kunne slå ned større utbrudd.

En beslutning om å skalere opp testing er noe kommunene selv kan innføre, eventuelt i samråd med Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Det kan gis råd om at nærkontakter frivillig går i smittekarantene, men dersom nærkontakter skal få plikt til smittekarantene forutsettes det at det er gitt bestemmelser i forskrift. Dersom man innskrenker plikt til smittekarantene i covid-19-forskriften, blir det spørsmål om kommunene kan innføre strengere karantenereregler lokalt.

Vurdering av det rettslige grunnlaget for lokal smittekarantene

Helsedirektoratet viser til at isolering og smittekarantene i covid-19-forskriften §§ 4 og 7 er hjemlet i smittevernloven § 4-3 a. Forskriftskompetansen er her lagt til Kongen. Kommunene kan ikke benytte denne hjemmelen for å iverksette strengere lokale forskrifter på samme måte som de kan for tiltakene i smittevernloven § 4-1, slik som stenging eller begrensning av arrangementer, virksomheter, aktiviteter mv.

Dersom det er behov for å ha strengere smittekarantene i utbruddskommuner, må det vurderes om kommunene kan innføre strengere lokale regler om smittekarantene med hjemmel i smittevernloven § 4-1 første ledd bokstav d. Bestemmelsen gir kommunen hjemmel for å vedta *"isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil sju dager om gangen"*. Et annet alternativ kan være at covid-19-forskriften inneholder bestemmelser om smittekarantene på dagens nivå som kan gjøres gjeldende for utbruddskommuner. Begge alternativer forutsetter at slike strengere bestemmelser om smittekarantene for en større personkrets enn personkretsen i de nasjonale reglene bygger på en medisinskfaglig vurdering, er nødvendig av hensyn til smittevernet og er tjenlig etter en helhetsvurdering.

Helsedirektoratet viser til Prop. 130 L (2019-2020) Midlertidig endring i smittevernloven (*hjemmel for forskrifter om isolering og begrensninger i bevegelsesfrihet*) som ligger til grunn for smittevernloven § 4-3 a om isolering og smittekarantene. I proposisjonen punkt 4.2.5 gis en redegjørelse for gjeldende rett. I omtalen av § 4-1 første ledd bokstav d uttales blant annet at:

"Isolering er et tiltak som kan benyttes både for smittede personer og for nærkontakter. Definisjonen av en smittet person i smittevernloven § 1-3 nr. 2 er «en person som har eller etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom». Formålet med å omfatte også antatt smittede personer er at disse personene må behandles på samme måte som smittede personer inntil det eventuelt kan bekreftes at de ikke er smittet. I forarbeidene til smittevernloven legges det til grunn at isolering som tiltak ikke bare er aktuelt for personer som er eller er mistenkt smittet, men også for personer som har vært i nærkontakt med en smittet person nettopp fordi disse også kan antas å være smittet. Disse personene kan derfor pålegges restriksjoner i bevegelsesfriheten fordi de er mistenkt smittet. Hvilke restriksjoner som er nødvendig vil måtte vurderes konkret utfra situasjonen og på hvilken måte det er nødvendig å forebygge eller motvirke spredning av sykdommen."

I punkt 7.2 gis en vurdering av smittevernloven § 4-1 første ledd bokstav d som grunnlag for isolering og smittekarantene i covid-19-forskriften.

"Smittevernloven § 4-1 første ledd bokstav d gir hjemmel for å kunne iverksette tiltak som innebærer isolering av personer eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført. Dette er befolkningsrettede tiltak som er aktuelle for blant annet sykdommer med luftbåren smitte og som lett smitter fra person til person.

Loven gir hjemmel til å benytte isolering eller andre begrensninger i bevegelsesfriheten overfor personer, herunder smittede personer og nærkontakter. Departementet mener at isolering og smittekarantene etter sin art kan gis med hjemmel i smittevernloven § 4-1 første ledd bokstav d.

Lovbestemmelsen gir hjemmel til «isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet (...)». Etter andre ledd kan Helsedirektoratet treffe vedtak som gjelder for hele eller deler av landet.

Det følger av ordlyden i § 4-1 første ledd bokstav d at tiltak kan vedtas «i opptil sju dager om gangen». Dette innebærer at en forskrift vedtatt med hjemmel i bestemmelsen kan videreføres, men det må treffes nytt vedtak senest hver sjuende dag, noe som også fremgår av Ot.prp. nr. 91 (1992–93) s. 144.

Departementet vurderer at selv om tiltakene etter sin art faller under smittevernloven § 4-1 første ledd bokstav d, og det kan treffes vedtak for hele landet, vil ordlyden legge opp til en lite hensiktsmessig ordning med krav til å fornye vedtaket hver sjuende dag. Departementet mener derfor at smittevernloven § 4-1 bokstav d ikke bør benyttes som hjemmelsgrunnlag for isolering av bekreftet smittede og smittekarantene."

Helsedirektoratet viser til uttalelsene i Prop. 130 L. Begrunnelsen for at departementet foreslo en ny hjemmel for isolering og smittekarantene gjør seg i mindre grad gjør seg gjeldende dersom det er behov for strengere regler om smittekarantene ved i lokale utbrudd. Ved lokale utbrudd vil ordningen med å fornye eventuelt vedtak hver sjuende dag være godt tilpasset situasjonen. Videre er det ikke tvil om at kommunen vil være geografisk avgrenset område. Helsedirektoratet legger til grunn at smittevernloven åpner for at kommunene fatter lokale forskrifter som pålegger karanteneplikt.

Behovet for raskt vedtak ved lokale utbrudd

Ved lokale utbrudd kan det oppstå behov for å fatte vedtak raskt for å utvide personkretsen som skal i smittekarantene. Det følger av smittevernloven § 4-1 femte ledd andre punktum at i "hastesaker kan kommunelegen utøve den myndighet kommunestyret har etter denne paragrafen." Dermed vil kommunelegen kunne fastsette vedtak umiddelbart – som muliggjør strengere tiltak om karanteneplikt (isolasjon) etter § 4-1 første ledd bokstav d – uten å måtte vente på kommunestyret. Helsedirektoratet oppfatter altså bestemmelsen slik at den muliggjør raske vedtak ved lokale utbrudd innenfor et avgrenset geografisk område.

Praktiske utfordringer

Erfaringer fra håndteringen av pandemien har vist at det for kommuner og kommuneleger kan være utfordrende både å utforme vedtak og å få befolkningen til å etterleve vedtakene. Veiledning til kommunene er gitt i Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I/7-2020 om kommunale smitteverntiltak. Når det vedtas en lemping i karantenereglene nasjonalt innebærer at kommunene vil ha behov for veiledning både om når det er anledning til å fatte vedtak som pålegger karanteneplikt lokalt og om hvordan slike vedtak kan utformes.

- **Anbefaling:** Når dagens regler om smittekarantene endres bør det tas inn en omtale av kommunenes adgang til å treffe kommunale smitteverntiltak gjennom å innføre lokale regler om smittekarantene der det er nødvendig for å kunne få kontroll på lokale utbrudd i HOD sitt rundskriv I/7-2020.

Behov for adgang for kommunelegen til å erstatte karanteneplikt med testregime

Reglene i covid-19-forskriften om isolering og smittekarantene er hjemlet i smittevernloven § 4-3 a som gir hjemmel for Kongen til å fastsette forskrifter om isolering og andre begrensninger i bevegelsesfriheten for smittede, antatt smittede og deres nærkontakter. Det kan fastsettes nærmere krav til undersøkelser i forbindelse med eller til erstatning for isolering eller andre begrensninger i bevegelsesfriheten. Denne adgangen er benyttet en rekke ganger for å avkorte karantenetiden. Helsedirektoratet mener hjemmelen gir adgang til ikke bare avkorte, men også fullt ut erstatte karanteneplikt med testing slik det foreslås her, jf. "til erstatning for".

Som det er vist til over, anbefaler Helsedirektoratet at det i første omgang ikke gjøres endringer i personkretsen som kommer i smittekarantene, annet enn for personer under 18 år. Det er fremdeles en klar smittevernlig begrunnelse for å opprettholde karanteneplikt for personer som har stor risiko for å bli smittet. Karantene har vist seg å være et svært viktig virkemiddel i arbeidet med å holde kontroll på smittesituasjonen. Samtidig ser man at smittekarantene i noen tilfeller vil være mer inngripende enn det som er nødvendig og medisinskfaglig begrunnet for den enkelte. Lokale forhold kan tilsi at personer som ikke er nære nærkontakter kan unntas fra smittekarantene dersom de tester seg i tråd med det som er beskrevet av FHI. Selv om nærkontakter som ikke er beskyttet fortsatt i utgangspunktet vil pålegges smittekarantene, så vil de med jevnlig testing kunne gå på jobb hver dag. Det kan for eksempel være aktuelt for uvaksinerte ansatte på skoler og i barnehager, dersom personer under 18 år fritas fra karanteneplikt.

Vi har vurdert om covid-19-forskriften bør åpne for at kommunelegen, basert på en vurdering av den lokale smittesituasjonen, kan erstatte karanteneplikt med et testregime. I så fall i kombinasjon med nærmere nasjonal veiledning om når dette kan anses å være smittevernlig forsvarlig. Fordelen vil være at tiltaksbyrden kan tilpasses smittesituasjonen lokalt. En ulempe vil være at det blir vanskelig for den enkelte å orientere seg og finne ut hvilke regler som gjelder i deres kommune. Man kan også se for seg at det vil komme spørsmål om hva som gjelder dersom nærkontakten fant sted i en kommune uten lokalt fritak fra karantene, mens personen bor i en kommune med lokalt fritak. I tillegg vil en slik bestemmelse åpne for en forventning om at det gjøres individuelle vurderinger av plikt til smittekarantene. Det kan medføre at kommunene må bruke større ressurser på å håndtere henvendelser fra personer som ønsker å teste seg framfor å være i karantene.

Det må vurderes om det er adgang til å gi/delegere myndighet til å fravike en nasjonal forskrift til kommunene, så lenge kommunene ikke kan instrueres, eventuelt hvor klare føringer forskriften må gi for at kommunelegen kan gis myndighet til å kunne gjøre slike unntak. (Når det gjelder adgang til å gi strengere regler er det åpnet for at kommuner kan beslutte å stenge barnehager og skoler sammenligning i covid-19-forskriften § 12c, men Helsedirektoratet skal godkjenne vedtakene. For ordens skyld påpeker vi at vi ikke kan se at en tilsvarende ordning med godkjenning av vedtak er aktuelt for unntak fra smittekarantene.)

Hvis man kommer til at myndigheten bør delegeres til kommunen/kommunelegen er det spørsmål om hvordan en slik dispensasjon formelt kan gis. Covid-19-forskriften pålegger individuelle plikter, i dette tilfellet plikt til karantene. Et unntak fra dette for enkeltpersoner eller grupper av enkeltpersoner vil være bestemmende for deres rettigheter og plikter, og vil være et vedtak i forvaltningslovens forstand. Det gjelder antakelig selv om det vil være valgfritt for den enkelte om de ønsker å gjennomføre karantene, eller å gjennomføre testing som må anses som et mindre inngripende tiltak enn karantene. Det er derfor spørsmål om hvilke krav som gjelder når kommunen/kommunelegen skal beslutte om/ hvem som teste seg i stedet for å gjennomføre karantene. Det er vanskelig å se at dette kan gjøres uten et vedtak, enten som forskrift eller som enkeltvedtak, med de administrative konsekvensene det har for kommunene.

Vi har ikke hatt tid til å gjøre fullstendige vurderinger av disse juridiske spørsmålene.

Nærmere om forslag til endringer i forskrift

Unntak fra smittekarantene for personer under 18 år som ikke er "nære" nærkontakter

For å unngå at flere barn og unge enn nødvendig settes i karantene når skoler og barnehager åpner på grønt nivå er det behov for å gjøre unntak fra plikt til karantene for denne gruppen og erstatte plikten til smittekarantene for denne gruppen med regelmessig testing. Det foreslås å innføre et unntak for denne gruppen. Det vises til FHIs vurderinger av at disse både smitter mindre og blir mindre syke enn andre. En unntaksbestemmelse gjør at man unngår uklarerheter knyttet til om kommunelegen må fatte vedtak om unntak fra de nasjonale bestemmelsene, og merarbeidet som dette eventuelt ville representere.

Unntak kan innføres som et unntak i et nytt tredje ledd i § 4, fra plikt til smittekarantene for denne gruppen, for eksempel slik:

"Smittekarantene gjelder ikke for personer under 18 år som ikke er husstandsmedlemmer eller tilsvarende nære kontakter til den smittede personen, hvis de gjennomfører testing i tråd med retningslinjer fra kommunen."

Gjeldende § 4 tredje og fjerde ledd blir da fjerde og femte ledd.

Denne endringen innebærer at barn og unge under 18 år ikke ilegges smittekarantene med mindre de er husstandsmedlemmer eller tilsvarende nære, eventuelt hvis regelmessig testing ikke kan utføres i regi av kommunen. Samtidig må de gjennomføre testing i tråd med de retningslinjene som kommunen gir for testing. Hvis de ikke testes, vil de måtte være i karantene. Det innebærer at en eventuell massetesting av en skoleklasse som ledd i å nøste opp i eller kontrollere et utbrudd vil være pliktig for elevene.

Hvis det er nødvendig å tydeliggjøre i forskriften hvilket testregime som skal følges, kan det for eksempel skrives slik:

Smittekarantene gjelder ikke for personer under 18 år som ikke er husstandsmedlemmer eller tilsvarende nære kontakter til den smittede, hvis personen tester negativt på PCR-test tatt hver annen dag, eller negativt på antigen hurtigtest tatt hver dag i den første uken etter siste nærkontakt. Etter negativ test på dag 7 bortfaller uansett karanteneplikten."

Med en slik utforming er det et spørsmål om det vil være en rettighet å teste seg som alternativ til karantene for denne gruppen, eller om det også er avhengig av at kommunen har system for testing på plass.

Hvis det innføres et skille mellom husstandsmedlemmer og tilsvarende nære og andre nærkontakter, er det spørsmål om hvordan en slik karanteneplikt avgrenses. Med "tilsvarende nære" menes for eksempel kjæreste index har hatt tett kontakt med, personer som omgås tett over tid eller personer som har pleiet den som er bekreftet smittet eller hatt tilsvarende nær fysisk kontakt, uten å ha brukt anbefalt beskyttelsesutstyr. Om en person anses være "tilsvarende nær" som husstandsmedlemmer vil blant annet bero på en vurdering av eksponeringsgrad (tid man oppholder seg sammen) og omfanget av felles kontaktpunkter. Vurderingene vil være skjønnspreget, samtidig er det vanskelig å gi en klar avgrensning av personkretsen som får karanteneplikt. Direktoratet har vurdert om det bør tas inn en definisjonsbestemmelse, men det har vist seg å være vanskelig å lage en tilstrekkelig klar bestemmelse. Dette kan gjøre det vanskeligere for den enkelte å forutsi sin rettsstilling, noe som kan være problematisk når overtredelse av forskriften er straffbelagt.

I dag er nærkontaktdefinisjonen det vilkåret som må være oppfylt for at en person ilegges smittekarantene. Helsedirektoratet anbefaler imidlertid ikke å endre nærkontaktdefinisjonen i § 3 når personkretsen for smittekarantene endres. Nærkontaktdefinisjonen benyttes i flere andre bestemmelser i covid-19-forskriften. For eksempel er "nærkontakten" tidsangivelsen for beregning av tidspunkt karantene starter, eller når man eventuelt kan teste seg ut av karantene. Videre gis det for flere av unntakene for karantene gitt en plikt for den karantenesatte til "så langt det er mulig å unngå nærkontakt med andre", besøkende på Svalbard skal unngå nærkontakt mv. Helsedirektoratet foreslår isteden at endringen i personkrets gjøres ved at "husstandsmedlemmer eller tilsvarende nære legges til som et nytt kumulativt vilkår for smittekarantene sammen med nærkontakt. Se forslag til forskriftsendring under.

Eventuell adgang til å erstatte karantene med testing lokalt

Hvis det i tillegg er aktuelt å innføre en adgang for kommunelegen til å etablere et testregime i stedet for karanteneplikt, kan bestemmelsen for eksempel utformes slik:

Ny § 4b eller ny § 4e

Adgang for kommunelegen til å erstatte karanteneplikt med testregime

Basert på en vurdering av smittesituasjonen kan kommunelegen beslutte at personer i smittekarantene etter § 4 første ledd bokstav b, som ikke er husstandsmedlemmer eller tilsvarende nære kontakter, i stedet for å gjennomføre karantene kan teste seg for SARS-CoV-2 med PCR-test annenhver dag til og med tidligst 7 døgn etter nærkontakten, eller ved daglig selvtesting fra fremre nese med antigen hurtigtest.

§ 5 sjuende ledd første punktum, og § 7 andre ledd gjelder tilsvarende.

Endringen vil kreve at det utarbeides veiledende tekst for å bidra til mest mulig felles vurdering av de aktuelle sakene.

Tilleggsvurdering til sak 494 Bb, avsnittet om TISK; økonomiske og administrative konsekvenser.

Det aktuelle tekstområdet fra side 20 og 21 er gjengitt under. I møtet med HOD torsdag 22.7 kl 14.00 ble det spurt om tilgang til testsett for selvtester. Dette er omtalt i tredje avsnitt under overskriften Selvtesting, som det vises under. Tillegget med økonomisk og administrative konsekvenser er lagt til og markert med **grønn** skift.

Selvtesting

Ved testingen kan en både benytte antigen hurtigtest og tester som analyseres med NAT/PCR i laboratorier. FHI har beskrevet premissene for hvordan testen kan benyttes der en skal test som alternativ til gjennomføring av karantene

Testing med antigen hurtigtesting kan skje både ved at testen blir tatt og vurdert av trenet personell og ved selvtesting. Svar på hurtigtester som blir tatt og analysert av helsepersonell skal registreres i MSIS-labdatabase.

Selvtester er i salg til publikum fra apotek og andre leverandører. Test for selvtest kan også skaffes via den nasjonale anskaffelsen. Per 20. juli disponerer vi ca 900 000 testsett som også kan benyttes til selvtest. Dette er ventelig et tilstrekkelig volum inntil vi har mulighet for neste anskaffelse fra uke 36 eller senere. Helsedirektoratet har i samarbeid med Nasjonalt felleslager, HSØ, etablert en ordning for bestilling og distribusjon av antigen hurtigtester, inkludert sett til selvtesting.

Innmelding av resultat etter selvtesting

Det er ikke etablert eget register for innmelding av resultat etter selvtesting med antigen hurtigtester. Hverken FHI eller Helsedirektoratet anbefaler at det etableres en felles nasjonal ordning eller register for registrering av resultat etter selvtesting. Begrunnelsen er at det vil ta tid og være store etableringskostnader ved å opprette et slikt register. I tillegg er det få kontrollmuligheter som kan sikre at det bli et pålitelig register. Selvtesting distribueres med bruksanvisning og er hensiktsmessig å benytte ved lokale utbrudd. Kommunene bør overlates til å informere om hvordan testene skal følges opp ved hvert enkelt utbrudd.

Det bør uansett testregime gis god informasjon om selvmonitorering av symptomer. Dersom det oppstår luftveissymptomer, feber eller andre symptom som ved covid-19 etter at man har vært utsatt for/vært på samme arrangement som en som er smittet, vil man være definert som et sannsynlig tilfelle. Da skal man raskt testes med

PCR og være i isolasjon. Ved negativt svar avsluttes isolasjonen og karantenetida gjennomføres som planlagt (ev. med tester).

Økonomiske og administrative konsekvenser

Det er foreslått at noen nærkontakter, skal kunne erstatt karantene med testing etter opplegg beskrevet av FHI. Når de som ha plikt til karantene får anledning til å velge testing som alternativ vil det også føre til økt behov for testing. Testingen krever både bemanning og utstyr i tillegg til at noen av de som skal testes også kan ha rett til transport til og fra teststedet.

Perioden fra uke 1 til uke 8 ble det registrert 3 til 7 personer i karantene per registrert smittet. Variasjonen var sannsynligvis stor. I denne perioden var vaksinasjonsdekningen lav. Ved utgangen av uke 8 var 3,3 % fullvaksinert og 6,6 % hadde fått første dose. Samtidig var det relativt stramme begrensninger for hvor mange som kunne møtes.

Vi har ikke oppdaterte tall for hvor mange som har kommet i karantene fra uke 24 til uke 28, men i gjennomsnitt har det vært 1200 til 1300 nye smittede per uke. Andelen som er vaksinert med en og to doser er ti ganger så høy. 60 prosent av alle har fått første dose og 31 prosent har fått to doser. I løpet av tre uker vil dermed 60% være unntatt kravet til smittekarantene. De som kun ar fått en dose må riktignok ta en NAT/PCT-test mellom dag 3 og 7 etter kontakt med smittede. Hvert individ har sannsynligvis flere nærkontakter nå enn i uke 1-8, med ca 60% av personene de møter er unntatt krav til karantene.

Vi velger derfor å ta utgangspunkt i at det fremdeles i snitt vil være 5 personer som vil ha karanteneplikt per smittet. Dette gir 1200×5 , 6000 personer med karanteneplikt per uke. Vi antar at 60% av disse, 2400 individer, vil velge med NAT/PCT-testing hver annen dag, totalt 3 ganger til og med dag 7. De resterende 40 %, 900 individer, vil velge selvtesting eller testing som ledd i oppfølging i skole etter massetestingsregimet som ble prøvd ut i april til juni.

En økning på 18 000 tester (6000 nærkontakter x 3 tester per uke) med NAT/PCR per uke er godt innenfor kapasiteten kommunene og laboratoriene kan klare i dag. Dersom det blir behov for å prioritere vil denne gruppen være prioritert før testing for reise og arrangement.

Økning med 9000 selvtester per uke (900 nærkontakter som testes hver dag i 10 dager) eller lokalt analysert antigen hurtigtester per uke er langt innenfor kapasiteten i kommunene i dag.

Disse anslagene vil også være innenfor dagens kapasitet dersom tallene er 2-3 ganger så store. Om det skulle komme et omfattende utbrudd som gir sterk økt behov for testing i en kommune må en søke å løse det med bistand fra nabokommuner.

Kommunen får utlevert testmateriellet uten kostnader når det er kjøpt inn til det nasjonale lageret. Det er i øyeblikket ca 4 millioner testsett på lager. Av disse kan 900 000 benyttes til selvtesting. Det pågår en ny anskaffelsesprosess og vi mener at lageret er stort nok til å dekke behovet fram til ny levering. Lønnskostnader vil bli belastet oppgjørsordningen i covid-19-regnskapet.

Helsedirektoratet har allerede etabler en bestillingsordning der kommunen får tilsendt testmaterieell fra det nasjonale lageret. Kapasiteten er god i øyeblikket, og kan eventuelt økes med en eller to personer for en periode, dersom pågangen øker.

Når personer har plikt til å gå i karantene og velger å la seg teste vil det også kunne føre til økt etterspørsel til pasienttransport i en periode. Vi har ikke tall som kan underbygge vurdering av kostandene til dette. det vil også variere stort med hvor i landet det kommer utbrudd som skal følges opp med karantene eller testing.

Tillegg vurderingsnotat - varighet på teststasjoner ved grenseoverganger

Helsedirektoratet har mottatt flere henvendelser i løpet av den siste måneden med spørsmål om hvor lenge man kan forvente å opprettholde tiltaket med teststasjoner på grensen. Det er viktig med en avklaring på dette fordi leiekontrakter på areal, samt kontrakter til arbeidstakere nå begynner å gå mot slutten. Avtalene/kontraktene må fornyes dersom man ønsker å opprettholde testing på grensen som tiltak for å redusere risikoen for importsmitte. Kommunene har til nå fått beskjed fra Helsedirektoratet om at tiltaket skal opprettholdes til 1. september.

Momenter for å opprettholde tiltaket

I regjeringens gjenåpningsplan blir testing på grensen nevnt som et av tiltakene som sist skal avsluttes. Testing ved grenseoverganger med antigen hurtigtest gjør det mulig å fange opp personer som er smittet med covid-19 tidlig, og hindre at disse personene tar med seg smitte inn i landet og sprer dette videre.

Antigen hurtigtester er spesielt gode til å fange opp personer som er smitteførende, men det er mulig at personer som er svært tidlig i sykdomsforløpet ikke tester positivt på antigen hurtigtest. Test på grensen er derfor et fullverdig tiltak mot importsmitte først når det gjøres i sammenheng med innreisekarantene. At innreisende opprettholder karanteneplikten er dermed av avgjørende karakter for at kontrolltiltakene på grensen skal fungere. Test på grensen sammen med plikt til karantene ved innreise sikrer (ved god etterlevelse) at smitteførende personer blir fanget opp ved ankomst, mens de som blir smitteførende i løpet av noen dager fanges opp ved test tidligst døgnet 3 eller 7 jf. covid-19-forskriften § 4c. Dette gjelder uavhengig av om personene er asymptomatiske eller har symptomer.

I tidligere evalueringer av tiltaket har man forsøkt å gjøre en økonomisk og administrativ vurdering av tiltaket, men konkludert med at det er vanskelig å stadfeste hvor mye hver positiv personsom fanges opp på grensen, sparer samfunnet. Smitteutbrudd er krevende å håndtere, og koster samfunnet betydelige midler, både rent økonomisk og personellmessig. Ethvert tilfelle som oppdages på grensen har derfor stor verdi for det norske samfunnet.

Det er etablert en egen tilskuddsordning for teststasjoner ved grenseoverganger som har blitt berammet med midler som skal gjelde ut 2021. Per uke 25 er kun 156 mill. kr. utbetalt og ca. 620 mill. kr. er disponibelt. Alle teststasjoner har ikke sendt inn alle krav, og disponibelt beløp er nok derfor egentlig lavere. Likevel forventer Helsedirektoratet at det skal være tilstrekkelig med midler til å opprettholde nåværende nivå av testing på grensen uten at dette går ut over rammen for 2021. Flere teststasjoner har allerede gjort betydelige utbedringer i både test- og venteareal og Helsedirektoratet forventer derfor ikke større beløp knyttet til utbedring av arealer i tiden som kommer.

Nasjonalt kontrollsenter opprettholdes til ut oktober. Det vil være mindre nytte av å opprettholde et slikt tiltak uten å opprettholde andre tiltak i innreisekjeden.

Smitten er i tillegg stigende i flere områder både i og utenfor EU på grunn av delta-varianten. FHI har ikke god smittevernoversikt over landene utenfor EU og det vil fremdeles være betydelig risiko for importsmitte fra land utenfor EU i tiden som kommer. Her viser Helsedirektoratet til tidligere oppdrag vedrørende innreiserestriksjoner og FHIs innspill til disse oppdragene (437 og 477).

Det er vanskeligere å skalere opp testtilbudet enn å ta det ned. Å finne personell har vist seg å være krevende, selv om kommunene stort sett har fått til dette.

Momenter for å redusere/stanse tiltaket

Over lengre tid har andelen positive av de som tester seg på grensen vært synkende. I uke 23, 24 og 25 lå andelen positive av de som testet seg på grensen på henholdsvis 0,1, 0,06 og 0,1 %. Antallet som tester seg har gått stødig oppover, med en topp på ca. 31 tusen tester i uke 24. Mot slutten av uke 24 ble det ikke lenger nødvendig for fullvaksinerte å teste seg på grensen. Da sank antallet tester til ca. 21 tusen, mens andelen positive steg til 0,04 prosent. Hovedparten av de som reiser til Norge er reisende fra EU / indre Schengen. I uke 28 var andelen positive steget til 0,16 % og antallet tester tatt på grensen steg til 56872.

Stabilt lave smittetall kan være et argument for å nedskalere tiltaket noe. Dette vil ev. bli diskutert i oppdrag 494 B.

Mange land i EU ble grønne fra 5. juli. Dette har en effekt for så å si samtlige grenseoverganger ved vei, i tillegg til samtlige havner (selv om rederiene må ha avtale med kommunene, endres hvem som har lovlig innreise). Dette merkes likevel best på grenseovergangene ved vei som ved Svinesund. Ved Storlien i Meråker har Helsedirektoratet fått tilbakemelding om lange køer ved teststasjonen. Om andelen testpliktige som krysser grensen opprettholdes vil det bli behov for å sende personer videre uten at de har mottatt prøvesvaret pga. kapasitetsutfordringer. Blant disse benevner FHI at det er svært få positive tilfeller.

Kommuner med grenseovergang mot Finland i Troms og Finnmark har henvendt seg til Helsedirektoratet med spørsmål om nødvendigheten av å teste norske personer som reiser til Finland for å handle mat. Disse personene oppholder seg i kort tid i utlandet. Vi viser til svar på oppdrag 494 hvor vi anbefaler forskriftsendring for at disse skal unntas test. Kommunene er kritiske til ressursbruken når de selv mener de har bedre bruk for personellet i sykehjem, eller i andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Flere av disse kommunene har til vanlig mangel på helsepersonell.

Når mange av disse landene ikke var grønne, testet flere av grenseovergangene i Nordland og Troms og Finnmark under 150 personer per uke.

For hver uke blir flere vaksinert i Norge, og risikoen for / og ved importsmitte blir mindre betydelige.

Vurdering

Helsedirektoratet vurderer at teststasjoner på grensen som tiltak bør opprettholdes ut året. Det er midler til dette i tilskuddsordningen og smittesituasjonen er ustabil i resten av verden, samt økende i mange land. Teststasjonene på grensen finner positive tilfeller hver eneste uke, og den smittevernfarende verdien av teststasjoner på grensen er betydelig. Hvert importtilfelle som fanges opp på grensen er av stor verdi for det norske samfunnet, og kan hindre lokale utbrudd i Norge.

Helsedirektoratets konklusjon/ anbefaling

- Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttets samlede vurdering per 22. juli er at trinn 4 i gjenåpningsplanen kan gjennomføres i slutten av juli eller i begynnelsen av august. Vi må ta forbehold om at den videre utvikling ikke forverres betydelig de nærmeste ukene.
- Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet opprettholder vurderingen om at det planlegges for å starte barnehager og skoler på grønt nivå slik som skissert i besvarelse 494 Ba den 15. juli, med justert TISK. Barn og unge har hatt en stor tiltaksbyrde gjennom pandemien, og det er viktig å få på plass normale rutiner så raskt som mulig. FHI beskriver at studier viser at barn blir lite syke av covid-19. Trafikklysmodellen beholdes, og skoler og barnehager må ha beredskap for oppjustering av tiltak ved behov
- Det anbefales ikke at det innføres lettelsers for kystcruise i forbindelse med overgang til trinn 4, men foreslås at det gjøres en ny vurdering av bestemmelsene ultimo august/primio september. Bakgrunnen for anbefalingen er at det bør gå noe tid fra det ble innført lettelsers den 20.juni slik at det kan foreligge et tilstrekkelig vurderingsgrunnlag.
- Slik situasjonen ser ut nå vil det være forsvarlig å arrangere internasjonale toppidrettsarrangementer fra og med september. Det kan gis unntak for eventuell innreisekarantene for en begrenset gruppe toppidrettsutøvere og støttepersonell i forbindelse med internasjonale idrettsarrangementer. Dersom det gis unntak for innreisekarantene, må utøverne følge tidligere skisserte testprosedyrer.
- Helsedirektoratet anbefaler at TISK-regimet justeres ved at det gis unntak fra smittekarantene for personer under 18 år som ikke er nære nærkontakter, dersom de tester seg i tråd med anbefalingene gitt i FHIs

besvarelse. Videre kan det vurderes om det er aktuelt å gi kommunene adgang til å erstatte smittekarantene med testing etter en vurdering av smittesituasjonen.

- Det er fortsatt nødvendig at kommunene opprettholder beredskap for testing, isolering, smittesporing og karantene slik at utbrudd kan oppdages og bringes under kontroll.
 - Helsedirektoratet vurderer at teststasjoner på grensen som tiltak bør opprettholdes ut året. Det er midler til dette i tilskuddsordningen og smittesituasjonen er ustabil i resten av verden, samt økende i mange land. Teststasjonene på grensen finner positive tilfeller hver eneste uke, og den smittevernfarende verdien av teststasjoner på grensen er betydelig. Hvert importtilfelle som fanges opp på grensen er av stor verdi for det norske samfunnet, og kan hindre lokale utbrudd i Norge.
-

Vedlegg

Tabell: Plan for videre gjenåpning

FHIs endringer i rødt

Helsedirektoratets tilføyinger er i blå tekst.

	Trinn 3	Trinn 4
Barnehager, skoler og SFO	Følge trafikklysmodellen og lokale vurderinger.	Grønt nivå som hovedregel fra semesterstart. Følge trafikklysmodellen og lokale vurderinger.
	Trinn 3	Trinn 4
Universiteter, høyskoler og fagskoler	Økt fysisk undervisning. Registrere hvem som er til stede og deres seteplassering for å lette smittesporing. Vurdere bruk av jevnlig testing.	Fysisk undervisning fra semesterstart i høst. Generelle smitteverntiltak*, men med unntak fra avstandskrav under undervisning.
	Trinn 3	Trinn 4
Breddeidrett og kultur- og fritidsaktiviteter	Deltakere på idretts-, kultur- og fritidsaktiviteter unntas fra anbefalingen om 1 meters avstand, både utendørs og innendørs, der det er nødvendig for å utøve aktiviteten. Dette åpner for trening i kontaktsport for voksne. For voksne anbefales gruppestørrelsen å være inntil 30 personer innendørs og 40 personer utendørs. Barn og unge under 20 år kan delta som utøvere på idrettsarrangement eller konkurranse på tvers av regioner/kretser (nasjonalt), både utendørs og innendørs, uten krav om å holde 1 meter avstand. Voksne i breddeidretten får unntak fra 1-metersregelen ved deltakelse på idrettsarrangementer, både utendørs og innendørs, innenfor regionen/kretsen, f.eks. kamper og stevner. Også voksne ikke-profesjonelle utøvere får unntak fra 1-metersregelen på både utendørs og innendørs kulturarrangementer, dersom de ellers trener eller øver sammen. Se også kategorien Offentlige arrangementer og Innenlandsreise. Oppfordringen om aktivitet utendørs heller enn innendørs opprettholdes.	Ingen anbefaling om 1 meters avstand eller antallsbegrensning ved trening/øving. Ikke krav om å holde 1 meter avstand for deltakere på idretts- og kulturarrangementer. Det åpner for deltakelse på tvers av regioner/kretser (nasjonalt) også for voksne. Se også kategorien Offentlige arrangementer.

	Trinn 3	Trinn 4
Toppidrett	Toppidrett kan utøves som normalt. Det betyr at seriespill kan gjennomføres utendørs og innendørs. Det gis lettelse i krav om innreisekarantene for norske toppidrettsutøvere og nødvendig støttepersonell som allerede har rett til innreise etter innreisereguleringen og som returnerer til Norge etter konkurranser eller konkurransforberedelser i utlandet. Unntaket avgrenses til toppidrettsutøvere definert av NIF eller Norges Bilsportforbund. Det gis lettelse i krav om innreisekarantene for utenlandske toppidrettsutøvere og nødvendig støttepersonell ved innreise til Norge i forbindelse med Oslo Bislett Games og kvalifiseringskamper til UEFA Champions League og UEFA Conference League. Det gis unntak fra krav om opphold på karantenehotell og fra innreiserestriksjoner for de samme gruppene toppidrettsutøvere og støttepersonell med krav til egnet oppholdssted og forutsetning om strengt smittevernsregime. Se også kategorien Offentlige arrangementer.	Toppidrett kan utøves som normalt. Se også kategorien Offentlige arrangementer (som trinn 3) Terskelen for å gi unntak bør være høyere ved innreise fra områder der vi ikke har god epidemiologisk oversikt eller smittesituasjonen gir grunn til bekymring. Det kan gis forkortet karantene på egnet sted frem til negativ PCR test etter 3 døgn dersom dette ikke er gjeldende for alle på dette tidspunktet (se oppdrag 494B del A for nærmere drøfting). Det er også gitt mulighet for testing med antigen hurtigtest ved behov for unntak fra karantene på enkelt dager.
	Trinn 3	Trinn 4
Sosial kontakt/private hjem	Oppfordring om å møtes utendørs gjelder fortsatt. Ved besøk hjemme oppfordres det til å ikke ha flere enn 20 gjester. Barn i barnehager og barneskoler kan likevel ha besøk fra egen kohort/klasse/avdeling selv om det overstiger anbefalt antall gjester. Beskyttede regnes ikke med i antallsbegrensningen. Rådet om avstand gjelder fortsatt, men beskyttede kan ha nær sosial kontakt (under en meter) med andre beskyttede og ubeskyttede som ikke er i risikogruppen.	Generelle smitteverntiltak. Ingen anbefalt begrensning på antall gjester i hjemmet, men man bør fortsatt holde avstand, vaske hender og være hjemme hvis man er syk.
	Trinn 3	Trinn 4
Handelsnæringen, inkl. varemesser og markeder	Åpent med regulering av smittevernrelatert forsvarlig drift i covid-19-forskriften, som å tilrettelegge for minst 1 meters avstand, rutiner for god hygiene med mer. Smitteverntiltak jf. egen bransjestandard.	Åpent med regulering av smittevernrelatert forsvarlig drift i covid-19-forskriften, som å tilrettelegge for 1 meters avstand, rutiner for god hygiene med mer. Smitteverntiltak jf. egen bransjestandard. (Som trinn 3)
	Trinn 3	Trinn 4
Serveringssteder	Skjenkestoppen kl. 24:00 oppheves. Innslippsstopp kl. 24:00 opprettholdes. Fortsatt krav om registrering, bordservering av alkohol, redusert antall gjester, sitteplasser til alle gjester og avstand.	Generelle smitteverntiltak*. Fortsatt krav til registrering og sitteplasser til alle gjester. Kravet om bordservering og innslippsstopp kl. 24 oppheves.

	Trinn 3	Trinn 4
Arbeidsliv	Generelle smitteverntiltak Delvis hjemmekontor og/eller fleksibel arbeidstid. Økt tilstedeværelse på arbeidsplassen. Det må være mulig å holde 1 meters avstand for alle. De som er beskyttet trenger ikke å holde avstand til andre på arbeidsplassen, men bør ta spesielt hensyn til ubeskyttede i risikogrupper. Arbeidsgiver vurderer i større grad om hjemmekontor er nødvendig i lys av den lokale smitterisikoen.	Generelle smitteverntiltak. Delvis hjemmekontor og/eller fleksibel arbeidstid. Økt tilstedeværelse på arbeidsplassen. Det må være mulig å holde 1 meters avstand for alle. De som er beskyttet trenger ikke å holde avstand til andre på arbeidsplassen, men bør ta spesielt hensyn til ubeskyttede i risikogrupper. Arbeidsgiver vurderer i større grad om hjemmekontor er nødvendig i lys av den lokale smitterisikoen. (Som trinn 3)
	Trinn 3	Trinn 4
Innenlandsreise	Innenlandsreiser kan gjennomføres. Personer som ikke er beskyttet og som reiser til kommuner med mindre strenge tiltak bør følge anbefalingene som gjelder i kommunen der de har oppholdt seg i tiden før reisen. Personer som ikke er beskyttet oppfordres til å være ekstra forsiktige og planlegge reisen slik at man i størst mulig grad unngår smittespredning mellom steder. Dette er særlig viktig for personer som reiser fra områder med høyt smittetrykk. Høyt smittetrykk er kommuner med strenge lokale tiltak regulert gjennom covid-19-forskriften kapittel 5A til C eller gjennom tilsvarende lokal forskrift.	Generelle smitteverntiltak. Samme som trinn 3 (Personer som ikke er beskyttet og som reiser til kommuner med mindre strenge tiltak bør følge anbefalingene som gjelder i kommunen der de har oppholdt seg i tiden før reisen. Personer som ikke er beskyttet oppfordres til å være ekstra forsiktige og planlegge reisen slik at man i størst mulig grad unngår smittespredning mellom steder. Dette er særlig viktig for personer som reiser fra områder med høyt smittetrykk. Høyt smittetrykk er kommuner med strenge lokale tiltak regulert gjennom covid-19-forskriften kapittel 5A til C eller gjennom tilsvarende lokal forskrift)
	Trinn 3	Trinn 4
Sommer- og aktivitetsleir	Antall deltakere på sommerleir, aktivitetsleirer og andre fritidstilbud, som samler mange personer og varer over flere dager, anbefales begrenset inntil 300, og det anbefales at man deler deltakerne inn i grupper med omtrent 40 personer. Dersom det gjennomføres arrangementer på leiren: se kategoriene for arrangementer. For arrangementer i tilknytning til sommer- og aktivitetsleir (cup, oppvisning o.l.) har voksne unntak fra krav om å holde 1 meter avstand når det er nødvendig for å utøve aktiviteten.	Antall deltakere på sommerleir, aktivitetsleirer og andre fritidstilbud, som samler mange personer og varer over flere dager, anbefales begrenset inntil 500, og det anbefales at man deler deltakerne inn i grupper med omtrent 40 50 personer. Eventuelle endringer vurderes i perioden.
	Trinn 3	Trinn 4

<p>Private arrangement</p>	<p>Inntil 100 personer på offentlig sted eller i leide/lånte lokaler, inne og ute. Oppfordringen om å arrangere utendørs heller enn innendørs opprettholdes. Personer som ikke er beskyttet og som kommer fra områder med høyt smittetrykk bør ikke oppsøke arrangementer i andre kommuner. Høyt smittetrykk er kommuner med strenge lokale tiltak regulert gjennom covid-19-forskriften kapittel 5A til 5C eller gjennom tilsvarende lokal forskrift. Se også kategorien Innenlandsreiser.</p>	<p>Det vurderes nærmere om det er behov for antallsbegrensning.</p> <p>Inntil 500 personer på offentlig sted eller i leide/lånte lokaler, inne og ute. Oppfordringen om å arrangere utendørs heller enn innendørs opprettholdes. Personer som ikke er beskyttet og som kommer fra områder med høyt smittetrykk bør ikke oppsøke arrangementer i andre kommuner. Høyt smittetrykk er kommuner med strenge lokale tiltak regulert gjennom covid-19-forskriften kapittel 5A til 5C eller gjennom tilsvarende lokal forskrift. Se også kategorien Innenlandsreiser.</p> <p>Viser til svar på oppdrag 494A/494B, a, om forskriftsendring i § 13a første ledd, a.</p>
	<p>Trinn 3</p>	<p>Trinn 4</p>
<p>Offentlige arrangementer</p>	<p>Arrangere utendørs heller enn innendørs.</p> <p>Innendørs Inntil 400 personer (200 x 2 kohorter) uten faste tilviste sitteplasser, men 1000 (500 x 2) hvis alle i publikum sitter i faste tilviste plasser. Med adgangstest og koronasertifikat; 50 % kapasitet opp til maks 1 000 personer (delt i kohorter på inntil 500) uten faste tilviste sitteplasser (1500 personer fra 8. juli), men 50 % kapasitet opp til maks 2 500 personer delt i kohorter på inntil 500 hvis alle i publikum sitter i faste tilviste plasser (3000 personer fra 8. juli).</p> <p>Utendørs Inntil 800 personer (200 x 4 kohorter) uten faste, tilviste sitteplasser, men 2000 personer (500 x 4 kohorter) hvis alle i publikum sitter i faste, tilviste plasser. Med adgangstest og koronasertifikat; 50 % kapasitet opp til maks 2000 personer (delt i kohorter på inntil 500) uten faste tilviste sitteplasser (3000 personer fra 8. juli), men 50 % kapasitet opp til maks 5000 personer delt i kohorter på inntil 500 hvis alle i publikum sitter i faste, tilviste plasser (7000 personer fra 8. juli). På arrangementer som benytter koronasertifikat oppheves innslippsstopp kl. 24.00 fra 8. juli. På arrangementer som benytter koronasertifikat behøver ikke beskyttede holde avstand til personer i samme følge, med mindre disse er ubeskyttet og i risikogruppe, fra 8. juli.</p> <p>Personer som ikke er beskyttet og som kommer fra områder med høyt smittetrykk bør ikke oppsøke arrangementer i andre kommuner. Høyt smittetrykk er kommuner med strenge lokale tiltak regulert gjennom covid-19-forskriften kapittel 5A til C eller gjennom tilsvarende lokal forskrift.</p>	<p>Arrangere utendørs heller enn innendørs.</p> <p>Innendørs (foreløpig, kan endres) 750 uten faste tilviste sitteplasser (delt i kohorter på inntil 500), men 2 500 med faste tilviste plasser (delt i kohorter på inntil 500). Med adgangstest og koronasertifikat; 75 % kapasitet opp til maks 2 500 personer uten faste tilviste sitteplasser, men 75 % kapasitet opp til maks 5 000 personer hvis alle i publikum sitter i faste tilviste plasser.</p> <p>Utendørs (foreløpig, kan endres) 1500 uten faste, tilviste sitteplasser (delt i kohorter på inntil 500), men 5000 med faste tilviste sitteplasser (delt i kohorter på inntil 500). Med adgangstest og koronasertifikat; 75 % kapasitet opp til maks 5000 personer uten faste, tilviste sitteplasser, men 75 % kapasitet opp til maks 10 000 personer hvis alle i publikum sitter i faste, tilviste plasser. Unntak fra avstandskrav for arrangement med koronasertifikat.</p> <p>Personer som ikke er beskyttet og som kommer fra områder med høyt smittetrykk bør ikke oppsøke arrangementer i andre kommuner. Høyt smittetrykk er kommuner med strenge lokale tiltak regulert gjennom covid-19-forskriften kapittel 5A til C eller gjennom tilsvarende lokal forskrift.</p> <p>Helsedirektoratet anbefaler å opprettholde kohortinndeling for arrangementer med koronasertifikat.</p>

	Trinn 3	Trinn 4
Inn-/utreise	<p>UDs globale reiseråd heves gradvis i to trinn og erstattes med landspesifikke reiseråd. Fra og med 5. juli heves reiserådet for EØS/Schengen/UK og for tredjeland som FHI vurderer som trygge. Reiserådet for øvrige land videreføres til første uken i august. Det gjøres da en ny vurdering av reiserådet. Kriteriene for vurdering av smittesituasjonen i land som grunnlag for krav om innreisekarantene endres med virkning fra 5. juli. Fra samme tidspunkt vurderes utvalgte øygrupper i Europa på regionalt nivå. Land oppført på EUs tredjelandsliste der det foreligger nødvendige og pålitelige data, vurderes ukentlig på samme måte som EØS/Schengen-land. Fortsatt innreise-restriksjoner, men unntak for utlendinger som kan dokumentere status som beskyttet eller fullvaksinert med EUs koronasertifikat og noen persongrupper i EØS området som har følgende relasjon til person bosatt i Norge: a) voksne barn og stebarn og foreldre og steforeldre til voksne barn/stebarn b) besteforeldre, stebesteforeldre, barnebarn, og stebarnebarn c) kjærester over 18 år og kjærestes mindreårige barn (søknad) Fra 5. juli skal unntakene også gjelde for utlendinger bosatt i land på EUs tredjelandsliste og som FHI anser som trygge. Det vil i tillegg være et krav at utlendingene fra tredje land er fullvaksinerte eller har gjennomgått covid-19. Avhengig av bl.a. smittesituasjonen og muligheten til å verifisere vaksinasjonsstatus vil det evt. kunne komme krav om karantene/karantehotell. Fortsette med søknadsbaserte ordninger for arbeidsreisende. Det innføres unntak for opphold på karantenehotell for reisende som har oppholdt seg innenfor EØS/Schengen/Storbritannia med 14 dagers insidens under 500/100 000 (mørkerødt) og som har egnet karantested. Reisende som har oppholdt seg i land utenfor EØS/Schengen/Storbritannia skal oppholde seg på karantenehotell frem til negativ PCR-test tatt tidligst etter 3 døgn. Dette vil også gjelde for personer som har oppholdt seg innenfor EØS/Schengen/Storbritannia dersom smittestatus i landet endres til mørkerødt. Land på EUs tredjelandsliste som FHI vurderer som trygge, likestilles med EU/Schengen/Storbritannia (er unntatt krav om karantene, test på grensen eller innreiseregistering) fra 5. juli.</p>	<p>Eventuelle endringer vurderes i perioden. Se 494 Ba for vurderinger på innreisefeltet</p>

*Generelle smitteverntiltak: Avstand, hygiene og holde seg hjemme når man blir syk (enkelte unntak for avstandsregler på trinn 4 –se over)

Oppdragstekst

b) Vurdering til 22.7

Det bes om at det, med frist innen kl. **10 den 22. juli**, gjøres en ny helhetlig vurdering og ev. anbefaling om innføring av trinn 4 i regjeringens plan for gradvis gjenåpning basert på sjekkpunktene angitt over, fra slutten av juli eller begynnelsen av august. Det skal legges til grunn at trinn 4 skal vare inntil vi går over til en mer normal hverdag med økt beredskapsnivå.

I besvarelsen skal det gjøres en vurdering av:

1. Behov for ev. endringer i nasjonale tiltak (regler og anbefalinger) og justeringer i de enkelte kategoriene i gjenåpningsplanen. Det bes særskilt om en vurdering av
 - a. om anbefalingen om å planlegge for grønt nivå ved skolestart skal opprettholdes
 - b. behov for tilpassede innreise- og karantenerregler for utenlandske toppidrettsutøvere som deltar i planlagte internasjonale idrettsarrangementer i Norge fra og med september (avventer liste fra NIF).
2. Lettelser eller endringer i reglene for kystcruise eller karantenereglene for mannskap
3. Justering i TISK-strategien jf. svar på oppdrag 457 og 494A. Det planlegges for semesterstart i skoler og barnehager høsten 2021 på grønt nivå, og det bes om en særlig vurdering av TISK-strategien knyttet til dette. Vi ber videre om en vurdering av
 - nytt system med selvtester og selvregistrering av antigen hurtigtest som eventuelt inkludert forutsetningene for at et slikt system kan etableres, herunder hva som vil være nødvendig testkapasitet i kommunene, hvem som skal stå for utlevering av tester, hvordan det kan etableres et system for selvregistrering av prøvesvar, samt økonomiske og administrative konsekvenser og behov for endringer i regelverk.
 - hvilket testregime som tilrås dersom krav til karantene skal avvikles
 - om selvtesting kan tas i bruk ved andre testkriterier enn karantene for å avlaste kommunenes testsystem.
 - plan for iverksettelse av øvrige justeringer i TISK, med forslag til når ulike endringer kan tre i kraft.

Det bes om at besvarelsen inkluderer nødvendige forslag til forskriftsendringer.

Kontaktpersoner i HOD:

- Ragnhild Holst: ragnhild-angell.holst@hod.dep.no
- Marianne Sælen: marianne.salen@hod.dep.no
- Sandra Lárudóttir Gjernes: sandra-larudottir.gjernes@hod.dep.no
- Astri Knapstad: astri.knapstad@hod.dep.no

Innhold

Oppdragstekst	1
Innhold	2
Oppsummering av Folkehelseinstituttets vurderinger	3
Vurdering og anbefaling om gjenåpningens trinn 4.....	4
Trinn 4	4
Helhetlig vurdering basert på sjekkpunktene	4
Anbefaling	10
Spørsmål 1 - vurdering om justeringer i gjenåpningsplanen	11
Alkoholservering.....	11
Grønt nivå ved skolestart	11
Innreise- og karantenereregler for utenlandske toppidrettsutøvere.....	11
Spørsmål 2 - vurdering av reglene for kystcruise	13
Reglene for kystcruise	13
Karantenebestemmelser for mannskap på kystcruise	14
Spørsmål 3 - justering i TISK- tiltakene fra trinn 4.....	15
Forslag i tidligere oppdrag opprettholdes.....	15
Forslag til operasjonalisering av justert TISK.....	17
Justert smittesporing og karantene fra trinn 4 – noen eksempler	20
Hva gjør andre land?	21
Omfang av karantene i skolen til høsten ved uendrete karantenereregler	21
Vedlegg 1. Nærmere om forholdene for barn og unge.....	23
Tiltakenes forholdsmessighet overfor barn og unge	23
Alvorlighet av smitte hos barn og unge.....	24
Studier om videre smitte fra barn	26
Vurdering av sosiale konsekvenser	29
Vedlegg 2. Om flokkimmunitet	30
Bakgrunn	30
Teoretisk grunnlag om flokkimmunitet.....	30
Flokkimmunitet mot covid-19 i Norge?.....	32
Konklusjon	33

Oppsummering av Folkehelseinstituttets vurderinger

Helhetlig vurdering basert på sjekkpunktene: Epidemien er nå under kontroll i Norge, men spredningen av Delta-varianten skaper usikkerhet om den videre utviklingen. Delta-varianten, som i flere andre land har ført til en økning av epidemien, er nå blitt den dominerende varianten også i Norge.

Insidens av nye tilfeller har vært stabil nedadgående i flere måneder, men har de siste ukene flatet ut på rundt 1200 tilfeller per uke. Antall nye sykehusinnleggelseser er svært lavt, men har også flatet ut, på rundt 20 per uke. Vi venter flere lokale utbrudd de kommende ukene.

Folkehelseinstituttets samlede vurdering per 21. juli er at trinn 4 i gjenåpningsplanen kan gjennomføres i begynnelsen av august. Det vil være forholdsmessig gitt dagens trussel fra epidemien.

Vi må ta forbehold om at den gunstige situasjonen ikke forverres betydelig de nærmeste ukene. Vi følger situasjonen fra dag til dag. Situasjonen bør derfor vurderes på nytt helt fram til trinn 4 skal iverksettes, med mulighet for å bremse overgangen til trinn 4. om ei uke. Dersom utviklingen går i feil retning, kan det vurderes å utsette ytterligere eller gjennomføre bare deler av trinn 4.

Skoler, barnehager og SFO bør uansett planlegge for å starte høstsemesteret på grønt nivå.

Befolkningen bør fortsatt oppfordres til å følge de ordinære smitteverntiltakene, altså praktisere god håndhygiene, holde seg hjemme ved symptomer, bruke smittestopp og holde avstand til andre i de fleste situasjoner. Slik atferd kan motvirke eventuell risikøkning ved gjenåpningen.

Det er fortsatt nødvendig at kommunene har beredskap for testing, isolering, smittesporing og karantene slik at utbrudd kan oppdages og bringes under kontroll.

Skoler, SFO og barnehager: Besvares i oppdrag 494 B-a. Skoler, barnehager og SFO bør planlegge for å starte på grønt nivå fra semesterstart til høsten.

Innreise for utenlandske toppidrettsutøvere: Et eventuelt unntak for flere grupper toppidrettsutøvere må sees i sammenheng med plan for endring av innreise- og karantenebestemmelsene fremover. Dersom det er aktuelt å gi ytterligere grupper toppidrettsutøvere unntak fra karanteneplikt, mener FHI at bestemmelsene i covid-19-forskriften § 6f kan benyttes. Som før anbefaler FHI at terskelen for å gi unntak er høyere ved innreise fra områder der vi ikke har god epidemiologisk oversikt, eller der smittesituasjonen gir grunn til bekymring.

Kystcruise: FHI anbefaler at det ikke innføres lettelsers for kystcruise i forbindelse med overgang til trinn 4, men foreslår at det gjøres en ny vurdering av bestemmelsene ultimo august/primio september i lys av erfaringer med flere seilaser med dagens regler samt oppdatert kunnskap da om framveksten av Delta-varianten i Europa.

Justerte TISK-tiltak: Forslag fra oppdrag **457, 473 og 494A opprettholdes.** Målsettingen er fortsatt god kontroll, overvåkning og beredskap samt en nedtrapping av den omfattende karantenesettingen, særlig blant barn og unge. Endringene bør være gjennomført før skolestart og fortrinnsvis samtidig med trinn 4. Det bør imidlertid være beredskap for at TISK-tiltak kan oppskaleres ved uforutsett utvikling eller ny kunnskap.

Vurdering og anbefaling om gjenåpningens trinn 4

*OPPDRAKSTEKST: Det bes om at det, med frist innen kl. **10 den 22. juli**, gjøres en ny helhetlig vurdering og ev. anbefaling om innføring av trinn 4 i regjeringens plan for gradvis gjenåpning basert på sjekkpunktene angitt over, fra slutten av juli eller begynnelsen av august. Det skal legges til grunn at trinn 4 skal vare inntil vi går over til en mer normal hverdag med økt beredskapsnivå.*

Vi viser i hovedsak til vår besvarelse av oppdrag 494 B-a. Her følger bare en oppdatering.

Trinn 4

Innholdet på trinn 4 er som det nå er skissert¹, i hovedsak følgende:

- Bredeidrett, kultur og fritid: Som normalt.
- Toppidrett: Som normalt.
- Sosial kontakt, private hjem: Ingen antallsbegrensning.
- Serveringssteder: Som normalt, men fortsatt krav til registrering og sitteplasser til alle gjester.
- Innenlandsreiser: Som normalt.
- Offentlige arrangementer: Betydelig utvidelse av antall deltakere.

Helhetlig vurdering basert på sjekkpunktene

Sjekkpunktene

Vurderingen i tabellen nedenfor er per 21. juli. Sjekkpunktene skal vurderes helhetlig og i sammenheng med hverandre. Samtidig skal tiltakene veies mot byrden av tiltakene.

Sjekkpunkter og spørsmål	Grønt lys	Gult lys	Vurdering
1. Smittesituasjon og sykdomsbyrde			
Fører epidemien fortsatt til et begrenset og ikke raskt økende antall innleggelses og dødsfall?	Antallet nye innleggelses i sykehus har vært under 50 per uke i to uker, og antall dødsfall har vært under 10 per uke i to uker og insidensen av infeksjon er nedadgående ($R < 1$)	Antallet nye innleggelses i sykehus har vært under 75 per uke i to uker, og antall dødsfall har vært under 20 per uke i to uker og insidensen av infeksjon er nær 1 ($R < 1,1$)	Grønt: Antallet innleggelses per uke har siden uke 23 vært under 50 og siden uke 26 under 20. Insidensen av tilfeller er lav med et R-tall på omtrent 1. Antall dødsfall har siden uke 24 vært 0 – 2 per uke. Se nærmere nedenfor.
Er nye virusvarianter kommet som	De klart dominerende virusvariantene har	De klart dominerende virusvariantene har bare litt verre	Grønt/gult: Delta-varianten er nå dominerende i Norge. Den er antakelig mer smittsom og virulent enn Alfa-varianten, og

¹ [Plan for gradvis gjenåpning - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

endrer risikovurderingen?	ikke verre egenskaper (smittsomhet, alvorlighet og vaksinefølsomhet) enn den engelske varianten	egenskaper (smittsomhet, alvorlighet og vaksinefølsomhet) enn den engelske varianten	beskyttelsen mot mild sykdom etter bare én vaksinedose er noe lavere enn ved Alfa-varianten. Flere lokale utbrudd med Delta-varianten er brakt under kontroll. Det er fortsatt usikkert hvor sterkt Delta-varianten kommer til å påvirke smittespredningen i Norge. Se nærmere i vår risikovurdering av 3. juli og i kommende oppdatering 23. juli.
Er det kommet ny kunnskap om alvorlige ettervirkninger?	Kunnskapen tilsier at alvorlige, langvarige postvirale plager rammer svært få av pasientene som har hatt mild covid-19	Kunnskapen tilsier at alvorlige, langvarige postvirale plager rammer få av pasientene som har hatt mild covid-19	Gult: Det er fortsatt uklart hvor omfattende dette problemet er. Se nærmere nedenfor.
2. Helsetjenesten			
Er det tilstrekkelig kapasitet og ressurser i kommunene til å gjennomføre nødvendig testing og smittesporing?	Over 90 % av kommunene melder om tilstrekkelig kapasitet	Over 75 % av kommunene melder om tilstrekkelig kapasitet og disse har over 75 % av landet innbyggere	Grønt: Kommunene har krevende uker nå som følge av mye vaksinerings, høy testeaktivitet og stor etterspørsel etter testing før reising samtidig som ferie skal avvikles. Problemet avtar etter ferien. Det er lavt antall tilfeller i kommunene. Bare noen svært få kommuner opplever dager med flere enn ti nye tilfeller. Smittesporingen kan være mer krevende når pasientene har hatt mange kontakter, men dette motvirkes delvis ved at mange av kontaktene er vaksinert. Nærmere beskrivelse gis av Helsedirektoratet.
Er belastningen på spesialisthelsetjenesten innenfor det som kan håndteres uten overbelastning?	Antallet inneliggende i landets sykehus har vært under 50 i to uker	Antallet inneliggende i landets sykehus har vært under 100 i to uker	Grønt: Belastningen på sykehusene er ubetydelig. Nærmere beskrivelse gis av Helsedirektoratet
3. Vaksinasjonsprogrammet			
Er leveransene av vaksiner i rute?	Leveransene er like eller overstiger det nøkterne	Leveransene er inntil 20 % lavere enn det	Gult: Endringer i leveranser har ført til at ferdigstilling av vaksinasjon i den voksne befolkning ble om lag fem uker forsinket i

	vaksinescenarioet fra FHI	nøkterne vaksinescenarioet	forhold til scenarioet fra 30. april, men ikke forsinket i forhold til senere scenarioer. Tilbud til alle over 18 år om dose 1 er forventet i løpet av august og dose 2 i uke 40-42. Eventuelle ekstra vaksineleveranser kan gi tidligere avslutning. Beregningen er basert på et nasjonalt gjennomsnitt og tidspunktet for ferdigstilling vil variere mellom enkelte kommuner.
Klarer kommunene å tilby vaksinasjon etter planen?	Over 90 % av kommunene ønsker maksimalt antall vaksiner hver uke og bruker dem opp samme uke	Over 75 % av kommunene ønsker maksimalt antall vaksiner hver uke og bruker dem opp samme uke	Grønt: De aller fleste kommunene takker ja til maksimal mengde hver uke. En del kommuner er nå ferdige med å tilby dose 1 til alle personer som er 18 år og eldre, og deres doser omfordes til andre kommuner. I en overgangsperiode er det noen kommuner som får litt flere doser enn de får innkalt innbyggere til.
Er effekt av vaksiner som forventet?	Vaksinasjon beskytter over 80 % mot sykehusinnleggelse og over 60 % mot videre smitte	Vaksinasjon beskytter over 60 % mot sykehusinnleggelse og over 40 % mot videre smitte	Grønt: Vaksinasjon med mRNA-vaksinene beskytter bedre enn forventet. Fra UK melder om litt redusert effekt mot symptomatisk sykdom ved Delta-variant etter bare én dose, men bevart effekt etter to doser og meget god effekt mot alvorlig sykdom etter én eller to doser.
Er oppslutningen om vaksinasjon fortsatt god?	Over 80 % av målgruppene lar seg vaksinere	Over 70 % av målgruppene lar seg vaksinere	Grønt: Oppslutningen så langt er høyere enn forventet, men det gjenstår en del usikkerhet rundt oppslutning i løpet av fellesferien og blant yngre aldersgrupper. Se nærmere nedenfor.

* Sjekkpunktene ble utarbeidet ifm oppdrag 346. Det kan være aktuelt å justere noen etter hvert. Sjekkpunktene gir bare en viss indikasjon, det må gjøres en helhetsvurdering som beskrevet under.

Nærmere omtale av smittesituasjonen

Vi har siden uke 24 sett om lag 1200 diagnostiserte tilfeller og rundt 20 nye innleggelses per uke. Vi legger merke til at det ukentlige antallet innleggelses er nær 1 % av nye tilfeller samme uke, en nedgang fra 2 – 4 % tidligere i år. Et gitt antall tilfeller gir altså nå færre innleggelses, trolig som følge av høy vaksinasjonsdekning blant dem som er særlig utsatt for alvorlig forløp.

Se ellers ukerapporten fra 21. juli.

Nærmere omtale av senfølger av covid-19

Siden omtalen i oppdrag 494 B-a har det kommet to viktige studier der man har sammenliknet plager hos tidligere smittede og usmittede basert på antistoffmålinger.

1. En kohort av 1560 elever i 14 skoler for 8.-12. klasse i Tyskland er siden mai 2020 blitt fulgt av forskere². I mars-april 2021 fikk alle testet seg for antistoffer mot SARS-CoV-2, og de besvarte tolv spørsmål om tilstedeværelse av en rekke symptomer (smerter, humørforandringer og nevrokognisjon) de siste sju dagene. Blant elevene var 12 % seropositive som tegn på at de hadde vært smittet en gang. Forskerne fant at hvert av symptomene var til stede hos minst en tredel av elevene. Det interessante var at det ikke var noen forskjell i forekomst av symptomer blant seropositive elever og seronegative elever. Elevens kunnskap om egen infeksjon påvirket ikke symptomforekomsten. Studien taler mot at senfølger etter SARS-CoV-2-infeksjon er vanlig hos tenåringer. Studien er ikke fagfellevurdert.

2. I en kohort av grunnskoleelever (6-16 år) ved 55 skoler i Sveits ble det tatt serumprøver i oktober eller november 2020 og igjen i mars-april 2021³. Da ble elevene spurt om de hadde hatt noen av sju oppgitte symptomer de siste fire ukene og om disse hadde vart mer enn 12 uker. Forskerne sammenliknet symptomforekomst hos 1355 elever som ved begge anledninger var enten seropositive eller seronegative. Symptomer var sjeldne (6 % eller mindre) i begge grupper, men antydningvis litt vanligere hos seropositive. Elevene i de to gruppene vurderte sin generelle helse som like god. Studien taler mot at senfølger etter SARS-CoV-2-infeksjon er vanlig hos barn og ungdom. Studien er fagfellevurdert og publisert.

Spørsmålet om hyppighet, alvorlighet og varighet av senfølger etter covid-19 krever mer utredning. Vi følger forskningen og fortsetter studiene av norske data.

Nærmere omtale av vaksinasjonsopplutning

Tabellen viser vaksinasjonsdekningen etter kjønn og aldersgruppe så langt. Vi legger merke til at per 20. juli har 75 % av voksne fått første dose og nesten 40 % er ferdig vaksinert. Videre merker vi oss den høye opplutningen – over 90 % - om to doser blant dem som har vært prioritert for to doser, nemlig alle som er 65 år og eldre. Dekningen av første dose er raskt økende blant personer under 45 år.

Kjønn	Alder (År)	Antall innbyggere	Antall personer vaksinert med 1. dose	Andel personer vaksinert med 1. dose	Antall personer vaksinert med 2. dose	Andel personer vaksinert med 2. dose
Kvinner	0-15	479 268	309	0,1%	139	0,0%
	16-17	61 788	9 038	14,6%	539	0,9%
	18-24	224 691	149 417	66,5%	31 990	14,2%

² <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.11.21257037v1.full.pdf>

³ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2782164>

	25-39	539 371	291 022	54,0%	102 863	19,1%
	40-44	168 819	123 162	73,0%	42 959	25,4%
	45-54	364 244	314 863	86,4%	119 467	32,8%
	55-64	319 146	297 187	93,1%	159 787	50,1%
	65-74	272 706	260 075	95,4%	250 890	92,0%
	75-84	166 147	162 345	97,7%	160 132	96,4%
	85+	75 930	69 897	92,1%	67 440	88,8%
Menn	0-15	505 579	309	0,1%	141	0,0%
	16-17	65 055	8 208	12,6%	552	0,8%
	18-24	239 830	129 458	54,0%	13 492	5,6%
	25-39	566 639	253 700	44,8%	54 093	9,5%
	40-44	178 970	112 489	62,9%	23 895	13,4%
	45-54	382 395	309 583	81,0%	85 835	22,4%
	55-64	329 832	300 979	91,3%	142 596	43,2%
	65-74	267 290	255 026	95,4%	245 185	91,7%
	75-84	142 139	140 471	98,8%	139 153	97,9%
	85+	41 530	38 905	93,7%	37 843	91,1%
Totalt	16+	4 406 522	3 225 825	73,2%	1 678 711	38,1%
	18+	4 279 679	3 208 579	75,0%	1 677 620	39,2%
	Alle	5 391 369	3 226 443	59,8%	1 678 991	31,1%

Våre jevnlige spørreundersøkelser i samarbeid med Norstat og Mindshare viser at en økende andel av befolkningen ønsker vaksinasjon eller allerede er vaksinert. Undersøkelsen fra uke 27 og 28 viste at hele 93 prosent av befolkningen ønsker koronavaksinasjon eller allerede er vaksinert. Kun 3 prosent sier at de vil takke nei, og 4 prosent opplyser at de ikke vet om de ønsker å benytte seg av tilbudet. Disse resultatene gir håp om at vaksinasjonsdekningen kan bli over 80 %, kanskje til og med over 90 %, hos alle voksne.

Se ellers ukerapporten fra 21. juli.

Tiltaksbyrden

Vi viser til utførlig omtale i besvarelsen av oppdrag 494 B-a.

Helhetlig vurdering

Epidemien er nå under kontroll i Norge, men spredningen av Delta-varianten skaper usikkerhet om den videre utviklingen. Delta-varianten, som i flere andre land har ført til en økning av epidemien, er nå blitt den dominerende varianten også i Norge.

Insidens av nye tilfeller har vært stabil nedadgående i flere måneder, men har de siste ukene flatet ut på rundt 1200 tilfeller per uke. Antall nye sykehusinnleggelseser er svært lavt, men har også flatet ut, på rundt 20 per uke. Vi venter flere lokale utbrudd de kommende ukene.

Det har de siste ukene vært meldt om utbrudd, hovedsakelig blant ungdom og unge voksne, og mye knyttet til utesteder og mer sosial aktivitet nå når samfunnet har åpnet mer opp. Utbruddene er i stor grad håndtert med TISK og enkelte lokale kontaktreducerende tiltak ved behov. Det gjelder også utbrudd med Delta-varianten.

Vi regner med at sporadiske utbrudd vil være bildet også de kommende ukene, men siden en stor andel av personer med høy risiko for alvorlig sykdom er fullvaksinert og en stor andel av den voksne befolkningen har fått én dose, vil konsekvensen av utbruddene i form av alvorlig sykdom og dødsfall være liten. Delta-varianten gjør at utbruddene kan bli mer krevende å bringe under kontroll. En epidemi helt ute av kontroll kan likevel gi betydelig sykdomsbyrde ettersom det fortsatt er en del uvaksinerte middelaldrende, eldre og syke, og vaksinasjon ikke beskytter 100 % mot alvorlig sykdom.

Det er særlig tre faktorer som vil påvirke utviklingen de nærmeste ukene:

- 1. Koronavaksinasjonsprogrammets framdrift.** Denne er god, og hver uke settes 250 000 – 300 000 doser; de fleste som førstedoser. Antallet uvaksinerte voksne synker dermed raskt. Det er noe usikkerhet rundt oppslutningen blant de unge nå i sommer, men vi regner med at dekningen også i denne gruppa etter hvert kommer godt over 80 %. Det er håp om økte leveranser til Norge når EU-landene skal omfordele doser fra enkelte land som nå takker nei til videre forsyninger. Allerede er 100 000 ekstra doser bekreftet. Dermed kan trolig dose 2 tilbys tidligere.
- 2. Delta-variantens dominans.** Vi ser at Delta-varianten forårsaker en ny epidemibølge i flere europeiske land, men i mindre grad økning i nye innleggelseser. Den er nå dominerende variant også i Norge. Det kan føre til flere lokale utbrudd som er større og vanskeligere å stoppe raskt. Vår risikovurdering om Delta-varianten oppdateres 23. juli. På lengre sikt, altså flere måneder og år, kan det oppstå varianter som omgår vaksineimmuniteten i større eller mindre grad. Slike varianter vil ha en fordel i en befolkning med mye vaksineimmunitet. Det er likevel mindre sannsynlig, gitt immunsystemets funksjon, at det på kortere sikt vil oppstå varianter som helt omgår vaksineimmuniteten. Dette følges nøye i overvåkingen, både i

Norge og internasjonalt. Vaksineprodusentene jobber med å kunne produsere justerte vaksiner dersom det en gang skulle oppstå virusvarianter som i betydelig grad omgår dagens vaksineimmunitet.

- 3. Etterlevelse av tiltak.** Vi ser flere tegn på stor frihetslengsel i befolkningen og stor tiltakstrøtthet. Vi har også fått meldinger fra kommunene om at noen uvaksinerte i befolkningen er frustrerte når vaksinerte loves større frihet. Nå i sommerferien kan det ventes flere sammenkomster, flere innenlands feriereiser og flere reiser til utlandet. Alt dette kan øke kontakthypigheten i befolkningen og risiko for smitte. En fordel er at mye av aktivitetene i sommersesongen vil foregå utendørs, og at en høyere andel av befolkningen nå er vaksinert.

Anbefaling

Folkehelseinstituttets samlede vurdering per 21. juli er at trinn 4 i gjenåpningsplanen kan gjennomføres i begynnelsen av august. Det vil være forholdsmessig gitt dagens trussel fra epidemien.

Vi må ta forbehold om at den gunstige situasjonen ikke forverres betydelig de nærmeste ukene. Vi følger situasjonen fra dag til dag. Situasjonen bør derfor vurderes på nytt helt fram til trinn 4 skal iverksettes, med mulighet for å bremse overgangen til trinn 4. om ei uke. Dersom utviklingen går i feil retning, kan det vurderes å utsette ytterligere eller gjennomføre bare deler av trinn 4.

Skoler, barnehager og SFO bør uansett planlegge for å starte høstsemesteret på grønt nivå.

Befolkningen bør fortsatt oppfordres til å følge de ordinære smitteverntiltakene, altså praktisere god håndhygiene, holde seg hjemme ved symptomer, bruke Smittestopp og holde avstand til andre i de fleste situasjoner. Slik atferd kan motvirke eventuell risikoøkning ved gjenåpningen.

Det er fortsatt nødvendig at kommunene har beredskap for testing, isolering, smittesporing og karantene slik at utbrudd kan oppdages og bringes under kontroll.

Spørsmål 1 - vurdering om justeringer i gjenåpningsplanen

OPPDRAKSTEKST: I besvarelsen skal det gjøres en vurdering av: 1. Behov for ev. endringer i nasjonale tiltak (regler og anbefalinger) og justeringer i de enkelte kategoriene i gjenåpningsplanen. Det bes særsomt om en vurdering av:

- a) om anbefalingen om å planlegge for grønt nivå ved skolestart skal opprettholdes*
- b) behov for tilpassede innreise- og karantenerregler for utenlandske toppidrettsutøvere som deltar i planlagte internasjonale idrettsarrangementer i Norge fra og med september (avventer liste fra NIF).*

Vi viser til besvarelsen av oppdrag 494 B-a (inkludert vedlegg) for vurderinger rundt behov for ev. endringer i nasjonale tiltak (regler og anbefalinger) og justeringer i de enkelte kategoriene i gjenåpningsplanen.

Alkoholservering

Generelt anbefaler FHI å oppheve krav om bordservering og innslippsstopp ved alkoholservering på trinn 4, som anbefalt i tidligere oppdragsbesvarelser, men at det fortsatt er krav om sitteplass til alle gjestene. Dette gjelder både for serveringssteder og arrangementer med skjenkebevilling.

For arrangementer med bruk av koronasertifikat (både med og uten faste, tilviste plasser) har vi anbefalt å fjerne krav om avstand. Risikovurdering for anbefaling om opphevelse av avstandskrav for arrangementer med koronasertifikat er omtalt i oppdragsbesvarelse 494 B-a. Hvis regjeringen beslutter å gi fritak fra krav om avstand ved bruk av koronasertifikat, kan man også vurdere å oppheve krav om sitteplass til alle gjester. Dette innebærer i praksis det samme som å si at det er greit å være nær andre som har gyldig sertifikat og at også mingling er tillatt. Dette vurderes smittevernfarlig forsvarlig på slike arrangementer der alle deltakerne er beskyttet eller testet.

FHI mener derfor at det skal være mulig å kjøpe alkohol og nyte dette ved arrangementer når det brukes koronasertifikat, både innendørs og utendørs.

Ved arrangement uten bruk av koronasertifikat bør det kun være mulig å servere alkohol dersom det er sitteplasser til alle, men det behøver ikke være krav til bordservering. Ved serveringssteder er det tilsvarende anbefaling ved trinn 4; dersom det skal være alkoholservering må det være sitteplass til alle i lokalet.

Grønt nivå ved skolestart

I oppdrag 457 anbefalte FHI, Hdir og UDIR at skoler, barnehager og SFO burde planlegge for å starte på grønt nivå fra semesterstart til høsten, og at grønt nivå bør være førende på trinn 4. Denne anbefalingen opprettholdes. Trafikklysmodellen bevares slik at gult og rødt nivå kan tas i bruk ved behov. Vi viser for øvrig til besvarelsen av oppdrag 494 B-a.

Innreise- og karantenerregler for utenlandske toppidrettsutøvere

FHI viser til tidligere vurderinger av unntak fra generelle innreise- og karantenebestemmelser for toppidrettsutøvere. Dette ble sist vurdert i oppdrag 494 A. Det er nå innført unntak for noen grupper toppidrettsutøvere i covid-19-forskriftens §6f med forkortet karantene på egnet sted frem til negativ PCR-test etter 3 døgn, i tråd med anbefalingene for andre prioriterte grupper. Det er også gitt mulighet for testing med antigen hurtigtest ved behov for unntak fra karantene på enkeltdager.

FHI har mottatt oversikt over planlagte internasjonale idrettsarrangementer i Norge f.o.m. september. FHI kjenner ikke til detaljer rundt gjennomføring av arrangementene, men basert på oversiktene ser arrangementene stort sett ut til å involvere et begrenset antall utøvere/støttepersonell. For mange av arrangementene kommer deltakerne primært fra andre europeiske land, med enkelte unntak.

Det er vanskelig å vurdere hvor stort antallet deltakere med behov for unntak fra de generelle innreise- og karantenebestemmelsene vil være, fordi det avhenger av innreise- og karantenebestemmelsene på tidspunkt for arrangementet, og fordi vi ikke vet hvor mange av deltakerne som uansett vil være unntatt karanteneplikt på bakgrunn av gyldig koronasertifikat. Bruk av koronasertifikat ved innreise og økning i andelen toppidrettsutøvere/ støttepersonell som er vaksinert, vil bidra til å stadig redusere antallet som har behov for unntak fra karantenebestemmelsene i forbindelse med deltakelse ved internasjonale idrettsarrangementer i Norge.

Et eventuelt unntak for flere grupper toppidrettsutøvere må sees i sammenheng med plan for endring av innreise- og karantenebestemmelsene fremover. Det må gjøres en vurdering av hvilke grupper i samfunnet det er aktuelt å gi unntak fra de generelle innreise- og karantenebestemmelsene. Dersom det er aktuelt å gi ytterligere grupper toppidrettsutøvere unntak fra karanteneplikt, mener FHI at bestemmelsene i covid-19-forskriften § 6f kan benyttes.

Som før anbefaler FHI at terskelen for å gi unntak er høyere ved innreise fra områder der vi ikke har god epidemiologisk oversikt, eller der smittesituasjonen gir grunn til bekymring.

Spørsmål 2 - vurdering av reglene for kystcruise

OPPDRAKSTEKST: *I besvarelsen skal det gjøres en vurdering av: 2. Lettelser eller endringer i reglene for kystcruise eller karantenereglene for mannskap*

Reglene for kystcruise

FHI skisserte i oppdrag 478 antallsbegrensning på kystcruise langs norskekysten og på Svalbard med og uten bruk av koronasertifikat på de ulike gjenåpningstrinnene. Bakgrunnen for at antallsbegrensningene på kystcruise ble knyttet til gjenåpningsplanen, var at man ønsket å se dette i sammenheng med antallsbegrensninger ved større offentlige arrangementer. Den 20. juni ble det innført endringer i bestemmelsene for kystcruise i kapittel 3 av covid-19-forskriften.

Risikoen for smittespredning og utbrudd av smittsomme sykdommer er erfaringsmessig høy på skip/fartøy fordi passasjerer/mannskap omgås tett i et lukket miljø over lengre tid. Dette gjelder både SARS-CoV-2 og andre smittsomme agens, og under covid-19-pandemien har det vært utbrudd på skip både i Norge og internasjonalt. Smittespredning om bord vil også medføre betydelige beredskapsmessige utfordringer for den havnekommunen som i en gitt situasjon får ansvar for å håndtere et utbrudd.

For kystcruise med krav om koronasertifikat anses smitterisikoen som betydelig redusert, og for tida er det kun beskyttede passasjerer/mannskap som kan delta på kystcruise med bruk av koronasertifikat i Norge. Antallsbegrensningen ved kystcruise med bruk av koronasertifikat er inntil 2000 passasjerer/mannskap. For kystcruise uten bruk av koronasertifikat er antallsbegrensningen betydelig lavere (inntil 200 passasjerer/mannskap), og det er krav om negativ antigen hurtigstest tatt tidligst 24 timer før oppstart av cruise. Videre er det krav om bare inntil 90 % kapasitetsutnyttelse.

På kystcruise med koronasertifikat vil en andel av de beskyttede være personer som har fått bare første vaksinedose. Disse vil sannsynligvis ha noe dårligere beskyttelse mot mild sykdom forårsaket av Deltavarianten enn mot Alfavarianten. Det betyr antakelig at de også har større risiko for å smitte videre. Siden Deltavarianten nå er i ferd med å bli dominerende i Norge og ellers i Europa, blir dette en utfordring. Fordi beskyttelsen mot alvorlig sykdom, også ved smitte med Deltavarianten, ser ut til å være høy også for delvaksinerte, vil de helsemessige konsekvensene antakelig være begrenset, men smittespredning om bord på et fartøy med flere tusen passasjerer/mannskap vil kunne få store konsekvenser for beredskapen i havnekommuner.

Antallsbegrensning og annen regulering av kystcruise handler i stor grad om beredskap, og har ikke direkte sammenheng med den nasjonale smittesituasjonen og trinnene i gjenåpningsplanen. Vi mener derfor det vil være fornuftig at regulering av kystcruise ikke vurderes i sammenheng med gjenåpningsplanen, men vurderes separat. For at vurderingsgrunnlaget skal være tilstrekkelig, bør det også gå noe tid før endring av regulering av kystcruise vurderes på nytt. Ved overgangen til august vil det ha vært gjennomført bare noen seilaser etter forskriftsendringene fra 20. juni, og erfaringsgrunnlaget vil være lite. FHI foreslår at det gjøres en ny vurdering ultimo august/primio september. Instanser med god kjennskap til bransjen bør involveres.

FHI vurderte i tilleggsoppdrag til oppdrag 495 unntak fra forbud mot ilandstigning etter forskriften § 11a for fullvaksinerte og personer med gjennomgått covid-19 siste 6 måneder. Generelt mener vi ilandstigning fra kystcruise bør følge generelle unntak fra karantene, slik at personer som er unntatt innreisekarantene/smittekarantene også kan gå i land fra kystcruise.

FHI spilte inn i besvarelsene av oppdrag 372 og oppdrag 478 at Helsedirektoratets veileder for kystcruise (sist oppdatert i oktober 2020) bør gjennomgås og oppdateres, og at dette bør gjøres av etater/instanser med god kjennskap til bransjen. FHI kan gi smittevern faglige råd ved behov. Veilederen er ennå ikke oppdatert, og vi anbefaler at dette arbeidet iverksettes snarest.

Vi viser også til vurdering i oppdrag 498 vedrørende nedre aldersgrense for bruk av koronasertifikat ved kystcruise.

Karantenebestemmelser for mannskap på kystcruise

Covid-19-forskriften § 11b presiserer at mannskap ikke kan gjennomføre innreisekarantene på skipet. Vi anbefaler at bestemmelsen videreføres for å redusere risikoen for eventuell smittespredning om bord. Forskriften åpner for at mannskap kan unntas innreisekarantene etter avmønstring under reise til og i forbindelse med mannskapsbytte. Det er noe uklart for oss hva som ligger i "mens de er under reise for å foreta mannskapsbytte". Dersom det menes fortsatt opphold på skipet til man ankommer havn, er dette akseptabelt og kan videreføres. Dersom det innebærer reise på land etter ankomst til havn, kan det vurderes om testen ved ankomst bør gjennomføres før en eventuell lengre reise med offentlig transport.

Dersom arbeidsforholdene tilsvarende det for mannskap på passasjerskip i rutetrafikk, kan tilsvarende unntak (§ 6c) vurderes. Risikoen for utbrudd er imidlertid høyere på et cruiseskip enn på rutetrafikk, da passasjerene er på skipet i lengre perioder. Et eventuelt utbrudd kan derfor ha større spredning om bord, noe som vil medføre større eksponeringsrisiko for mannskapet.

Spørsmål 3 - justering i TISK- tiltakene fra trinn 4

OPPDRAKSTEKST: *I besvarelsen skal det gjøres en vurdering av: 3. Justering i TISK-strategien jf. svar på oppdrag 457 og 494A. Det planlegges for semesterstart i skoler og barnehager høsten 2021 på grønt nivå, og det bes om en særlig vurdering av TISK-strategien knyttet til dette. Vi ber videre om en vurdering av*

- *nytt system med selvtester og selvregistrering av antigen hurtigtest som eventuelt inkludert forutsetningene for at et slikt system kan etableres, herunder hva som vil være nødvendig testkapasitet i kommunene, hvem som skal stå for utlevering av tester, hvordan det kan etableres et system for selvregistrering av prøvesvar, samt økonomiske og administrative konsekvenser og behov for endringer i regelverk.*
- *hvilket testregime som tilrås dersom krav til karantene skal avvikles*
- *om selvtesting kan tas i bruk ved andre testkriterier enn karantene for å avlaste kommunenes testsystem.*
- *plan for iverksettelse av øvrige justeringer i TISK, med forslag til når ulike endringer kan tre i kraft.*

Fra medio august 2021 vil så å si alle voksne ha fått tilbud om vaksinasjon. Før skole- og semesterstart antar vi at 80 – 90 % av de voksne har status som “beskyttet”. De vil ha god beskyttelse mot alvorlig sykdom (men noen mindre beskyttelse mot mild sykdom etter bare én dose) samt være unntatt smittekarantene hvis de er nærkontakter. Karantene vil derfor etter hvert i hovedsak gjelde barn og unge under 18 år, som da ikke har fått tilbud om vaksinasjon (med unntak av barn og ungdom med alvorlig grunnsykdom i aldersgruppen 12-17 år). Vi har foreløpig anbefalt universelt tilbud om vaksinasjon av 16-17-åringer, men den endelige beslutningen tas i september. Vurderingen av om vi vil anbefale vaksinasjon av barn og ungdom i alderen 12-15 år vil komme etter sommeren, men et tilbud vil uansett ikke kunne komme før senere i høst. For barn under 12 år er det ingen godkjent vaksine, så vi har ennå ikke vurdert om denne gruppa skal inkluderes i koronavaksinasjonsprogrammet.

Kommunene arbeider nå hardt for å få gitt minst én vaksinedose til ansatte i barnehager og skoler før oppstart. Siden eventuell smittespredning til høsten vil skje særlig blant barn og unge, er det en fordel at de ansatte er godt vaksinert.

Justering av TISK-tiltak fra høsten vil i stor grad handle om hvilke forebyggende tiltak som er nødvendige og forholdsmessige ved smitte mellom barn, når konsekvensene av smitte i den øvrige befolkningen er sterkt redusert. Inngripende tiltak i barne- og ungdomsgruppa må da ha en enda tydeligere begrunnelse (se nærmere nedenfor i vedlegget om alvorlighet av smitte blant barn og unge). Samfunnsøkonomiske analyser og publiserte studier av tiltakene så langt peker på at *karantene, hjemmeskole og en ustabil skolehverdag er svært belastende for barn og unge*, i form av redusert sosial og faglig læring på kort og lang sikt (se vedlegg til oppdrag 494 A for utdyping og referanser). Smittevern faglige begrunnede justeringer i TISK bør derfor gjennomføres slik at man oppfyller målsetningen om kontroll og ivaretar god overvåkning, samtidig som ikke tiltakene blir unødvendig belastende.

Endringene bør gjennomføres før skolestart og fortrinnsvis samtidig med trinn 4.

Forslag i tidligere oppdrag opprettholdes

Justering av TISK tiltakene har vært behandlet i oppdrag 457, 473 og 494 A.

I oppdrag 457, var det enighet om forslag om å gjenåpne skolene på grønt nivå med nedjustert TISK, forankret mellom HDIR, UDIR og FHI.

Dette ble ytterligere beskrevet i felles besvarelse fra Helsedirektoratet og FHI i oppdrag 473 der det ble anbefalt en rekke justeringer i TISK tiltakene i god tid før skolestart, forutsatt ingen vesentlig endring i forventet vaksinedekning, vaksineeffekt og epidemiologisk utvikling.

Det ble pekt på at justering av TISK-tiltakene, med mulighet for test i stedet for karantene og mindre omfattende smittesporinger, vil være et forholdsmessig smitteverntiltak for å opprettholde god kontroll på smitten. Det er dessuten nødvendig med en slik justering for at ikke hvert tilfelle skal føre til omfattende karantenebruk og redusert skoledrift, noe som vil gi barn unødvendig tiltaksbyrde.

Det ble i tillegg påpekt at slik nedjustering er en forutsetning for å kunne ha de antallsbegrensningene som er skissert for arrangementer på trinn 4, uten bruk av kohorter på arrangementer med krav om koronasertifikat.

Vi mener at kommunene må bevare god testkapasitet eller mulighet for dette. Testing vil fortsatt være nødvendig for god overvåking. Det bør være en god beredskap for rask oppskalering av TISK-kapasitet ved behov. Det må tas høyde for en teoretisk mulighet for at det kan komme nye virusvarianter som vaksinene beskytter dårligere mot, eller som kan føre til alvorlig sykdomsforløp også hos vaksinerte. Det er derfor viktig at regelverket gir mulighet for å raskt gjeninnføre mer omfattende TISK-tiltak, og at helsetjenesten planlegger for kapasitet til å gjennomføre dette ved behov.

Forslagene ble i oppdrags 473 oppsummert i nedenstående tabell om gradvis nedjustering av TISK.

	Trinn 3 (gjelder nå)	Trinn 4	Ny normal hverdag
	TISK	Justert TISK	Håndtere som andre luftveisinfeksjoner
Testing	Alle med lette symptomer Alle nærkontakter Grensetesting Jevnlig massetesting Test for koronasertifikat	Voksne , fortsatt lav terskel for test ved symptomer (også vaksinerte) Barn : test ved klinisk indikasjon eller utbruddshåndtering. Alle nærkontakter Grensetesting Test for koronasertifikat (private aktører)	Test ved klinisk indikasjon . Fortsatt lav terskel for test ved symptomer hos voksne, obs luftveispanel hos barn. Test for overvåking <ul style="list-style-type: none"> - Kohorter (evt spyttprøver) - Spot testing avløpsvann - Systematisert overvåking som influensa Grensetesting kun fra enkelte land
Isolasjon	Uendret	Vurderes forkortet	Ikke plikt til isolering , men fortsatt holde seg hjemme ved symptomer.

Smitte- sparing	Uendret smittesporing av alle nærkontakter Smittestopp	Rutinemessig smittesporing omfatter kun husstandsmedlemmer og tilsvarende nære (de som har plikt til karantene eller testregime) Øvrige nærkontakter kontaktes av indeks eller andre for oppfordring til test. Smittestopp Avslutte smittesporing på fly?	Utbruddshåndtering i spesielle situasjoner , for eksempel på sykehjem (FHI vil gi bistand og råd) Smittestopp vurderes avviklet
Karantene	Smittekarantene og ventekarantene Gjelder ikke for personer med status som beskyttet, men noen har plikt til test	Ventekarantene tas bort fra forskriften Karanteneplikt (omfatter kun husstandsmedlemmer og tilsvarende nære) kan i de fleste tilfeller erstattes av testregime . Kommunelegen kan gjøre vurderinger rundt bruk av karanteneplikten	Ikke plikt til smittekarantene. Frivillig testing

Forslag til operasjonalisering av justert TISK

Inndeling av kontakter

Folkehelseinstituttet foreslår at kontaktene til en indekspasient deles inn på følgende måte:

- **Husstandsmedlemmer og tilsvarende nære.** Med husstandsmedlemmer menes de man bodd sammen med i smittsom fase. Med tilsvarende nære menes de man har hatt omfattende eller fysisk nær kontakt med over tid, for eksempel kjæreste, overnattingsbesøkende eller bestevenn. Smitterisiko er avhengig av ulike faktorer, som nærhet, smittsom fase, den smittedes alder, luftvolum inne, forsert ekspirasjon ved sang/roping, nærkontaktens mottakelighet for smitte osv., og det må derfor være rom for smittevern faglig skjønn utøvet av ansvarlig for smittesporingen og støttet av FHI.
- **Øvrige nærkontakter.** De som har kjent eksponering i over 15 min i under 2 meters avstand til et smittet kasus i smittsom periode, for eksempel i en klasse, barnehage, eller organisert fritidsaktivitet. Øvrige nærkontakter vil for eksempel omfatte andre barn og ungdom i klassen eller på fritidsaktivitet. Denne gruppa vil øke betydelig ved gjennomføring av skoledrift på grønt nivå og ved gjenåpning av samfunnet med mer normal mobilitet og kontakthypighet.
- **Andre kontakter.** Mulig eksponerte som kan har vært i nærheten av et smittet kasus uten å være definert som nærkontakt, for eksempel andre gjester på en restaurant eller andre elever på en skole.

Den viktigste endringen som er foreslått i oppdrag 473 er at gruppen med plikt til karantene endres til å gjelde bare de mest smitteutsatte, altså første gruppe nevnt over: husstandsmedlemmer og tilsvarende nære.

En annen viktig endring er at karantene kan erstattes av testregime for husstandsmedlemmer eller tilsvarende nære (forutsatt at eksponeringen ikke fortsetter). Formålet med å erstatte karantene med testing er mulighet for den enkelte til å kunne delta på skole, i arbeid, delta på aktiviteter eller andre sosiale tilstelninger, altså at tiltaksbyrden for den enkelte karantenesatte blir mindre.

Det er fortsatt viktig at det er enkelt å få testet seg, og at lav terskel for test ved symptomer (også for vaksinerte) opprettholdes.

Det vil også være viktig med mulighet for rask oppskalering av tiltak ved utbrudd eller dersom det skulle komme virusvarianter som vaksinene beskytter dårligere mot. Det må altså legges til rette for rask lokal gjeninnføring av mer utstrakt bruk av TISK-tiltakene, etter kommunelegens vurdering i samråd med Folkehelseinstituttet. I spesielle situasjoner bør det (enkelt) finnes hjemmel i regelverket for lokal og tidsavgrenset plikt til smittekarantene for øvrige nærkontakter.

Anbefalt oppfølging av kontakter

Første gruppe - husstandsmedlemmer og tilsvarende nære - kan erstatte karantene med testing

Husstandsmedlemmer og tilsvarende nære kontakter bør fortsatt på trinn 4 ha forskriftsfestet plikt til oppfølging i 10 dager etter siste eksponering, eller til negativ PCR tatt tidligst etter 7 døgn.

Husstandsmedlemmer og tilsvarende nære som bor på rom alene og ikke er kontinuerlig eksponert for indekspasienten, kan erstatte karantene med et testregime. Hvis ikke testregimet gjennomføres har vedkommende plikt til karantene.

Husstandsmedlemmer og tilsvarende som ikke kan unngå kontakt med indekspasienten og derfor eksponeres kontinuerlig, for eksempel fordi de bor på samme rom som med indekspasienten bør gjennomføre karantene som i dag.

Uavhengig av test- eller karanteneregime, bør denne gruppa gis god informasjon om selvmonitorering av symptomer. Dersom man utvikler symptomer i karantene/ testoppfølgingstida, er man per definisjon et "sannsynlig tilfelle" og må være i isolasjon fram til evt. negativ test (NAT, for eksempel PCR) foreligger.

Følgende to testregimer kan erstatte karantene, forutsatt kapasitet og gjennomførbarhet i kommunene:

A) Daglig selvtesting fra fremre nese med antigen hurtigtester

Karantene bør primært erstattes med daglig antigen selvtester dersom disse er tilgjengelige. Tida med plikt til daglig selvtesting vil være tilsvarende lenge som karantenetida. Det vil si at den kan avsluttes ved negativ PCR tatt tidligst 7 døgn etter siste eksponering.

Det anbefales at kommunen tar ansvar for at personen med karanteneplikt får utdelt antigenhurtigtester og nødvendig opplæring i å bruke disse. Kommunene kan for eksempel benytte eksisterende teststasjoner eller velge andre løsninger som for eksempel legevakter og apotek for utlevering av nødvendig utstyr. Antallet tester som utleveres skal tilsvare antallet dager med karanteneplikt, hvilket beregnes ut fra tid siden siste eksponering.

Dersom man tester positivt på en hurtigtest, må denne bekreftes med NAT / PCR test. Personen er da i isolasjon og rutiner for testing av isolerte må følges.

Det anbefales ikke at det skal stilles krav til egenrapportering av testresultat for hurtigtester tatt i karantenetiden. Dette da en slik rapportering erfaringsvis ikke vil bli fullstendig, samtidig som et rapporteringssystem vil være ressurskrevende å få på plass. Kommunene bør imidlertid oppfordres til å holde oversikt over utleverte tester noe som vil gi en overordnet oversikt over forbruket.

B) PCR annenhver dag

I tilfeller der regelmessig daglig testing ikke er praktisk mulig å gjennomføre, kan PCR eller annen NAT annenhver dag være et alternativ. Dette kan bli aktuelt dersom hurtigtester for selvtesting ikke er tilgjengelig.

PCR kan tas sjeldnere enn antigen hurtigtest da metoden har høyere sensitivitet. Gjennomføring ved teststasjon gir god kontroll med at folk møter opp, og sikker registrering i MSIS, men medfører lang reisevei flere steder. I tillegg er svartid lengre. Det tar vanligvis ca 1 døgn før prøveresultat foreligger. Dette medfører en viss forsinkelse i isolering av smittede, og karantenesetting av husholdningsmedlemmer eller tilsvarende nære. Ved lengre svartid enn 24 timer kan ikke dette testregimet anvendes. Den testede trenger ikke å vente på prøvesvar for å gjennomføre daglige gjøremål

Andre gruppe - øvrige nærkontakter - slipper karantene, men oppfordres til PCR-testing og egenobservasjon

Forslaget medfører at personer som i dag er definert som nærkontakter, men som ikke er husstandsmedlemmer eller tilsvarende nære, slipper pliktig karantene og testing. De bør fortsatt informeres om mulig eksponering og oppfordres til:

- Testing så snart de er informert om at de har vært i nærhet til en indekspasient
- Begrensing av sosial omgang inntil testsvar foreligger
- Egenobservasjon av symptomer (i 10 døgn etter eksponering)
- Lav terskel for ny testing ved symptomer

Smittesporingsteamet må ta ansvar for å vurdere hvordan øvrige nærkontakter skal informeres. Informasjonen kan viderebringes av indekspasienten eller dennes foresatte, arrangør, restaurant/ utested, skole, kommunens hjemmeside eller på annet vis som er hensiktsmessig. Siden en del av indekstilfellene vil være barn, kan ikke indekspasienten rutinemessig få dette ansvaret.

Smittesporingsteamet må også ta ansvar for å kvalitetssikre informasjon de skal få, for eksempel ved ferdig utformet standard informasjonsark / SMS-tekst om hvor de kan teste seg og hva som er vanlige symptomer. Vi vil lage forslag til slik tekst.

Testen bør være PCR eller annen NAT, og prøven bør tas i kommunens ordinære testsystemer / på teststasjon og sendes laboratoriet som kommunen normalt benytter. Ved positivt testsvar håndteres pasienten på vanlig måte.

Tredje gruppe – andre mulig eksponerte kontakter – informeres og observerer symptomer

Andre mulig eksponerte, som ikke defineres som nærkontakter, bør informeres om mulig eksponering. De behøver ikke automatisk testes, men oppfordres til egenobservasjon av symptomer

og ha lav terskel for testing. Informasjonen kan for eksempel gis via arrangør eller kommunens hjemmeside.

Massetesting som utbruddshåndtering på skoler / barnehage

Regelmessig testing i ungdomsskole og videregående skole som nå er trappet ned før sommerferien vil antakelig ikke være nødvendig å gjeninnføre ved skolestart, men kan få en viktig rolle som alternativ til rødt nivå ved flere smittetilfeller i samme miljø.

Ved større utbrudd for eksempel i en skole, kan kommunene iverksette planer for massetesting som gjentas til utbruddet er under kontroll.

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har laget informasjonsmateriell og veileder for kommunene i gjennomføring av jevnlig testing: [Kommunene kan jevnlig masseteste prioriterte grupper](#). Det er et eget kapittel om [jevnlig testing i Koronaveilederen](#). FHI vil i tillegg utarbeide veiledning for kommunene for når massetesting bør tas i bruk på [FHIs nettsider om smittesporing](#).

Smittestopp

Appen smittestopp kan spille en viktig rolle på gjenåpningstrinn 4, og det bør vurderes om det skal kjøres kampanjer for at mange tar den i bruk, spesielt i situasjoner hvor man møter mange og ikke lenger kan ha oversikt over alle man har truffet. Det bør vurderes en målrettet kommunikasjonsstrategi mot de yngre voksne.

Justert smittesporing og karantene fra trinn 4 – noen eksempler

Kontaktgruppe, etter smittesporingsteamets vurdering	Hvem informerer dem?	Oppfølging (av ubeskyttede)	Forskrift
<i>Eksempel skole*</i> <i>Eksempel barnehage*</i> <i>Eksempel ungdomsfest</i> <i>Eksempel arrangement, utested</i>			
1. Husstandsmedlemmer og tilsvarende nære <i>Bestevennen og kjæresten</i> <i>Bestevennen</i> <i>Kjæresten og nærmeste venner</i> <i>Kjæresten og nærmeste venner</i>	Smittesporingsteamet	Som nå: karantene 10 dager, evt. 7 dager med negativ PCR Alternativ a: egentesting daglig med antigenest Alternativ b: PCR-test annenhver dag	Ja
2. Øvrige nærkontakter	Smittesporingsteamet, evt. delegert til andre	Ikke karantene.	Nei

<i>Resten av klassen</i> <i>Samme gruppe/avdeling</i> <i>Festdeltakerne</i> <i>De man gikk sammen med</i>	som kan gjøre det, for eksempel indekspasienten eller skolen	Oppfordring om tidlig test og begrenset sosial kontakt til svar foreligger. Deretter egenobservasjon og testing ved symptomer	
3. Andre kontakter som ikke er definert som nærkontakter (medelever, andre gjester mv) <i>Resten av trinnet</i> <i>Hele barnehagen</i> <i>Se punkt 2</i> <i>Alle på utestedet eller evt. kohorten på arrangementsstedet</i>	Offentlig informasjon, arrangør, restaurant etter avtale med smittesporingsteamet	Egenobservasjon og testing ved symptomer	Nei

*Uvaksinerte ansatte vurderes særskilt

Hva gjør andre land?

Fra 16. august planlegger **Storbritannia** å unnta fullvaksinerte og barn fra karantene etter nærkontakt med en smittet person og erstatte med testing⁴. I **Danmark, Finland** og **Island** er det fortsatt like regler for karantene og testing etter nærkontakt for barn som for uvaksinerte voksne. I **Sverige** har man kun anbefaling om testing etter nærkontakt, men de har egne råd for smittesporing i barnehager og skoler. I Sverige kan asymptomatiske nærkontakter fortsette å gå på skolen mens de venter på testresultater, men de anbefales ikke å delta i fritidsaktiviteter utenfor skolen⁵. Symptomatiske nærkontakter skal holde seg hjemme og teste seg.

Omfang av karantene i skolen til høsten ved uendrete karantenerregler.

Tiltaksbyrden for barn og ungdom har vært høy gjennom pandemien, mens sykdomsbyrden deres har vært lav. Lavere sykdomsbyrde i befolkningen generelt må derfor medføre lettelser for barn og unge selv om disse forblir uvaksinerte. Det er et grunnleggende prinsipp i Regjeringens langsiktige strategi for håndteringen av koronapandemien at barn og unge skal ha så lav tiltaksbyrde som mulig. Ifølge regjeringens gjenåpningsplan skal barn og unge prioriteres først, deretter arbeidsplasser og næringsliv.

Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Utdanningsdirektoratet svarte i oppdrag 457 om planlegging for semesterstart i skoler og barnehager høsten 2021. Her beskrev vi at det må planlegges for grønt nivå, og at TISK-strategien for barn og unge må nedskaleres og etter hvert avvikles når voksne har blitt tilbudt vaksine og konsekvensene av smitte er blitt vesentlig mindre. Dette ble også beskrevet i oppdrag 473. Med samme omfattende og strenge smitteoppsporing og

⁴ <https://www.gov.uk/government/news/self-isolation-to-be-eased-for-fully-vaccinated-adults-in-step-4>

⁵ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pubreader/pdfview/display/78165?browserprint=1>

karantenesetting som i dag, kan karantenebruken for barn og unge bli uhåndterlig og tiltaksbyrden urimelig stor.

Vedlegg 1. Nærmere om forholdene for barn og unge

Tiltakenes forholdsmessighet overfor barn og unge

I skolene og barnehagene har egne smittevernveiledere vært implementert for å hindre smitte mellom barn, elever og ansatte, og samtidig begrense tiltaksbyrde i den grad det har vært mulig. For å kunne tilpasse smitteverntiltakene til situasjonen lokalt, ble trafikklysmodellen innført for skoler og barnehager våren 2020.

ECDC har nylig publisert en ny risikovurdering⁶ om covid-19 hos barn og skolens rolle i smittespredning, med fokus på den økende forekomsten av Delta-varianten. Byrået peker på at i områder der voksne i all hovedsak er vaksinert, vil man forvente at en økende andel av tilfeller vil forekomme i barnepopulasjonen. Ettersom barn svært sjelden blir alvorlig syke av covid-19, påpeker ECDC at det er viktig å ha smitteverntiltak som er forholdsmessige og tilpasset smittesituasjonen, samt at det er viktig å opprettholde god beredskap i skolesystemet for håndtering av smitte i skoleåret 2021/2022. Dette ivaretas ved at vi beholder trafikklysmodellen i tiden fremover, og at skoler og barnehager har beredskap for oppjustering av tiltak ved behov.

Smitteverntiltakene skal jf. smittevernloven være forholdsmessige og vurderes opp mot risiko for smittespredning, konsekvenser for alvorlig sykdom og tiltaksbyrde. Barn og unges normale livsutfoldelse vil utgjøre en smitterisiko, men de er selv lite utsatt for alvorlig infeksjon. Det innebærer at barn og unge er spesielt utsatt og sårbare for tiltak som begrenser deres sosiale omgang og skolehverdag, uten at tiltakene gagnar dem direkte. Begrensende smittevern, som for eksempel kohortstørrelser, i barnehager og skoler er til hinder for normal organisering av undervisningshverdagen og sosialt samvær og lek. Det er nødvendig for de unges utvikling og utdanning at hverdagen normaliseres uten forsinkelse så snart det er forsvarlig.

Så lenge barn og ungdom er ubeskyttet fordi de ikke tilbys vaksinasjon eller oppnår naturlig immunitet, vil de bli smittet. Smittevern er kun tiltak som utsetter en eventuell infeksjon. Det vil derfor mest sannsynlig oppstå utbrudd i barnehager og skoler til høsten.

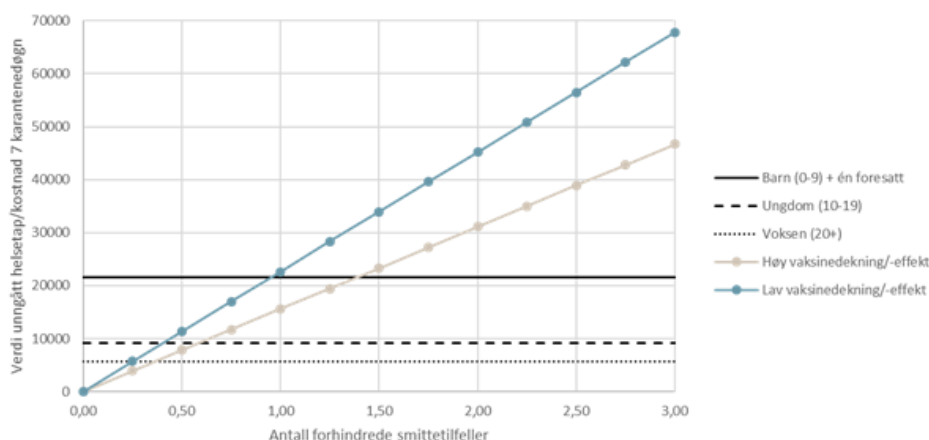
Kunnskap om smitte blant barn og unge har vist så langt at de har en mindre rolle i smittespredning, og at de ikke er drivere av pandemien. Når en stor del av den voksne befolkningen er beskyttet vil utbrudd i barnehager og skoler ha mer beskjedne konsekvenser og kan håndteres med mer begrensede tiltak, for eksempel ved at krav om karantene erstattes av oppfordring til test som foreslått ved justert TISK i oppdrag 473. Gitt at barn og unge har lav risiko for å bli alvorlig syke vil det ikke være forholdsmessig å opprettholde strenge tiltak som primært rammer denne gruppen.

Vedlegg til oppdrag 494 A gir en grundig samfunnsøkonomisk analyse av kostnadene av karantene, og hvordan nytte-kostnadsforholdet endres ved økende vaksinedekning. Analysen viser at tiltaksbyrden ved karantene er betydelig, og for at karantene skal være nyttig for samfunnet (gevinsten ved unngått helsetap fra covid-19 er høyere enn tiltaksbyrden) må ett barn (0-9 år), eller én tenåring (10-19 år), eller én voksen (20+ år) i for eksempel 7-dagers karantene hindre henholdsvis 1,4; 0,6 eller 0,4 smittetilfeller per person i karantene. Det betyr at å plassere 10 barn i karantene må forhindre 14 nye mulige smittetilfeller for å ha en positiv netto samfunnsnytte. Fordi tiltaksbyrden til barn er så mye høyere enn voksne i karantene, kreves en større gevinst i form av flere unngåtte tilfeller for å kunne forsvare karantenesetting av barn.⁷ Analysens resultater illustreres i **figur 1**, som

⁶ <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission>

⁷ Hvis én person i karantene forhindrer et nytt smittetilfelle, er den isolerte gevinsten ved redusert helsetap for samfunnet, målt i kvalitetsjusterte leveår, i gjennomsnitt 16 000 kr hvis vaksinedekning og vaksineeffekt er like høy som forventet.

måler kostnad på y-aksen og gevinst på x-aksen. Figuren sammenlikner de verdsatte kostnadene av karantene med verdien av unngått helsetap. Helsegevinsten øker med antallet smittetilfeller som forhindres. De svarte horisontale linjene i figuren angir anslag på kostnaden av syv karantedøgn, for henholdsvis barn, ungdom og voksne.



Figur 1 Forventet helsegevinst¹ (stigende) og karantenekostnad (konstant) for en person i 7 dagers karantene gitt antall forhindrede smittetilfeller.

¹ Basert på gjennomsnittlig verdi av tapte kvalitetsjusterte leveår (QALYs) per smittetilfelle i perioden 1.september til 31. desember i modellsimuleringene i oppdrag 473. Både kostnads- og nytteestimatene er usikre.

Generelt har den betydelige tiltaksbyrden for barn og unge sammenheng med tapt sosial og faglig læring (humankapital) som følge av hjemmeskole og en ustabil skolesituasjon. Både norske og utenlandske studier viser at læringsutbytte fra hjemmeskole er minimalt, spesielt for de minste barna. Med vedvarende ustabilitet vil dette tapet ikke være mulig å hente inn, noe som kan få langtidskonsekvenser.

For å sikre at karantene som tiltak er et verktøy med tilstrekkelig samfunnsgevinst må tiltaket målrettes slik at kun de nærkontaktene med høyest risiko for å være smitteførende, det vil si husstandsmedlemmer og tilsvarende nære, kvalifiserer til karantene. Testing ut av karantene bidrar til å korte ned karanteneperioden, og dermed til å redusere tiltaksbyrden. Men, overordnet vil utstrakt karantenesetting til høsten, selv for en kort periode, mest sannsynlig ikke være forsvarlig sett opp mot byrden det tilsvarer.

Analysen til oppdrag 494 A viser at kostnadene ved karanteneopphold varierer i ulike grupper av befolkningen. Særlig for barn og unge i karantene kan kostnadene være svært store i forhold til gevinsten ved redusert helsetap. Det ble her vist at gjentatt testing av mistenkte smittetilfeller som alternativ til karantene i en overgangsperiode vil bidra til å redusere risiko for videre spredning.

Alvorlighet av smitte hos barn og unge

Vi viser til oppdrag 37 i koronavaksinasjonsprogrammet for detaljert vurdering og beskrivelse av sykdomsbilde og sykdomsbyrde ved covid-19 hos barn og unge. Nedenfor beskrives hovedtrekkene.

Dette anslaget tar utgangspunkt i at 60% av de smittede blir syke med symptomer. Den totale tiltaksbyrden av 7 dagers karantene er i gjennomsnitt 20 860 kr for ett barn (0-9 år) 9 170 kr for én tenåring (10-19 år) og 5 670 kr for én voksen. I en befolkning kan vi regne med at det må flere enn ett individ i karantene for å hindre ett nytt smittetilfelle.

Barn og unge har lav risiko for å bli alvorlig syke med covid-19 både hva gjelder akutt covid-19 sykdom og den post-infeksiøse tilstanden MIS-C (multiorgan inflammatorisk syndrom). De tre mest aksepterte forklaringene for at barn og ungdom har mildere sykdom og lavere smittsomhet er en bedre tilpasset immunrespons til nye virus, og at de dermed ikke får en overreaksjon i immunresponsen som gir alvorlig sykdom hos voksne; at de har fersk kryssbeskyttelse fra andre koronavirusinfeksjoner som også beskytter mot SARS-CoV-2; og at de har færre ACE2-reseptorer på luftveiscellene slik at viruset ikke har så gode muligheter for å feste seg, komme inn i celler, og gi infeksjon. Barn forventes å være godt beskyttet mot reinfeksjon i minst 12 måneder etter gjennomgått infeksjon med SARS-CoV-2.

I de fleste rapporter utgjør barn og ungdom kun 1-3 % av alle som innlegges på sykehus selv om samme aldersgrupper i mange land utgjør rundt 20 % av befolkningen⁸⁹. I Norge viser analyser fra BeredtC19 at 107 (0,5 %) av smittede barn og unge i aldersgruppen 0-18 år har vært innlagt i sykehus fra mars 2020 til slutten av april 2021¹⁰. Dette utgjør en innleggingsrate i 14-månedersperioden på 9/100.000 personer i aldersgruppen 0-18 år. Sammenlignet med totalt antall innlagte, utgjør barn og unge < 3 % av innleggelsene for covid-19. Akutt, alvorlig covid-19 har god prognose hos barn og unge. Det har vært 2 dødsfall i aldersgruppen under 18 år i Norge, begge hos barn som hadde svært alvorlig underliggende sykdom.

Til sammenligning vil innleggelse for RS-virus eller influensa utgjøre betydelig større sykdomsbyrde hos norske barn og unge, både hva gjelder sykehusinnleggelse og alvorlig forløp i sykehus. Upublisert data fra NorEPIS-studien har beregnet at årlige innleggingsrater for barn under 5 år på grunn av RS-viruset var 6/1000 i vintersesongen 2016-17¹¹. Vi har lite statistikk på innleggelse ved influensa hos barn. I en norsk influensastudie i sesongene 2017/18 og 2018/19, ble henholdsvis 562 og 451 barn og unge i alderen 0-17 år innlagt på norske sykehus. 75 % av disse hadde ikke til grunnliggende risikofaktorer¹².

Forekomst av MIS-C er usikker, men i norske data anslås en forekomst på færre enn ett tilfelle per 1000 med påvist covid-19 i aldersgruppen under 18 år. I Norge er det per begynnelsen av juni 2021 registrert 25 tilfeller totalt. I Danmark, der det har vært en høyere testaktivitet blant barn og unge og dermed er påvist høyere forekomst av covid-19-infeksjoner, er antallet tilfeller av MIS-C det samme som i Norge, men forekomsten er anslått til 1 per 5.000-20.000 covid-19-tilfeller¹³. I en amerikansk studie har de estimert forekomst av MIS-C til 1 per 3.200 covid-19 tilfeller¹⁴. Basert på internasjonale

⁸ Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City Area. *JAMA* 2020; 323: 2052–9.

⁹ Størdal K, Bakken IJ, Greve-Isdahl M, Klingenberg C, et al. Tidsskr DNLF 2020. Sars-CoV-2 hos barn og ungdom i Norge: påvist smitte, sykehusinnleggelse og underliggende tilstander

¹⁰ Størdal K, Ruiz PLD, Greve-Isdahl M, Surén P, Knudsen PK, Gulseth HL, Tapia G; Risk factors for SARS-CoV-2 infection and hospitalisation in children and adolescents in Norway: A nationwide population-based study. medRxiv 2021.07.01.21259887; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.07.01.21259887>

¹¹ <https://www.fhi.no/studier/luftveisinfeksjoner-hos-barn-og-unge-i-norge/om-norepis/>

¹² Hauge, S.H., Bakken, I.J., de Blasio, B.F. et al. Risk conditions in children hospitalized with influenza in Norway, 2017–2019. *BMC Infect Dis* 20, 769 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05486-6>

¹³ Sundhedsstyrelsen, juni 2021, Notat vedr vaccination af boern på 12-15 år. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Corona/Vaccination/Notater/170621-Notat-vedr_-vaccination-af-boern-paa-12-15-aar.ashx?la=da&hash=9DFE78439CBD001876E4E497A160D98DD7ABFAD6

¹⁴ Payne AB, Gilani Z, Godfred-Cato S et al, *JAMA Network Open*. 2021;4(6):e2116420. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.16420

data dør 1-2 % av pasientene. Det er imidlertid etablert gode behandlingsprotokoller for MIS-C, og selv om sykdommen kan være alvorlig, er prognose med tanke på overlevelse veldig god^{15 16 17}.

Foreløpig viser undersøkelser at det også er liten risiko for senfølger av mild covid-19 sykdom hos barn og unge selv om det her fortsatt mangler kunnskap. De fleste studiene av senfølger etter covid-19 hos barn og unge er små. Utvalgene er dominert av barn og unge som har vært innlagt på sykehus. Funnene varierer, og det mangler oftest representative kontrollgrupper. Norske data fra BeredtC19 viser at ved mild covid-19 sykdom er det kun en kortvarig økt kontakt med primærhelsetjenesten etter gjennomgått infeksjon. Mesteparten av økningen er knyttet til diagnosekoder for luftveisplager. Økningen varer lengst for aldersgruppen 1-5 år, med 14 % økning i legebruk 3-6 måneder etter infeksjon. Analysene omfattet alle testede barn og unge under 18 år i Norge og tilfeldig utvalgte kontroller, ca. 700.000 personer totalt. Tilsvarende oppløftende funn ved mild covid-19 sykdom er gjort ved analyser av danske registerdata.

Studier om videre smitte fra barn

Kunnskap om barns rolle i smittespredning har så langt vist at barn i mindre grad smitter andre. Dette kan forklares med at selv om barn er mottakelige for smitte og kan ha like høye virusmengder i luftveissekreter som voksne, er den smittsomme perioden med virusutskillelse (viral shedding time) kortere hos barn sammenlignet med voksne¹⁸. Norske barn har hatt vesentlig lavere forekomst av SARS-CoV-2-infeksjon enn voksne, men forekomsten øker med alder. Eldre ungdom (16-20 år) har en forekomst som tilsvarer unge voksne (20-39 år). Dette kan ha sammenheng med at ungdom i større grad enn yngre barn ofte har en bred kontaktflate, stor mobilitet og en sosial væremåte som betyr at de potensielt lettere kan bli smittet og smitte flere. Forbehold må tas fordi testaktiviteten har vært lavere blant de yngste slik at det kan være mørketall, men internasjonale serologiske studier viser også lavere forekomst i yngre aldersgrupper.

Det er gjort studier på kontaktmønstre i ulike aldersgrupper før pandemien, blant annet for å kunne forutsi risiko for smittespredning og smitemønstre. Studiene finner generelt at barn og ungdom har flere kontakter enn andre aldersgrupper, men først og fremst innenfor samme aldersgruppe. Det indikerer at smitte, avhengig av smittsomme agens, har potensiale til å smitte i samme aldersgruppe. I en studie fra 2012 er det sett på i hvilken grad befolkningen har kontakt med ulike aldersgrupper¹⁹. Figuren nedenfor er hentet fra artikkelen, der rødfarge indikerer flere kontakter mens blåfarge indikerer færre kontakter. Barn og ungdom har flest kontakter i samme aldersgrupper (figur b - skolesetting og e - totalt). Søylediagrammet (f) viser mer forenklet hvor stor andel av kontaktene som er i samme aldersgruppe.

Figur: Kontaktpunkter mellom aldersgrupper

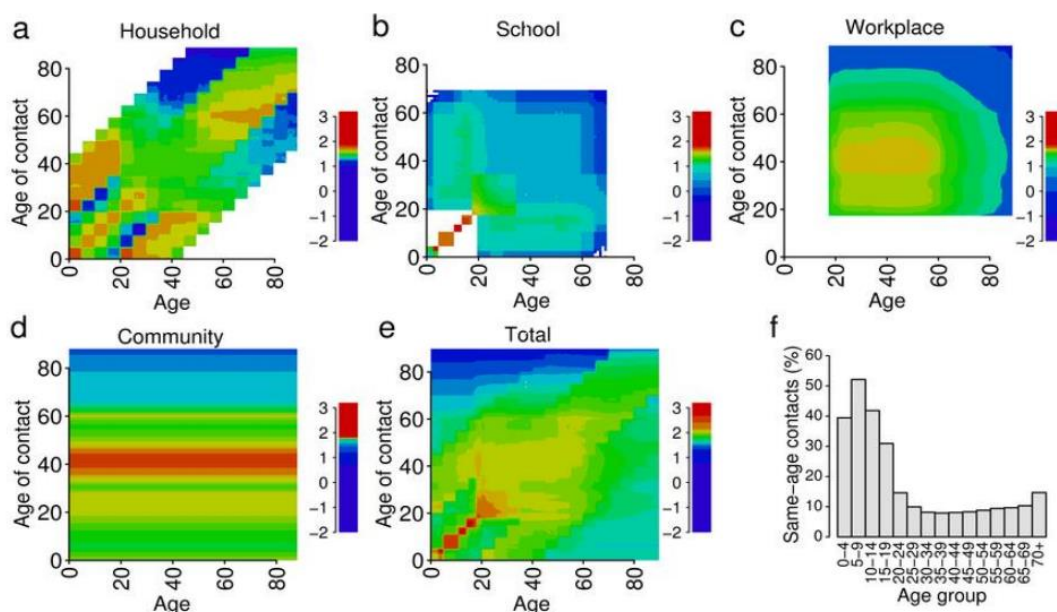
¹⁵ Andrew J. McArdle et al., Treatment of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children. The New England Journal of Medicine, 2021. doi: 10.1056/NEJMoa2102968

¹⁶ Mary Beth F. Son et al., Multisystem Inflammatory Syndrome in Children — Initial Therapy and Outcomes. The New England Journal of Medicine, 2021. doi: 10.1056/NEJMoa2102605

¹⁷ Justin Penner et al. 6-month multidisciplinary follow-up and outcomes of patients with paediatric inflammatory multisystem syndrome (PIMS-TS) at a UK tertiary paediatric hospital: a retrospective cohort study. The Lancet, 2021. doi: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00138-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00138-3)

¹⁸ <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission>

¹⁹ Fumanelli L et al, PLOS Computational biology, 2021, Inferring the Structure of Social Contacts from Demographic Data in the Analysis of Infectious Diseases Spread



En husstandsstudie med utgangspunkt i norske registerdata fra perioden 1.mars 2020 til 1.januar 2021 viser at ungdom i alderen 17-20 år i større grad enn yngre barn bringer smitte med hjem til husholdningen²⁰. Studien inkludert 662 582 familier, hvorav 7 548 familier hadde et familiemedlem som var smittet (såkalt "indeks" for smitte). I 66 % av familiene var en av de voksne indeks. Der barn ble identifisert som indeks, var ungdom i alderen 17-20 år indeks i 42 % av tilfellene, mens barn i alderen 0-6 år var indeks i 8 % av tilfellene. Imidlertid smittet ungdommene videre til andre familiemedlemmer sjeldnest; i kun 11 % av tilfellene forårsaket de smitte til andre familiemedlemmer. De yngste barna smittet videre til voksne i samme husholdning i større grad (27 %). Selv om studien er gjort i en periode der Wuhan-varianten av SARS-CoV2-viruset sirkulerte, indikerer den at ungdom som blir smittet ikke nødvendigvis smitter videre i egen husholdning i stor grad. Yngre barn har sjeldnere smitte med hjem, men har da større sannsynlighet for å smitte videre.

Korona barn-studien har pågått i regi av FHI siden høsten 2020 og har inkludert systematisk og repetert testing av alle skolerelaterte kontakter til elever med bekreftet SARS-CoV-2 i smittesporinger i 1-10 trinn i Oslo og Viken. Studien har inkludert totalt 43 smittesporinger fra september 2020 til mai 2021, hvorav 29 var på barnetrinnet og 14 var på ungdomstrinnet. Studien inkluderer mer enn 550 elev-kontakter og nærmere 100 kontakter blant ansatte. Datainnsamlingen har pågått i perioder der ulike virus-varianter har vært dominerende i Oslo og Viken. Resultater fra de første 13 smittesporingene (1-7 trinn) er publisert²¹ og viste at med systematiske smitteverntiltak etablert i skolen var det lite elev-til-elev smitte (< 1%) og elev-til-ansatt smitte (< 2%). Data fra de påfølgende 30 smittesporingene viser et tilsvarende bilde. Andelen kontakter som får påvist smitte er på samme lave nivå som tidligere. Syv av de senere smittesporingene inkluderer index-tilfeller som

²⁰ Telle, K. et al. Secondary attack rates of COVID-19 in Norwegian families: a nation-wide register-based study. *European Journal of Epidemiology* (2021). DOI: <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00760-6>

²¹ Brandal Lin T et. al. Minimal transmission of SARS-CoV-2 from paediatric COVID-19 cases in primary schools, Norway, August to November 2020. *Euro Surveill.* 2021;26(1):pii=2002011. DOI: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.26.1.2002011>

var bekreftet smittet med alfa-varianten (B.1.1.7). Det ble ikke funnet mer smitte knyttet til denne virusvarianten enn andre virusvarianter i studien. Totalt i de 43 smittesporingene ble det påvist SARS-CoV-2 hos < 1% av elevkontakter og hos 1 % av ansatte-kontaktene. Kobling av studiens data med MSIS laboratedatabase viser godt samsvar mellom studiens resultater og det som er funnet i kommunenes testing (der det er gjennomført).

En foreløpig, ikke-fagfelleverdert studie basert på data fra BEREDT C19 har analysert mål på smittespredning i norske grunnskoler. Studieperioden er skoleåret 2020/2021 (17. august-15. juni). Studien tar utgangspunkt i indekstilfeller, definert som den første eleven eller skoleansatte med påvist covid-19, og sekundært tilfeller, definert som alle ikke-indekst tilfeller med påvist covid-19 innenfor 14 dager etter indekstilfellet. Potensiell smittespredning i grunnskolen er utregnet som antall sekundært tilfeller delt på totalt antall elever og ansatte ved alle skoler med et indekstilfelle, multiplisert med 100. Indekst tilfeller er ekskludert fra både teller og nevner. Skoler kan inngå flere ganger i datagrunnlaget dersom det har gått minimum 14 dager uten påvist smitte.

Det er viktig å understreke at dataene benyttet i studien ikke inneholder informasjon om smittespredning faktisk har skjedd i skolesettingen, og at vi derfor ikke vet om sekundært tilfeller er smittet på eller utenom skolen. Dette betyr at vi kun kan uttale oss om *mulig smittespredning* mellom elever og ansatte.

Når man ser på alle enkeltintroduksjoner av virus på skoler i skoleåret 2020/2021 (n=4 078) ble det i 55 % av tilfellene ikke registrert sekundært tilfeller hos elever eller ansatte på skolen. For 15% av enkeltintroduksjonene ble det registrert ett enkelt sekundært tilfelle på skolen og for 30% av introduksjonene ble det registrert flere enn ett sekundært tilfelle på skolen.

Ved introduksjon av smitte på en skole, viser de foreløpige resultatene at 0,3 % av alle elever og ansatte ved skolen ble registrert som smittede i en 14 dagers periode etter at introduksjonen fant sted. Dette ses uavhengig av om indekstilfellet var en elev eller en ansatt. De samme resultatene ses når man betrakter smitte mellom elever og smitte fra elev til ansatte. Når vi betrakter smitte mellom ansatte er gjennomsnittsandelen litt høyere, der det i gjennomsnitt er observert smitte blant 0,5% av alle ansatte på en skole når en ansatt har introdusert smitte på skolen. Den gjennomsnittlige andelen av registrerte smittetilfeller per måned etter introduksjon av smitte ved en skole (fra elever eller ansatte), svinger imellom 0,01 % til 0,5 % igjennom skoleåret. Gjennomsnittsandelen var høyest i mars etter at Alfa-varianten ble dominant, men andelen falt igjen i april og mai til omkring 0,3%-0,4%.

I Israel og Storbritannia, som var tidlig ute med vaksiner, kom det en sterk reduksjon i påviste tilfeller blant barn og unge etter at vaksinasjonsdekningen begynte å bli god blant de voksne. Smittefrekvensen holdt seg lav også etter gjenåpning av skoler, men i begge land har antall påviste tilfeller begynt å øke igjen etter at Delta-varianten ble dominerende. Så langt tyder data på at vaksinasjon gir god beskyttelse mot alvorlig covid-19 sykdom, selv etter en dose, slik at sykdomsbyrde holdes lav selv om det har vært flere påviste smittetilfeller²².

I norske studier er det altså observert liten grad av smitte mellom elever på skoler. Ved lettelser i smitteverntiltak og i karantenekravene, vil man forvente noe økt grad av smitte mellom barn, men

²² Risiko ved Delta-variant av SARS-CoV-2, andre oppdatering, 3.juli 2021

<https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/notat-om-risiko-ved-variant-b.1.617.2-andre-oppdatering-2021-07-03.pdf>

samtidig vil det at den voksne befolkningen er vaksinert redusere risiko for introduksjon av smitte samt minimere konsekvensene av smitte. Barn og unge som smittes, vil kunne smitte andre i egen husholdning, men konsekvensene av smitte til vaksinerte voksne er svært liten med nåværende virusvarianter. De grunnleggende smitteverntiltakene, som å holde seg hjemme når man er syk og god hånd- og hostehygiene vil fortsatt gjelde i skoler og i barnehager, også på grønt nivå. Dette vil redusere risiko, ikke bare for covid-19, men også for andre smittsomme sykdommer.

FHI mener derfor at det er forsvarlig å lette på TISK-tiltakene før skolestart slik som skissert i dette oppdraget, med fortsatt vekt på at barn skal være hjemme ved sykdom, at det skal være god tilgang til test og lav terskel for å teste seg, samt oppfølging ved utbrudd.

Vurdering av sosiale konsekvenser

Justering av TISK- tiltakene før skolestart handler i stor grad om å unngå uforholdsmessig stor tiltaksbyrde blant barn og ungdom som ikke vaksineres. Tiltaksbyrden ved hjemmeskole/ heldigital undervisning er grundig beskrevet i rapporter fra koordineringsgruppen for utsatte barn, og i flere nyere internasjonale studier. Hjemmeskole / heldigital undervisning medfører både redusert læringsutbytte og har psykososiale og helsemessige konsekvenser. Tiltakene rammer ulikt og forsterker allerede eksisterende sosiale ulikheter, slik som beskrevet i koordineringsgruppens rapporter for norske forhold og i internasjonal litteratur. Forholdsmessigheten av tiltak som medfører tapt skolegang for barn og unge vil avta hvis barnehage, skole og fritidsordninger skjermes fra de smitteverntiltakene som innføres ved eventuelle utbrudd til høsten. Merknad

Vedlegg 2. Om flokkimmunitet

Bakgrunn

Etter hvert som vaksinasjonsprogrammet ruller fram og dekningen øker, vil spredningen av viruset hemmes. Mange etterspør en tallfesting av andelen av befolkningen som må være vaksinert før vi har en flokkimmunitet som stanser spredning av viruset, og der alle vaksinerte og uvaksinerte er beskyttet.

Dette er ikke så enkelt å gi svar på. Vaksinasjon er i første rekke et middel til *direkte* å beskytte den vaksinerte mot sykdom. Koronavaksinasjon gjør dette svært bra; fullvaksinerte får redusert sin risiko for sykdom og særlig alvorlig sykdom med over 90 % mens også delvaksinerte oppnår svært god beskyttelse mot alvorlig sykdom.

Vaksinasjon mot en del sykdommer reduserer i tillegg risikoen for i det hele tatt å få en infeksjon som man kan smitte videre. Da er det grunnlag for *indirekte* beskyttelse: i og med at den vaksinerte ikke kan bli en smittekilde, vil man indirekte beskytte også dem som ellers kunne blitt smittet av den vaksinerte, for eksempel husstandsmedlemmer. Hvis man vaksinerer mange i befolkningen, vil smittespredningen dempes, og da beskyttes også de uvaksinerte pluss at de vaksinerte får en tilleggsbeskyttelse.

For å kunne bidra til indirekte beskyttelse må altså vaksinasjon beskytte mot smitte og smittsomhet, ikke bare mot sykdom. Koronavaksinasjon gjør dette, men beskyttelsen mot smitte og smittsomhet er lavere enn mot sykdom.

Teoretisk grunnlag om flokkimmunitet

Med flokkimmunitet (*herd immunity*) menes at en befolkning er beskyttet - «immun» - mot at et gitt smittestoff skal spre seg i befolkningen fordi en så stor andel av individene er immune (i betydningen at de ikke kan smitte andre). Denne immuniteten kan skyldes gjennomgått infeksjon, vaksinasjon eller begge deler.

I teorien skal det finnes en terskel (*herd immunity threshold*) for immunitet i befolkningen der sykdommen ikke kan få et effektivt reproduksjonstall over 1. I en epidemi som sprer seg uhindret i en befolkning, nås denne terskelen når epidemibølgen er på toppen. Da er det effektive reproduksjonstallet R_e akkurat 1, og deretter blir R_e under 1, og epidemien synker. Smittespredningen stopper ikke umiddelbart opp; det tar noe tid før epidemien er over, og i denne perioden smittes mange. Denne terskelen er $1 - 1/R_0$.

Utleddning av terskelen for flokkimmunitet

Vi har formelen for det effektive reproduksjonstallet R_e :

$$R_e = \beta c D x$$

R_e er produktet av smittsomhet β , kontakthypighet c , varighet av smittsom periode D og andel mottakelige i befolkningen x .

Vi har også formelen for det basale reproduksjonstallet, altså en situasjon der alle er mottakelige slik at $x=1$:

$$R_0 = \beta c D$$

Vi erstatter $\beta c D$ med R_0 og får:

$$R_e = R_0 x$$

Flokkimmunitetsterskelen er når R_e akkurat er lik 1 slik at epidemien ikke øker. Dermed kan vi skrive:

$$1 = R_0 x$$

Vi gjør om:

$$x = 1/R_0$$

Altså: Når det effektive reproduksjonstallet er akkurat 1 og epidemien er i ferd med å snu, så er $1/R_0$ av befolkningen fortsatt mottakelig. Vi er imidlertid interessert i hvor stor andel av befolkningen som minst må være immun, her kalt f . Det er de som ikke er mottakelige:

$$f > 1 - x$$

Vi setter inn uttrykket for x over og får:

$$f > 1 - 1/R_0$$

Altså, minst $1 - 1/R_0$ av befolkningen må være immun (mot å bli smittekilder) for at det effektive reproduksjonstallet skal bli 1 eller lavere slik at epidemien etter hvert forsvinner.

Et enkelt eksempel illustrer dette: Dersom en sykdom har et basalt reproduksjonstall på 4, vil en pasient som settes i land på ei øy der ingen er immune, i snitt smitte fire personer. Dersom tre firedeler av innbyggerne gjøres immune gjennom vaksinasjon, vil han smitte bare én person. Befolkningen på øya har flokkimmunitet. Det krever at $1 - 1/R_0 = 1 - 1/4 = 3/4$ er immune.

Her er det imidlertid flere forbehold som gjør det mindre nyttig å postulere en viss terskelverdi:

1. Resultatet $1 - 1/R_0$ forutsetter at den aktuelle befolkningen har et tilfeldig kontaktmønster, altså at alle har like stor risiko for å støte på en smittet person, og at de immune er tilfeldig spredd i befolkningen. Denne forutsetningen er ikke oppfylt for noen befolkninger (men kanskje for noen flokker av dyr der konseptet flokkimmunitet opprinnelig kom fra). Det betyr at den egentlige terskelen kan være høyere.
2. Flokkimmuniteten skyldes at en smittet person som ankommer befolkningen, ikke smitter noen andre fordi han ikke rekker å treffe noen ikke-immune før den smittsomme perioden er over. Hvis den smittede derimot oppsøker et miljø med en opphopning av ikke-immune, kan han rekke å smitte flere, og de kan smitte videre i samme miljø. Dette er bakgrunnen for mange utbrudd av meslinger i vestlige land, også Norge, de siste par tiårene. Meslinger har spredd seg i ulike grupper som av for eksempel livssynsårsaker har lav vaksinasjonsdekning mens den gjennomvaksinerte majoritetsbefolkningen har vært lite truet.
3. Immuniteten i befolkningen endrer seg hele tida. Immunitet etter vaksinasjon eller infeksjon kan svekkes med tida. Smittestoffet kan utvikle en viss immunevasjon Det fødes barn som ikke er immune. Det flytter ikke-immune personer til landet. På den annen side så blir flere

immune gjennom fortsatt vaksinasjon og i noen tilfeller gjennom infeksjon. Meslinger og influensa illustrerer disse forholdene:

- Før vaksinasjon mot meslinger ble innført, var det naturlig infeksjon som førte til flokkimmunitet. Sykdommen forekom da i epidemier med to-fire års mellomrom. Det skyldtes at nye barn var født siden forrige epidemi slik at andelen immune i befolkningen sank under en terskel slik at viruset igjen kunne klare å lage en epidemi. Vaksinasjonsprogrammet satte en stopper for dette ved at barn ble vaksinert før det ble så mange mottakelige at viruset kunne komme tilbake.
- Influensaviruset endrer seg litt hele tida slik at folks immunitet etter tidligere infeksjon eller vaksinasjon blir mindre verdt. Sammen med sesongeffekter fører dette til de årlige vinterepidemiene. Disse stopper av seg selv som følge av sesongeffekten (det blir varmere i mars-april) og av at en del hundre tusen flere er blitt immune etter å ha gjennomgått sykdommen. Det blir nesten aldri stor influensaepidemi to vintre på rad med samme influensavirusvariant.

På grunn av disse forbeholdene er det lite fruktbart å snakke om befolkningsimmunitet som et dikotomt fenomen der man enten har eller ikke har flokkimmunitet. Den indirekte beskyttelsen bidrar alltid til å dempe smittespredningen i mindre eller større grad, og all vaksinasjon bidrar. Andre smitteverntiltak, sesongeffekter og kontaktmønsteret i samfunnet påvirker også.

Flokkimmunitet mot covid-19 i Norge?

Det er i praksis ikke mulig å regne ut en terskel for flokkimmunitet i Norge. Det skyldes særlig følgende forhold:

- Vi vet ikke hva det basale reproduksjonstallet R_0 for Delta-varianten er i den norske befolkningen og i alle deler av Norge i den aktuelle årstida. Vi kan heller ikke måle det ettersom en del av befolkningen er immun, og hygieneforhold og kontaktmønster i befolkningen er endret. Tallet er trolig ulikt for ulike landsdeler som følge av ulik befolkningstetthet og dermed ulike kontaktmønstre. Vi antar at R_0 for Delta-varianten av SARS-CoV-2 i Norge ligger et sted mellom 3 og 5. Eventuelle framtidige dominerende varianter vil ha høyere R_0 .
- Vi kan ikke eksakt tallfeste hvor godt vaksinasjon beskytter mot å bli smittet og kunne smitte videre.
- Vi vet ikke hvordan heterogenitet i kontaktmønstre i befolkningen og i vaksinasjonsdekning spiller inn på reproduksjonstallet.
- Vi vet ikke hvordan heterogenitet i smittsomhet innenfor aldersgrupper (særlig barn) og mellom aldersgrupper virker inn.

Gjennom modellering av epidemien kan vi forsøke å ta hensyn til slike faktorer og få et inntrykk av hvor mye befolkningsimmuniteten spiller inn for å holde epidemien under kontroll, og hva som eventuelt må til av andre tiltak i tillegg²³. Vi finner at utbredt vaksinasjon aleine neppe er nok til å unngå en mindre høst- eller vinterbølge.

En stor del av befolkningen, unge under 16 (eventuelt 12) år vil ikke på lenge og kanskje aldri få tilbud om vaksinasjon. Det betyr at det vil være ei stor uvaksinert gruppe i befolkningen. Høy

²³ <https://www.fhi.no/globalassets/national-regional-model-14.07.21.pdf>

vaksinasjonsdekning blant voksne vil bidra sterkt til indirekte beskyttelse av barna og dermed til hvor mange andre tiltak som blir nødvendig.

Konklusjon

Basert på denne drøftingen av konseptet flokkimmunitet og risikovurderingen om Delta-varianten, er vår vurdering av situasjonen i Norge:

- Det er lite fruktbart å angi noen terskel for flokkimmunitet; det er for stor usikkerhet. I stedet understreker vi at all vaksinasjon *bidrar* til å holde covid-19-epidemien under kontroll i Norge. Vaksinasjon vil forbli vårt viktigste middel til å holde epidemien under kontroll i samfunnet og det beste middelet for den enkelte for å unngå sykdom og smitte til andre.
- Vaksinasjon kan erstatte de fleste andre tiltak, men vil neppe aleine holde epidemien under kontroll når sesongeffekten svekkes utover høsten. De mest aktuelle tiltakene er at folk har lav terskel for å holde seg hjemme ved luftveissykdom og tester seg, og at folk praktiserer god håndhygiene og holder avstand.
- SARS-CoV-2 kan ikke utryddes i Norge eller i verden. Det langsiktige perspektivet er at viruset går over i en endemisk fase der vi kan oppleve mindre bølger om vinteren som følge av immunevasjon, sesongeffekt og immunsvekkelse over tid, ikke så ulikt mønsteret ved influensa.
- Personer som ikke er beskyttet etter gjennomgått infeksjon, vaksinasjon eller begge deler, vil alltid ha en betydelig større risiko enn de vaksinerte for å bli smittet. Denne risikoen er avhengig av utbredelsen av viruset i samfunnet.
- Hovedbegrunnelsen for koronavaksinasjon er fortsatt å oppnå direkte beskyttelse mot sykdom og særlig alvorlig sykdom. Strategisk målrettet vaksinasjon for å oppnå indirekte beskyttelse er særlig relevant i helsetjenesten og i husstander med personer som har høy risiko, men ikke kan vaksineres selv.

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