

# Bør covid-19 fortsatt klassifiseres som allmennfarlig smittsom sykdom

FOLKEHELSEINSTITUTTET 31.3.2023

## Innhold

1. Bakgrunn.....	2
2. Oppfyller covid-19 i dag kriteriene for allmennfarlig smittsom sykdom?.....	2
Allmennfarlig smittsom sykdom .....	2
Kriteriene i loven.....	3
Konkret vurdering .....	4
Konklusjon .....	13
3. Er det behov for de rettsvirkninger som følger av covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom? .....	13
Undersøkelsesplikt (§§ 3-5, 5-1 og 5-2).....	13
Gratis tjenester og tiltak (§§ 6-1 og 6-2) .....	14
Informasjon og smittevernveiledning (§§ 2-1 og 5-1).....	15
Smitteoppsporing (§§ 3-6 og 5-1) .....	15
Isolering og karantene (§ 4-3a).....	16
Tvangsisolering i sykehus (§§ 5-3 – 5-9).....	16
Kontaktreduserende tiltak (§ 4-1).....	16
Innreisebestemmelser (§ 4-3).....	16
Unntak fra taushetsplikt (§ 2-2).....	17
Melding, varsling og registre (§§ 2-2 og 4-10 og helseberedskapsloven § 2-4) .....	17
Konklusjon .....	18
4. WHO's vurdering av utbruddet som alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse («PHEIC»).....	18
5. Skandinavisk sammenlikning .....	19
6. Folkehelseinstituttets anbefaling.....	19
7. Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene .....	20

## 1. Bakgrunn

Etter at den nye sykdommen covid-19 var oppdaget og vist å være forårsaket av det nyoppdagete viruset SARS-CoV-2, klassifiserte Helse- og omsorgsdepartementet den 31. januar 2020 sykdommen som allmennfarlig smittsom sykdom. Pandemien ble senere klassifisert som et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom. Dette åpnet for at myndighetene kunne benytte en rekke virkemidler i smittevernloven.

Formålet med å klassifisere en sykdom som allmennfarlig smittsom sykdom må være de samme som for smittevernloven generelt, jf. § 1-1, nemlig å verne befolkningen mot sykdommen, sikre at myndighetene iverksetter nødvendige tiltak mot sykdommen og ivareta rettssikkerheten til dem som utsettes for tiltakene.

Gjennom januar og februar 2022 ble de fleste slike tiltak fjernet. Det er nå nesten ingen bestemmelser igjen som er knyttet til at covid-19 er allmennfarlig smittsom sykdom. Det er ikke lenger noen forsøk på å bremse pandemien i Norge med tiltak som krever hjemmel i lov eller forskrift. Vaksinasjon tilbys de mest utsatte for direkte å beskytte dem, ikke for å bremse epidemien.

Det er derfor på tide å vurdere om covid-19 fortsatt trenger å være klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom. **I dette notatet vurderer vi om covid-19 fortsatt kan og bør være allmennfarlig smittsom sykdom.** Vurderingen tar utgangspunkt i situasjonen nå og forventet utvikling videre.

Under arbeidet har vi konsultert de regionale helseforetakenes kompetansesentre for smittevern i helsetjenesten.

Vi vurderer først om covid-19 oppfylder lovens kriterier, jf. § 1-3, for å klassifiseres som allmennfarlig smittsom sykdom. Deretter vurderer vi hvilke rettslige konsekvenser en endring kan få. Vi konkluderer så til slutt.

## 2. Oppfylder covid-19 i dag kriteriene for allmennfarlig smittsom sykdom?

### Allmennfarlig smittsom sykdom

En rekke av pliktene, tiltakene og rettighetene som er hjemlet i smittevernloven, er knyttet til at den aktuelle sykdommen er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom. Det er et stort spenn i spredningspotensial og sykdomsalvorlighet blant sykdommene som i dag er klassifisert som allmennfarlig smittsomme sykdommer<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Per 31. mars er det følgende sykdommer: Alvorlig, akutt luftveissyndrom – sars; Apekopper, Botulisme; Chlamydiainfeksjon, genital; Covid-19 utløst av viruset SARS-CoV-2; Difteri; Flekktufus; Gonore; Gulfeber; Hemoragisk feber; Hepatitt A-virusinfeksjon; Hepatitt B-virusinfeksjon; Hepatitt C-virusinfeksjon; Hepatitt D-virusinfeksjon; Hepatitt E-virusinfeksjon; Hiv-infeksjon; Kikhoste; Kolera; Kopper; Legionellose; Lepra; Meningokokksykdom; Meslinger; Middle East Respiratory Syndrome – mers; Miltbrann; Paratyfoidfeber; Pest; Poliomyelitt; Rabies; Rubella; Shigellose; Syfilis; Tilbakefallsfeber; Tuberkulose; Tyfoidfeber; Sykdom forårsaket av meticillin-resistente gule stafylokokker; Sykdom forårsaket av multiresistente pneumokokker; Sykdom forårsaket av vancomycin-resistente enterokokker; Sykdom forårsaket av enteropatogen E. coli

## Kriteriene i loven

Etter smittevernloven § 1-4<sup>2</sup> bestemmer departementet hvilke sykdommer som skal klassifiseres som allmennfarlig smittsomme sykdommer. Etter lovens punkt 3 er slike sykdommer definert slik:

*3. allmennfarlig smittsom sykdom: en sykdom som er særlig smittsom, eller som kan opptre hyppig, eller har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader, og som*

- a. vanligvis fører til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens, eller*
- b. kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen, eller*
- c. utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den*

Sykdommene må altså etter § 1-3 oppfylle minst ett kriterium fra hvert av to sett med tre kriterier:

Sykdommen må oppfylle minst ett av disse kriteriene,	og	sykdommen må oppfylle minst ett av disse kriteriene
1. Sykdommen er særlig smittsom		A. Sykdommen fører vanligvis til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens
2. Sykdommen kan opptre hyppig		B. Sykdommen kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen
3. Sykdommen har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader		C. Sykdommen utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den

Kriteriene åpner for betydelig skjønn med begreper som «særlig», «høy», «stor» og «vanligvis». Ordet «kan» benyttes i både 2, 3 og B, men uten noen kvantifisering. Menes en teoretisk mulighet, eller menes bare en reell sannsynlighet? Ingen av begrepene over har noen kvantifisering i epidemiologisk forstand. Videre omhandler kriteriene i de to settene delvis de samme forhold, for eksempel kriterium 2 og B, og 3 og A. Også innenfor hvert sett er det overlapp, særlig mellom 1 og 2 og mellom A og C.

Det er videre uklart hva som menes med «særlig smittsom». Her gir forarbeidene til smittevernloven litt veiledning. I NOU 1990:2<sup>3</sup> heter det fra Helsedirektoratet (vår understreking):

«Sykdommen er særlig smittsom og kan derfor raskt få stor utbredelse i befolkningen – enten fordi den smitter lett fra person til person ved dråpesmitte, eller fordi mange personer kan

---

(enterohemoragisk E. coli/EHEC, enteroinvasiv E. coli/EIEC, enteropatogen E. coli/EPEC, enterotoksigen E. coli/ETEC, enteroaggregativ E. coli/EAggEC).

<sup>2</sup> I resten av dokumentet henviser alle paragrafer til smittevernloven der annet ikke er spesifisert.

<sup>3</sup> NOU 1990:2 On Lov om vern mot smittsomme sykdommer, kapittel 5.3.

bli smittet samtidig ved å bli infisert fra samme kilde f.eks. matvarer og drikkevann, noe som kan resultere i eksplosive utbrudd.»

En rekke sykdommer som i dag ikke er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, *kan* omfattes av definisjonen. For eksempel oppfyller forkjølelse med rhinovirus og RSV-infeksjon kriteriene 1, 2, og C mens influensa kan vurderes å oppfylle kriteriene 1, 2 og B. Loven skal derfor ikke tolkes slik at alle sykdommer som kan sies å oppfylle kriteriene, *må* klassifiseres som allmennfarlig smittsom sykdom.

I praksis avgjøres spørsmålet gjerne av om det er behov for noen av de rettsvirkningene som gjelder allmennfarlig smittsomme sykdommer. En slik tolkning er også forenlig med lovens forarbeider, jf. Helsedirektoratets omtale i NOU 1990:2 av allmennfarlige smittsomme sykdommer som sykdommer «som kan utgjøre en trussel mot folkehelsen og som krever særlige forholdsregler».

### Konkret vurdering

Vurderingen må bygge på hvordan sykdommen arter seg i Norge i dag. Situasjonen og kunnskapen om sykdommen er veldig annerledes nå enn i pandemiens begynnelse. De fleste har vært smittet minst én gang, og de fleste er vaksinert minst to ganger. Det er altså utbredt immunitet i befolkningen.

Vår vurdering etter kriteriene over er slik:

#### «Sykdommen er særlig smittsom.»

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

→ Vi vurderer at kriteriet er oppfylt.

#### «Sykdommen kan opptre hyppig.»

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

→ Vi vurderer at kriteriet er oppfylt.

#### «Sykdommen har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader.»

Alvorlige eller varige skader av covid-19 forekommer nå i betydelig mindre grad enn før vaksinasjon og før omikronvarianten smittet nesten hele befolkningen. Infeksjon med SARS-CoV-2 er nå i større grad en øvre luftveisinfeksjon.

I mars 2020 forårsaket SARS-CoV-2 i alvorlige tilfeller et nytt klinisk syndrom der pasienter i første uken ble syke med hoste, kroppssverk og feber, men så i andre uken progredierte til en kraftig inflammasjon som hovedsakelig involverte lungene og forårsaket en progressiv lungesvikt. Den

kraftige inflammasjonen var karakterisert av forhøyde inflammasjonsmarkører, lavere lymfocytter, en utbredd bilateral lungeinflammasjon, behov av høye mengder oksygen og en høy risiko for tromboser<sup>4</sup>.

I mars 2023 blir svært få hospitaliserte av en SARS-CoV-2-infeksjon. De som får covid-19 nå, utvikler et betydelig mildere klinisk sykdomsbilde, der inflammasjonen er betydelig mildere, lungeforandringene betydelig mindre og oksygenbehovet mye lavere. Covid-19 som sykdom ligner i dag i stor grad andre virusinfeksjoner, og gjennomsnittlige liggetidene på sykehus for personer hospitaliserte grunnet covid-19 er i dag halvert sammenlignet med tidligere under pandemien<sup>5</sup>.

Vi har forsøkt å beregne risikoen per aldersgruppe for akutt, alvorlig utfall etter smitte med SARS-CoV-2 etter at omikron ble enerådende virusvariant, altså fra 1. januar 2022 (og til 28. februar 2023, en fjortenmåneders periode). Vi har god oversikt over antall personer som i denne perioden har blitt lagt inn i sykehus eller intensivavdeling eller som har dødd av covid-19. Det er mer problematisk med nevneren, altså hvor mange smittede som ligger bak disse alvorlige utfallene. Vi har antatt at et sted mellom 70 og 90 prosent av befolkningen ble smittet av SARS-CoV-2 for første gang i denne perioden. Andelen er antakelig i den høyere delen av dette intervallet for de unge og lavest blant de eldre. Anslaget bygger på data fra Symptometer og flere kohorter ved FHI. Det er en del usikkerhet ved beregningene.

Beregningene viser at infeksjonsletaliteten i denne perioden var omtrent 8 til 10 per 10 000 smittede (altså opp til én promille), men med betydelig aldersgradient. Blant personer over 80 år var infeksjonsletaliteten et sted mellom 1,2 og 1,6 prosent, og blant 70-79-åringene mellom 0,20 og 0,26 prosent. Ni av ti dødsfall forekom hos personer over 70 år og 97 prosent hos personer over 60 år. Blant middelaldrende (40-59 år) var infeksjonsletaliteten et sted mellom 7 og 9 av 100 000. Blant barn under 20 år var infeksjonsletaliteten et sted mellom 5 og 7 av 1 000 000. Til sammenlikning er infeksjonsletaliteten ved sesonginfluensa i den norske befolkning om lag 10 per 10 000 (én promille).

Risikoen for at smittede skal komme på intensivbehandling, var et sted mellom 2 og 3 av 10 000; igjen med tydelig aldersgradient: rundt 1 av 1000 for 70-79-åringene, rundt 1 av 2000 for 60-69-åringene og rundt 1 av 8 000 for 40-59-åringene. Ni prosent av sykehusinnlagte trengte innleggelse på intensivavdeling.

Den utbredte immuniteten i befolkningen bidrar til at SARS-CoV-2-infeksjon nå er en mindre alvorlig sykdom. Det er rimelig å regne med at risikoanslagene over vil bli enda lavere når folk smittes for andre, tredje og senere ganger.

---

<sup>4</sup> Se blant annet: Park C et al. Inflammatory biomarkers differ among hospitalized veterans infected with Alpha, Delta, and Omicron SARS-CoV-2 variants. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20: 2987. Iqbal S et al. Clinical and biochemical characteristics of COVID-19 patients during the Delta-Omicron wave with risk assessment of adverse outcomes. *J Coll Physicians Surg Pak* 2023; 33: 297-302. Wang C et al. Clinical and immune response characteristics among vaccinated persons infected with SARS-CoV-2 delta variant: a retrospective study. *J Zhejiang Univ Sci B* 2022; 23: 899-914. Crombé A et al. Impact of vaccination and the Omicron variant on COVID-19-related chest CT findings: A multicenter study *Radiology* 2023; 222730.

<sup>5</sup> Se blant annet: Whittaker R et al. Length of hospital stay and risk of intensive care admission and in-hospital death among COVID-19 patients in Norway: a register-based cohort study comparing patients fully vaccinated with an mRNA vaccine to unvaccinated patients. *Clin Microbiol Infect* 2022; 28: 871-8. Stålcrantz J et al. Milder disease trajectory among COVID-19 patients hospitalised with the SARS-CoV-2 Omicron variant compared with the Delta variant in Norway. *Scand J Public Health* 2022; 50: 676-82.

Immunitet mot SARS-CoV-2 er kompleks og består av mange ulike komponenter av immunforsvaret. Både vaksine og infeksjonsmediert immunitet gir noe beskyttelse mot smitte for en periode, men denne beskyttelsen synker med tid.

Nøytraliserende antistoffer, som virker gjennom å binde en spesifikk del av viruset og nøytralisere det, er den viktigste komponenten for å forhindre smitte. Antistoffnivåene er som høyest omtrent en uke etter en eksponering (vaksine eller infeksjon), men synker deretter med tiden. Det produseres likevel fortsatt noen antistoffer kontinuerlig i plasmaceller i benmargen, men etter en tid vil nivåene blir redusert til under et nivå som beskytter mot infeksjon.

Beskyttelsen mot alvorlig sykdom ser derimot som regel ut å vedvare over lang tid. Dette skyldes at immunforsvarets viktigste komponent for beskyttelse mot alvorlig sykdom består av en mer langvarig hukommelsesrespons som består av T-celler og hukommelses B-celler. Denne delen av immunresponsen er langlivet og potent, men det er en variasjon i lengde. Eldre personer og mennesker med nedsatt immunforsvar har en kvalitativt og kvantitativt svakere hukommelsesrespons, og i disse grupper er derfor antistoffnivåene særlig viktige for å oppnå en beskyttelse, noe som er bakgrunnen for vaksinasjonsanbefalingene om oppfriskningsdoser.

Typen av immunitet spiller også en viktig rolle. Vaksinasjon gir som regel en høyere stimulering av antistoffproduksjon, grunnet en høy antigendose, mens antistoffnivåene etter infeksjon er mer variabelt på individnivå. Infeksjon gir samtidig en bredere immunrespons, rettet mot alle deler av viruset, og gir samtidig en immunrespons (både celledmediert og antistoffmediert) i slimhinnene, noe som er viktig for å redusere virus ved infeksjon.

Hvilken virusvariant man har blitt infisert med spiller sannsynligvis en rolle i graden av beskyttelse mot nye virusvarianter. De sirkulerende virusvariantene i dag deler likheter eller er undervarianter av de opprinnelige omikronvariantene BA.1/BA.2, som dominerte i Norge under den store vinterbølgen i 2022. I en dansk registerstudie, fant man svært høy beskyttelse mot alvorlig sykdom ved infeksjon med BA.2 (91,2 %) eller BA.5 (96,4 %) dersom man hadde tidligere gjennomgått infeksjon med en omikronvariant<sup>6</sup>. Lignende funn er vist i publisert systematisk gjennomgang av 65 studier, der man fant at tidligere gjennomgått infeksjon gav en høy beskyttelse mot alvorlig sykdom (90 %) som ser ut å vedvare over lengre tid<sup>7</sup>.

Kombinasjonen vaksineindusert og infeksjonsindusert immunitet, ofte kallet hybrid immunitet, ser ut å gi den bredeste og beste immunresponsen. I en nylig publisert WHO-sponset systematisk gjennomgang, fant man at hybrid immunitet, både ved primærvaksinasjon og ved oppfriskningsvaksinasjon, gav en svært høy beskyttelse (>95 %) mot sykehusinnleggelse og død, og ser ut å vedvare over tid<sup>8</sup>.

Det er en del metodologiske utfordringer med dagens studier. Siden de aller fleste har blitt smittet, ofte udiagnostisert, vil kontrollgrupper med «uvaksinerte» være vanskelige å sikre, slik at både

---

<sup>6</sup> Hansen CH et al. Risk of reinfection, vaccine protection, and severity of infection with the BA.5 omicron subvariant: a nation-wide population-based study in Denmark. *Lancet Infect Dis* 2023; 23: 167-76.

<sup>7</sup> COVID-19 Forecasting Team. Past SARS-CoV-2 infection protection against re-infection: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2023; 401: 833-42.

<sup>8</sup> Bobrovitz N et al Protective effectiveness of previous SARS-CoV-2 infection and hybrid immunity against the omicron variant and severe disease: a systematic review and meta-regression. *Lancet Infect Dis* 2023; S1473-3099: 1-5.

beskyttelse fra tidligere infeksjon, vaksinasjon eller begge deler i noen grad sannsynligvis blir underestimert. Dette kan også ses i epidemiologisk data, der mange studier savner estimat for beskyttelse mot alvorlig sykdom, grunnet generelt for få tilfeller av alvorlig sykdom. Vi bør derfor sannsynligvis regne med noe høyere beskyttelse mot alvorlig sykdom, enn det som ses i mange studier<sup>9</sup>.

→ Vi vurderer at kriteriet kanskje er oppfylt.

**«Sykdommen fører vanligvis til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens.»**

I omikronperiodens første fjorten måneder, trengte om lag 3 av 1000 smittede sykehusinnleggelse. Det er altså svært uvanlig at SARS-CoV-2-infeksjon gir sykehusinnleggelse eller behov for langvarig behandling. Også langvarig sykefravær er uvanlig.

Pasienter som gjennomgår infeksjon med SARS-CoV-2 kan oppleve seinfølger etter at den akutte infeksjonen er over. Slike postvirale plager er kjent også fra andre infeksjoner, og det er derfor ikke overraskende at en del personer opplever langvarige plager etter covid-19.

For de fleste er covid-19 en mild sykdom som går over, men noen får plager som varer utover den akutte fasen. Personer som har symptomer som går ut over funksjon i dagliglivet som har vart i minst to måneder, får diagnosen «seinfølger etter covid-19». Diagnosen blir vanligvis stilt tre måneder etter at pasienten har gått igjennom sykdommen.

Fra før vet vi at pasienter som blir behandlet for alvorlig lungesvikt på intensivavdeling (uavhengig av grunn) kan slite med langvarige plager etter at de er skrevet ut fra sykehuset. Tap av lukt og smak i en periode etter covid-19 er et godt beskrevet fenomen med en forklart mekanisme og god prognose.

Covid-19 kan gi generelle symptomer og symptomer fra de fleste organer. Det samme gjelder seinfølger etter covid-19. De vanligst rapporterte symptomene 6-12 måneder etter at du har gjennomgått covid-19 er: utmattelse/trøtthet, nedsatt evne til å tenke og konsentrere seg (såkalt «hjernetåke»), nedsatt hukommelse, tung pust, hoste, muskelsmerter, hodepine, svimmelhet, angst og depresjon.

De fleste studier viser at det er større risiko for å oppleve slike symptomer blant dem som var smittet av covid-19, sammenliknet med dem som ikke var smittet. Forskjellen på symptomer mellom smittede og ikke smittede blir mindre ettersom tiden går, men det er fortsatt usikkert hvor lenge symptomene varer blant dem som opplever seinfølger etter covid-19.

De som har økt risiko for seinfølger av covid-19 6-12 måneder etter gjennomgått sykdom, ser ut til å være personer som har hatt mer alvorlig forløp av covid-19, og som har hatt behov for sykehusinnleggelse og intensivbehandling, personer med flere symptomer ved diagnosetidspunktet og som har underliggende sykdommer, middelaldrende personer og kvinner.

---

<sup>9</sup> Tan CY et al. Protective immunity of SARS-CoV-2 infection and vaccines against medically attended symptomatic omicron BA.4, BA.5, and XBB reinfections in Singapore: a national cohort study. *Lancet Infect Dis* 2023; S1473-3099: 60-9. Chemaitelly H et al. Protection against Reinfection with the Omicron BA.2.75 Subvariant. *N Engl J Med* 2023; 388: 665-7.

Det er utfordrende å studere forekomst av seinfølger etter covid-19 fordi mange av plagene er slike som forekommer hyppig ellers også, og andre hendelser under pandemien kan ha ført til ulike plager. Derfor er det avgjørende med kontrollgrupper. Mange av studiene av forekomsten av seinfølger etter covid-19 mangler kontrollgruppe, og det gjør at det er vanskelig å vite om symptomene deltakerne rapporterer skyldes covid-19 eller ikke. Det er veldig stor forskjell på hvor ofte de ulike symptomene blir rapportert. Forskjellene kan skyldes at studiene har brukt ulike definisjoner og metoder for å kartlegge symptomene, og at studiene har ulik kvalitet. De færreste studiene har undersøkt hvor alvorlige symptomene er. Da er det vanskelig å vurdere om de rapporterte symptomer går ut over livskvalitet og daglig funksjon.

Fortsatt er de fleste studiene fra den første fasen av pandemien. Det har likevel kommet noen nyere studier som har undersøkt seinfølger av covid-19. Studiene har sammenliknet vaksinerte med ikke vaksinerte, og de som er vaksinerte ser ut til å ha mindre seinfølger enn de som ikke er vaksinerte. Studiene har også sammenliknet dem som har vært smittet av omikron med dem som har vært smittet med andre virus-varianter. Omikron-smittede ser ut til å ha mindre risiko for seinfølger, sammenliknet med dem som har vært smittet med tidligere virusvarianter.

FHIs seneste systematiske oversikt ble publisert i desember 2022<sup>10</sup> og omfatter i hovedsak studier av personer smittet før omikronvarianten ble dominerende. Vi inkluderte kontrollerte studier med minst seks måneders oppfølging som omfattet mer enn 500 deltakere med hovedsakelig laboratoriebekreftet covid-19. Vi fant 19. september 2022 ti retrospektive og fire prospektive kohortstudier. Pasientene ble i hovedsak rekruttert i 2020, tre studier fortsatte inn i 2021, og én studie inn i 2022. Oppfølging ble utført ved klinikker, gjennom spørreundersøkelse, eller ved å innhente registerdata. Syv studier inkluderte både pasienter som hadde vært innlagt på sykehus og deltakere som ikke hadde vært innlagt, syv inkluderte kun pasienter som hadde vært innlagt.

To studier undersøkte selvrapporterte langvarige symptomer. En dansk kohortstudie fant atten symptomer som ble hyppigere rapportert av pasienter som hadde gjennomgått covid-19 (hovedsakelig ikke-innlagte) enn blant negative kontroller etter 6 til 12 måneder, herunder redusert smak og luktesans, tretthet og dyspné. Risikoforskjellene så ut til å avta over tid. En kinesisk kohortstudie fant at pasienter som hadde vært innlagt på grunn av covid-19 rapporterte flere langvarige symptomer ved 2-års oppfølging enn deres ektefeller (ikke-covid-19-kontroller). De som hadde hatt covid-19 rapporterte dårligere helserelatert livskvalitet enn kontrollene, men også forbedringer over tid i en rekke symptomer, som depresjon, angst og dyspné.

To britiske retrospektive kohortstudier og en kinesisk prospektiv kohortstudie sammenlignet langvarige symptomer og nyoppstått sykdom hos innlagte covid-19 og ikke-innlagte, ikke-covid-19-kontroller etter cirka ett år. Studiene fant at covid-19-gruppen hadde høyere risiko for nevrologiske og kognitive svekkelser, inkludert depresjon, angst og bipolare lidelser.

Åtte retrospektive kohortstudier sammenlignet langvarige symptomer eller nyoppstått sykdom etter covid-19 med det tilsvarende etter andre luftveisinfeksjoner (LVI). Alle studiene brukte registrerte diagnosekoder for å hente ut informasjon om oppfølging. Én studie brukte kun diagnosekoder knyttet til gjeninnleggelse på sykehus. I alt ble 55 mulig nyoppståtte diagnoser rapportert i de inkluderte studiene, hvorav to var mer enn dobbelt så sannsynlig etter covid-19 sammenliknet med

---

<sup>10</sup> Senfølger etter covid-19 og nyoppstått sykdom etter covid-19: hurtigoversikt.

<https://www.fhi.no/publ/2022/senfolger-etter-covid-19-og-nyoppstatt-sykdom-etter-covid-19/>



etter andre LVI, og fem sykdommer var mindre enn halvparten så sannsynlig blant pasienter med covid-19. Mulige neurologiske tilstander var vanligere etter covid-19 enn etter andre LVI. Informasjon om psykiske lidelser pekte i ulike retninger uten tydelige forskjeller mellom grupper, mens respiratoriske tilstander så ut til å være litt mindre vanlig hos covid-19-pasienter. Kardiovaskulære diagnosekoder viste ingen klare gruppeforskjeller. To studier viste at muskel- og skjelettplager var mindre vanlig etter covid-19. Det ser ikke ut til at oppfølgingstiden opptil to år endret resultatene for sammenligningen mellom covid-19 og andre LVI.

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

Etter denne oversikten er det kommet en stor kohortstudie fra Israel der man har benyttet journalene i et helsesystem til å følge medlemmer i ett år etter positiv SARS-CoV-2-test (en gang mellom mars 2020 og oktober 2021) og sammenliknet med matchede medlemmer uten positiv test<sup>11</sup>. Forskerne fant at de uvaksinerte smittede hadde flere helsetjenestekontakter med noen diagnoser enn det de uvaksinerte usmittede hadde, men at de absolutte tallene var små og sank over tid. Helsetjenestekontakt for svekket hukommelse og konsentrasjon en gang i perioden 180-360 etterpå skjedde hos 33 av 10 000 smittede (altså 0,33 prosent) og 20 av 10 000 usmittede. For hodepine var tilsvarende andeler 247 av 10 000 smittede og 256 usmittede. For muskelsmerter var andelene 1200 av 10 000 smittede og 1184 av 10 000 usmittede. Det var få symptomer som forekom hyppigere hos dem som hadde vært smittet.

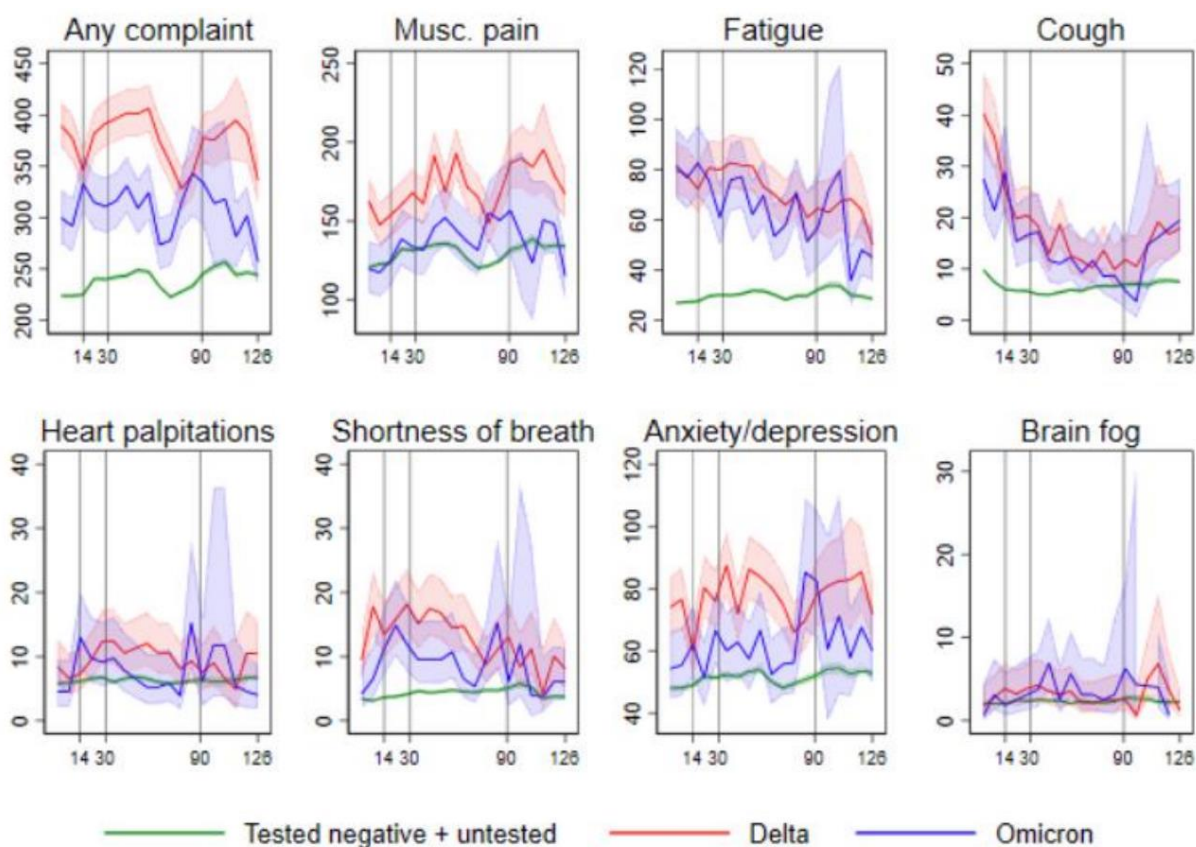
Ved FHI studerte vi alle som hadde minst én PCR-test i Norge mellom 8. og 31. desember 2021<sup>12</sup>. I denne perioden overtok omikron for delta. Personer med positiv test, men ukjent variant ble ekskludert. Man undersøkte så forekomst av legekontakter for visse diagnosekoder gjennom KUHR-data i omtrent fire måneder etterpå. Figuren nedenfor viser antall per 10 000 i de tre gruppene som uke for uke hadde legekontakt for visse symptomer. Det er verdt å merke seg fire forhold: antallet legekonsultasjoner er veldig lavt, antallet for noen av symptomer er høyere blant smittede, og det er små forskjeller mellom delta- og omikron-smittede.

For eksempel: For symptomet utmattelse «fatigue» hadde om lag 70 av 10 000 (altså 0,7 prosent) smittede mot 25 av 10 000 usmittede en legekontakt rundt fire uker etter infeksjonen, men andelen var redusert til rundt 45 av 10 000 av de smittede fire måneder etter infeksjonen.

---

<sup>11</sup> Mizrahi B et al. Long covid outcomes at one year after mild SARS-CoV-2 infection: nationwide cohort study. *BMJ* 2023; 380: e072529.

<sup>12</sup> Magnusson K et al. Post-covid medical complaints following infection with SARS-CoV-2 Omicron vs Delta variants. *Nature Comm* 2022; 13: 7363.



Dersom SARS-CoV-2-infeksjon hadde forårsaket langvarige og alvorlige symptomer hos en stor andel av smittede, ville vi forventet en betydelig økning i sykemeldinger i Norge etter at store deler av befolkningen ble smittet første gang i løpet av 2022. Data fra SSB for fjerde kvartal 2022 viser at antall sykemeldte har holdt seg stabilt i forhold til fjerde kvartal 2021. Slike data må tolkes med forsiktighet og sier ikke noe definitivt om belastningen av seinfølger etter covid-19, men taler mot en sterk økning i langvarig sykefravær forårsaket av SARS-CoV-2-infeksjon.

Det er nå svært få igjen i Norge som ikke har vært smittet. Det betyr at infeksjoner de kommende årene vil være blant folk som har vært smittet (og sannsynligvis vaksinert) før. De seneste data fra UK<sup>13</sup> antyder at risikoen for seinfølger er lavere etter reinfeksjoner enn etter første infeksjon. Deltakerne i en prevalensundersøkelse for infeksjon mellom november 2021 og oktober 2022 ble 12-20 uker etter en positiv SARS-CoV-2-test spurt om mer enn fire uker etter covid-19 fortsatt opplevde symptomer som ikke hadde noen annen forklaring. Fire prosent av voksne og 1 prosent av barn (2-15 år) svarte ja etter første infeksjon mot henholdsvis 2,4 og 0,6 prosent etter andre infeksjon. For plager som forstyrret daglige aktiviteter var andelen for voksne 2,8 prosent og 1,6 prosent og for barn 0,6 prosent og 0,4 prosent.

13

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/newonsetselfreportedlongcovidaftercoronaviruscovid19reinfectionintheuk/23february2023>

Etter at nesten hele befolkningen i Norge har vært smittet med SARS-CoV-2, de fleste med omikronvarianten og etter vaksinasjon, ser det ut til at seinfølger som er så alvorlige at de fører til legekonsultasjoner, er uvanlig, men kan være plagsomt for dem som rammes. Også akutt sykdom er gjennomgående mindre alvorlig nå.

→ Vi vurderer at kriteriet ikke er oppfylt.

### **«Sykdommen kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen.»**

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

Endringer i SARS-CoV-2 drives nå i all hovedsak av et evolusjonspress for å unnsnippe immunitet mot infeksjon. Denne formen for immunitet er til en stor grad opprettholdt av antistoffer mot spikeproteinet, og da særlig mot visse områder av dette proteinet (reseptorbindende område) og det er her vi i hovedsak ser betydningsfulle endringer i viruset. Det siste året har dette resultert i stadig nye undervarianter av omikron som har økt evne til å smitte mennesker som har immunitet mot tidligere varianter etter vaksinasjon, infeksjon eller begge deler. Det er sannsynlig at denne utviklingen fortsetter slik vi ser hos andre luftveisvirus.

Beskyttelse mot alvorlig sykdom og død kan derimot opprettholdes av andre deler av immunforsvaret som kan angripe viruset på en rekke ulike måter. Det foregår ikke det samme presset på viruset for å unnsnippe disse deler av immunforsvaret siden de i liten grad påvirker virusets spredningsevne. I tillegg har disse delene av immunforsvaret så mange ulike angrepspunkter mot viruset at det er svært vanskelig for viruset å unnsnippe disse gjennom sine forandringer. Det anses derfor svært lite sannsynlig at det vil oppstå nye varianter nå med betydelig økt dødelighet. Tvert imot anses det sannsynlig at vi får en videre gradvis reduksjon i alvorlighetsgrad av viruset i befolkningen frem til det stabiliserer seg i likhet med andre endemiske virus, inkludert andre koronavirus. Når dette skjer, og hvor stor alvorlighetsgrad vil bli, er vanskelig å spå, men SARS-CoV-2 vil nok i noen år framover fortsatt være en viss trussel for de eldste og skrøpeligste.

Tall fra Norge og resten av verden støtter disse antakelsene om at nye undervarianter av omikron nå har liten eller ingen endring i sykkelighet eller dødelighet sammenlignet med forutgående variant, men er mer smittsomme i den gitte befolkningen på det aktuelle tidspunkt.

Covid-19 ga sammen med influensa og RSV-infeksjon en betydelig belastning på sykehusene i desember 2022 og januar 2023. Samlet sett var det flere innleggelse for covid-19 enn influensa (som ikke er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom), men det var kombinasjonen, ikke covid-19 alene, som skapte utfordringer i noen sykehus.

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

→ Vi vurderer at kriteriet neppe er oppfylt.

**«Sykdommen utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den.»**

Det finnes nå vaksiner som i noe grad beskytter mot å bli smittet av SARS-CoV-2 iallfall en periode og beskytter i betydelig grad mot å bli alvorlig syk av covid-19. Det finnes også legemidler som sannsynligvis beskytter ganske godt mot alvorlig forløp av en infeksjon.

Befolkningen har god grunnimmunitet mot COVID-19 på grunn av høy vaksinasjonsdekning og fordi mange i tillegg også har gjennomgått sykdom. Beskyttelsen mot alvorlig COVID-19 avtar imidlertid noe over tid, spesielt i de eldste aldersgruppene. Dette, sammen med nye varianter som i mer eller mindre grad unnslipper tidligere ervervet immunitet, gjør at det trolig blir behov for ytterligere oppfriskningsdoser til de mest utsatte gruppene. Behovet for videre vaksinasjon og omfanget av vaksinasjon avhenger blant annet av hvordan viruset utvikler seg videre, og hvor lenge immunitet opparbeidet gjennom vaksinasjon og tidligere gjennomgått infeksjon vedvarer i ulike grupper av befolkningen.

Det er vanskelig å anslå hvordan epidemien vil forløpe etter sommeren 2023, men Folkehelseinstituttet har beskrevet følgende scenarier for høst- og vintersesongen 2023-24.

Alternativ 1: Ny oppfriskningsdose til aldergruppen 65 år og eldre, risikogrupper under 65 år og evt. helsepersonell. Dersom sirkulerende virusvarianter ikke gir vesentlig mer alvorlig sykdom og smitteevnen er omtrent som for virusvarianter som sirkulerer nå (omikron), vil nye oppfriskningsdoser høsten 2023 kunne begrenses til personer fra 65 år samt yngre risikogrupper. En ny oppfriskningsdose til helsepersonell kan også bli aktuelt. Dette er nå det mest sannsynlige scenarioet.

Alternativ 2: Ny oppfriskningsdose til aldergruppen 45 år og eldre, risikogrupper under 45 år og evt. helsepersonell. Hvis nye virusvarianter gir noe mer alvorlig sykdom eller smitter lettere enn tidligere virusvarianter og har større evne til å unnslipe ervervet immunitet, kan det bli nødvendig å vaksinere fra aldergruppen 45 år og eldre blant personer uten underliggende risiko for alvorlig sykdom. I en slik situasjon kan vaksinasjon av helsepersonell også bli nødvendig for å opprettholde kapasiteten i helsetjenesten. Dette er et lite sannsynlig scenario.

Alternativ 3: Ny oppfriskningsdose til hele den voksne delen av befolkningen, og risikogrupper under 18 år. Anbefaling om vaksinasjon av hele befolkningen vil kun være aktuelt dersom en ny virusvariant med høy spredningsevne pga. immunevasjon, slik at mange smittes og befolkningens grunnimmunitet mot alvorlig sykdom er betydelig svekket. Dette er et svært lite sannsynlig scenario.

→ Vi vurderer at kriteriet ikke er oppfylt.

## Konklusjon

Vi har dermed følgende situasjon der grønt markerer at kriterier er oppfylt, gult at det kanskje er oppfylt og rødt at det ikke er oppfylt:

Sykdommen må oppfylle minst ett av disse kriteriene,	og	sykdommen må oppfylle minst ett av disse kriteriene
1. Sykdommen er særlig smittsom		A. Sykdommen fører vanligvis til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens
2. Sykdommen kan opptre hyppig		B. Sykdommen kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen
3. Sykdommen har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader		C. Sykdommen utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den

**Konklusjon: Vi vurderer at covid-19 neppe oppfyller smittevernlovens kriterier for å klassifiseres som en allmennfarlig smittsom sykdom.**

### 3. Er det behov for de rettsvirkninger som følger av covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom?

Når en sykdom er definert som allmennfarlig smittsom sykdom, gjelder en del bestemmelser i smittevernloven for pasienten, legen og smittevernet. Disse bestemmelsene skal gi samfunnet bedre virkemidler for å bekjempe en sykdom. Vurderingen av om covid-19 skal defineres slik (dersom kriteriene regnes som oppfylt, jf. kapittel 2) avhenger derfor av om det er tjenlig og nødvendig for smittevernet.

Siden februar 2022 har vi ikke landet hatt noen politikk for eller spesifikke tiltak for å bremse pandemien. Vaksinasjon har vært tilbudt, men med formål å beskytte den enkelte, ikke bremse pandemien. Befolkningen har fått råd om å holde seg hjemme ved nyoppståtte luftveissymptomer. Vi vurderer derfor at det overordnet ikke er nødvendig for smittevernet at covid-19 er en allmennfarlig smittsom sykdom. Det kan også for noen forhold være uheldig og dermed lite tjenlig, som utdypet nedenfor.

Vi nevner her de viktigste av disse bestemmelsene og vurderer deres betydning for smittevernet mot covid-19.

#### Undersøkelsesplikt (§§ 3-5, 5-1 og 5-2)

**Gjeldende rett:** Den som har grunn til å anta seg smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, plikter å gi beskjed til lege og oppsøke lege for undersøkelse, jf. § 5-1. Det er ingen straff forbundet med å bryte plikten, jf. § 8-1.

Dersom legen mistenker at pasienten har en slik sykdom, plikter legen å undersøke pasienten for denne sykdommen, med pasientens samtykke, jf. § 3-5 første ledd. En slik undersøkelse kan gjøres ved tvang dersom det er nødvendig for å hindre videre smitte, jf. § 5-2.

Formålet med disse bestemmelsene er å finne de smittede slik at de kan få smittevernveiledning slik at videre smitte fra dem begrenses.

**Vurdering:** Vi har ikke lenger noen strategi for å finne flest mulig av de SARS-CoV-2-smittede. I stedet har vi et generelt råd til personer med nyoppståtte luftveisinfeksjoner om å holde seg hjemme. De som måtte ønske testing, kan teste seg selv eller oppsøke lege. Tvungen undersøkelse er helt uaktuelt.

Den gjeldende plikten kan være uheldig ved at den kan føre til helt unødvendige legebesøk for svært milde symptomer. Slike legebesøk får ingen betydning for behandling eller smittevern, men kan føre til sløsing med legeressurser. Det er uheldig å pålegge befolkning og leger en plikt til å gjøre noe som vi egentlig ikke ønsker at de skal gjøre.

**Konklusjon:** Det er en fordel om covid-19 ikke lenger er allmennfarlig smittsom sykdom.

### Gratis tjenester og tiltak (§§ 6-1 og 6-2)

**Gjeldende rett:** Retten til smittevernhjelp gjelder uavhengig av sykdom, jf. § 6-1 første ledd, men de etterfølgende leddene utdyper retten.

Etter § 6-1 har de som er i fare for å bli smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom, rett til nødvendig smittevernhjelp i form av vaksinasjon, informasjon og annen nødvendig forebyggende hjelp mens smittede har rett til nødvendig smittevernhjelp, herunder medisinsk vurdering og utredning (diagnostikk), behandling og pleie. § 6-2 gir hjemmel for forskrift om at noen av denne hjelpen skal være gratis.

Blåreseptforskriften § 4 slår fast at legemidler til forebygging eller behandling av allmennfarlig smittsomme sykdommer kan gis på blå resept uten egenandel for pasienten. Paxlovid forskrives på blå resept nå. Legemidlene leveres gratis til grossistene fra Helsedirektoratets nasjonale lager, og apotekene utleverer til pasientene. Både grossistene og apotekene kompenseres av staten for arbeidet.

Vaksinasjon mot covid-19 gis i Koronavaksinasjonsprogrammet med hjemmel i Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram og etter retningslinjer fra Folkehelseinstituttet. Dette er ikke omtalt i blåreseptforskriften.

Legehjelpsforskriften § 3 punkt 7 slår fast at pasienten slipper egenandel hos lege dersom konsultasjonen er for mistanke om, undersøkelse/testing for, behandling for, kontroll for eller smitteoppsporing ved allmennfarlig smittsomme sykdommer.

**Vurdering:** Tidlig behandling med legemidlet Paxlovid kan trolig redusere risikoen for alvorlig forløp av SARS-CoV-2-infeksjon hos særlig utsatte personer. Slik behandling kan være nyttig for pasienten, men vil ikke ha noen effekt på smittespredning. Vi mener slik behandling fortsatt bør være gratis eller svært billig for pasienten. Staten har kjøpt inn et antall behandlingskurer for å kunne gi behandlingen gratis.

Dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, kan man likevel videreføre dagens ordning ved å sette inn følgende endring i blåreseptforskriften § 4 punkt 1:

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

Et annet alternativ er at dagens logistikk opprettholdes, men at Paxlovid forskrives på hvit resept, og pasientene betaler de om lag 200 kronene som dekker apotekets arbeid. Ulempen ved dette er at man da ikke kan begrense salget til pasienter som er anbefalt Paxlovid etter Helsedirektoratets retningslinjer. Her trengs en oppfinnsom løsning.

Endring i klassifiseringen av covid-19 vil ikke automatisk få noen konsekvenser for Koronavaksinasjonsprogrammet. Staten kan fortsatt velge å gi kommunene gratis vaksiner for bruk i programmet. Staten kan fortsatt velge å kompensere kommunene for utgifter til vaksiner.

Det bør nå være greit at pasienter må betale egenandel hos lege på vanlig måte ved covid-19. Vi har ikke noen strategi for å oppfordre til legeundersøkelse, testing, kontroll eller smitteoppsporing. Man kan frykte at noen leger nå vil la alle pasienter med luftveissymptomer slippe egenandel ved at legen mistenker at de har covid-19. Dette kan føre til unødvendige utgifter for Folketrygda.

**Konklusjon:** Det er en fordel om covid-19 ikke lenger er allmennfarlig smittsom sykdom. Paxlovid kan gis tilnærmet gratis fra statens lager uavhengig av om covid-19 er allmennfarlig smittsom sykdom.

### Informasjon og smittevernveiledning (§§ 2-1 og 5-1)

**Gjeldende rett:** Når det påvises en allmennfarlig smittsom sykdom, skal legen snarest mulig gi pasienten informasjon og personlig smittevernveiledning om hva den smittede selv kan gjøre for å motvirke at sykdommen blir overført til andre, jf. § 2-1 første ledd. Dersom legen antar at pasienten ikke følger veiledningen, skal legen underrette kommunelegen «hvis hensynet til smittevernet krever det», jf. § 2-1 fjerde ledd.

Pasienten har plikt til å ta imot og følge veiledningen, jf. § 5-1 tredje ledd, men det er ikke straffbart å bryte plikten, jf. § 8-1 første ledd.

**Vurdering:** Det er normalt ved smittsomme sykdommer, uansett om de er definert som allmennfarlige eller ikke, at legen gir pasienten personlig smittevernveiledning. Pasienter som konsulterer legen for covid-19, vil kunne få smittevernveiledning. Folkehelseinstituttet gir smittevernråd til befolkningen. Dette er tilstrekkelig i dagens situasjon.

**Konklusjon:** Covid-19 trenger ikke lenger være klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom.

### Smitteoppsporing (§§ 3-6 og 5-1)

**Gjeldende rett:** Dersom legen vet eller mistenker at pasienten har en allmennfarlig smittsom sykdom, plikter legen å foreta smitteoppsporing «dersom dette er gjennomførbart og hensynet til smittevernet krever det», jf. § 3-6 første ledd.

Pasienten har på sin side plikt til å gi legen navn på dem som kan ha smittet pasienten, og dem som pasienten kan ha smittet, jf. § 5-1 andre ledd. Det er ingen straff forbundet med å bryte plikten, jf. § 8-1.

**Vurdering:** Smitteoppsporing benyttes ikke lenger som et tiltak mot covid-19. Dersom legen eller pasienten likevel i noen tilfeller ønsker å gjøre det, kan det gjøres med pasientens samarbeid uten at det er en plikt. (Om indekspasienten har plikt til å bidra eller ikke, har neppe stor betydning; man er uansett avhengig av at indekspasienten ønsker å samarbeide.)

**Konklusjon:** Covid-19 trenger ikke lenger være klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom.

### Isolering og karantene (§ 4-3a)

**Gjeldende rett:** Kongen kan gi forskrift om isolering og karantene ved covid-19. Det er over ett år siden slike forskriftsbestemmelser ble opphevet.

**Vurdering:** Det er ikke lenger nødvendig av hensyn til smittevernet at pasienter med covid-19 pålegges isolering med trussel om straff. Det er heller ikke nødvendig at nærkontakter holder seg hjemme i karantene. Generelt rådes folk med luftveissymptomer til å holde seg hjemme. Det har fungert greit det siste året.

**Konklusjon:** Covid-19 trenger ikke lenger være klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom.

### Tvangsisolering i sykehus (§§ 5-3 – 5-9)

**Gjeldende rett:** Smittevernemnda kan på visse vilkår vedta tvungen isolering i sykehus dersom en person smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom nekter nødvendig isolering. Bestemmelsene er tidligere i praksis benyttet bare ved lungetuberkulose, særlig når den er forårsaket av resistente bakterier.

**Vurdering:** Det er ikke lenger nødvendig av hensyn til smittevernet med isolering og heller ikke tvungen isolering av pasienter med covid-19.

**Konklusjon:** Covid-19 trenger ikke lenger være klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom.

### Kontaktreduserende tiltak (§ 4-1)

**Gjeldende rett:** Kommunestyret (eller kommunelegen i hastesaker) kan sette i verk kontaktreduserende tiltak som møteforbud, begrensninger i sosial omgang, stenging eller begrensninger for virksomheter og pålegg om rengjøring, jf. § 4-1 første ledd (femte ledd).

**Vurdering:** Vi har ikke lenger en strategi for å bremse covid-19-epidemien mest mulig. Slike drastiske og dyre tiltak for å redusere menneskers kontakt med hverandre er ikke lenger hensiktsmessige eller nødvendige. Det er uansett mulig å gi råd om slike tiltak.

**Konklusjon:** Covid-19 trenger ikke lenger være klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom.

### Innreisebestemmelser (§ 4-3)

**Gjeldende rett:** Etter § 4-3 første ledd kan Kongen gi bestemmelser om innreisetiltak rettet mot en allmennfarlig smittsom sykdom.



**Vurdering:** Covid-19 har smittet nesten hele verdens befolkning. Vi har ikke noen strategi for å bremse covid-19-epidemien mest mulig. Tiltak for å forebygge at smittede reisende kommer til Norge, har derfor ikke lenger noen hensikt.

**Konklusjon:** Covid-19 trenger ikke lenger være klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom.

### Unntak fra taushetsplikt (§ 2-2)

**Gjeldende rett:** Legen kan i noen situasjoner og under visse vilkår mot pasientens vilje informere annet helsepersonell og personer som har vært i eller er i fare for å bli smittet av pasienten med en allmennfarlig smittsom sykdom, jf. § 2-2 andre ledd. Legen har plikt til å informere dem som er i åpenbar fare for å bli smittet, jf. § 2-2 tredje ledd.

**Vurdering:** Dette er en bestemmelse som benyttes svært sjeldent ved allmennfarlig smittsomme sykdommer, dels fordi det sjeldent er et slikt behov, og dels for at man da som regel får pasientens samtykke til å dele informasjon.

For smittevernet vurderer vi at det verken er nødvendig eller tjenlig med muligheten til å omgå taushetsplikten. Det kan undergrave pasientenes vilje til å kontakte helsetjenesten og skade lege-pasient-forholdet.

**Konklusjon:** Covid-19 trenger ikke lenger være klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom.

### Melding, varsling og registre (§§ 2-2 og 4-10 og helseberedskapsloven § 2-4)

**Gjeldende rett:** Reglene for melding og varsling er uavhengige av om sykdommen er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom eller ikke, jf. også MSIS-forskriften.

Ansatte ved politiet, tollvesenet, havner, flyplasser, Mattilsynet, Forsvaret, Kystvakten, Kystverket, Fiskeridirektoratet, Sjøfartsdirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap skal underrette kommunelegen når de vet eller sterkt mistenker at en person har en slik sykdom, jf. § 4-10.

Beredskapsregistre kan etter helseberedskapsloven § 2-4 opprettes for å håndtere en beredskapssituasjon. Paragrafens femte ledd slår fast at opplysningene skal slettes eller anonymiseres før «når hendelsen er avklart og evaluert». Videre kan departementet «bestemme at helseopplysninger likevel kan behandles etter at hendelsen er avklart. Dette kan bestemmes når det er nødvendig for å gi kunnskap om langtidseffekter og samfunnets interesse i den videre behandlingen klart overstiger ulempene som kan påføres den enkelte.»

**Vurdering:** Overvåkingen av covid-19 er uavhengig av statusen som allmennfarlig smittsom sykdom.

Det har heller ingen betydning for hjemmelen til eller håndteringen av beredskapsregistre, jf. § 2-2 siste ledd, jf. helseberedskapsloven § 2-4. Covid-19-pandemien er ikke endelig avklart og evaluert. Det gjenstår mye læringsarbeid, der Beredskapsregisteret Beredt C19 er sentralt.

Underrettelsesplikten for ansatte i diverse etater vil ikke ha noen betydning fordi de neppe vil oppdage at pasienter har denne sykdommen, og fordi varsling ikke er nødvendig.

**Konklusjon:** Covid-19 trenger ikke lenger være klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom.

## Konklusjon

Ingen av rettsvirkningene av covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom er lenger nødvendige. Noen rettsvirkninger er til og med uheldige. Gratis behandling for Paxlovid kan løses.

**Konklusjon: Vi vurderer at det ikke er nødvendig for smittevernet at covid-19 er klassifisert som en allmennfarlig smittsom sykdom.**

## 4. WHO's vurdering av utbruddet som alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse («PHEIC»)

Det er ingen direkte sammenheng mellom WHO's definering etter det internasjonale helsereglementet (IHR) og norsk vurdering av allmennfarlig smittsom sykdom. WHO vurderer *hendelser*, ikke sykdommer, mens den norske vurderingen gjelder *sykdommer*. WHO's definerer en PHEIC som en ekstraordinær hendelse med fare for internasjonal spredning og behov for en koordinert internasjonal håndtering, jf. IHR artikkel 1.

Det har aldri vært et konsekvent sammenfall mellom WHO's PHEIC-vurdering og norsk vurdering av allmennfarlig smittsom sykdom:

- Svineinfluensapandemien i 2009 og zikavirusutbruddet i 2016 ble begge erklært som PHEIC, men sykdommene ble ikke definert som allmennfarlig smittsom sykdom.
- MERS-utbruddet i 2013-15 og gulfeberutbruddet i 2016 ble ikke erklært som PHEIC, men begge sykdommene er allmennfarlige smittsomme sykdommer.
- Utbruddene av ebolasykdom i 2014-16 (Vest-Afrika) og 2018-19 (DR Kongo) ble begge erklært som PHEIC, og ebolafeber er en allmennfarlig smittsom sykdom.

Det er ventet at WHO vil avslutte covid-19-pandemien som PHEIC i løpet av 2023, trolig allerede etter neste møte i *Emergency Committee* i april.

De gjeldende midlertidige anbefalingene fra WHO om covid-19-pandemien som PHEIC kan følges opp i Norge uten at sykdommen er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom.

**Konklusjon:** WHO's PHEIC-erklæring har ikke noen automatisk konsekvens for norsk vurdering av covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom. WHO's råd til landene om midlertidige tiltak kan følges opp uten at sykdommen er definert som allmennfarlig smittsom sykdom.

## 5. Skandinavisk sammenlikning

De tre skandinaviske landene har nokså lik, men ikke identisk, regulering på dette området. Per 31. mars 2023 er klassifiseringen i de tre landene merket med grønt i tabellen:

Nivå	Danmarks epidemilov § 2	Sveriges smittskydslag § 3	Norges smittevernlov § 1-3
1	Smittsom sykdom	Smittsam sjukdom	Smittsom sykdom
2	Alment farlig sykdom	Allmänfarlig sjukdom	Allmennfarlig smittsom sykdom
3	Samfundskritisk sykdom	Samhällsfarlig sjukdom	Alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom

## 6. Folkehelseinstituttets anbefaling

Vi har vist sett at covid-19 neppe oppfyller smittevernlovens kriterier for allmennfarlig smittsom sykdom, at rettsvirkningene av en slik klassifisering ikke lenger er nødvendig for smittevernet, at det kan ha fordeler med å nedklassifisere sykdommen, og at Sverige og Danmark har nedklassifisert sykdommen etter deres lovverk.

En nedklassifisering av covid-19 er et signal om en normalisering slik Regjeringens strategi og beredskapsplan har lagt opp til siden april 2022, altså en leve med viruset-strategi. Covid-19 vil da være i samme klasse som influensa og RSV-infeksjon.

Siden februar 2022 har ikke myndighetene forsøkt å bremse covid-19-pandemien i Norge med tiltak som forutsetter at sykdommen er allmennfarlig smittsom sykdom. De aller fleste har allerede vært smittet og de aller fleste voksne er vaksinert flere ganger. Sykdommen vil sannsynligvis bli stadig mildere.

Det er i tråd med smittevernlovens prinsipper at tiltak som ikke lenger er nødvendige, skal avsluttes så snart som mulig, jf. for eksempel § 1-5 og § 4-1 femte ledd. Et slik prinsipp kan gjelde også vedtak om å klassifisere en sykdom som allmennfarlig smittsom sykdom.

Fortsatt klassifisering som allmennfarlig smittsom sykdom gir kommunene kraftige virkemidler tilgjengelig etter § 4-1. Rådgiveres og beslutningstakeres skjønn vil påvirkes av varierende risikooppfatning og risikotoleranse. Vi kan risikere at strenge tiltak iverksettes med for dårlig grunnlag. Begrunnelsene for tiltak, særlig nødvendighet og forholdsmessighet, jf. smittevernloven § 1-5, innebærer stor grad av skjønn. Det kan være en fare for overreaksjoner.

Dersom covid-19 nå nedklassifiseres, kan man i en framtidig situasjon, for eksempel med en variant med betydelig verre egenskaper, oppgradere sykdommen igjen. Da vil den igjen kunne oppfylle flere av kriteriene, og flere av rettsvirkningene blir nyttige. Dette kan skje på kort varsel.

**Folkehelseinstituttet anbefaler at covid-19 fjernes fra lista over allmennfarlig smittsomme sykdommer.**

## 7. Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

Folketrygda kan spare noe ved at pasienter som selv eller som legen mistenker har covid-19, ikke lenger kan få legekonsultasjoner med egenandelene refundert.

Staten må finne en ordning for distribusjon av gratis Paxlovid fra statens lager til dem som trenger det etter Helsedirektoratets retningslinjer.