

Helse- og omsorgsdepartementet  
Vakt-covid19 @hod.dep.no  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:  
Vår ref.: 20/34369-12  
Saksbehandler: Jon Hilmar Iversen  
Dato: 03.09.2020  
Levert på epost kl 14:00

## **Svar på covid-19 oppdrag fra HOD 151 - Om vurdering av gjenåpning mv. - Oversendelsesbrev med vedlegg**

### **Status og utfordringer for covid-19-arbeidet fremover**

I august besluttet regjeringen å ta en pause i planen om å gjennomføre lettelser i smitteverntiltakene fordi vi i etter en periode med svært lav smitte i befolkningen i sommer, fikk flere utbrudd og økende smitte i slutten av juli og august. Til nå har kommunene klart å håndtere utbruddene, men situasjonen er fortsatt uavklart. Det kommer stadig nye utbrudd, og selv om de fleste som får covid-19, kan tilbakeføres til smitte fra et utbrudd, er det i en forholdsvis høy andel av tilfellene ikke mulig å fastslå hvor smitten er kommet fra. Det gjør at vi ikke kan utelukke at det foregår skjult smitte, selv om mye taler for at dette foreløpig er i lite omfang.

Mye av smitten skjer blant ungdom og unge voksne. Dette er grupper som ikke har stor egeninteresse i å la seg teste fordi de i liten grad får alvorlig sykdom selv, og som potensielt kan spre mye smitte fordi de treffer mange. Det er også grupper som viser høyere grad av tiltakstrøtthet enn resten av befolkningen. Det er så langt få sykehusinnleggelses i forhold til smittetallene forårsaket av de siste ukenes smitteutbrudd. En mulig forklaring kan være at det nå er flest unge som blir smittet, og at en økning i sykehusinnleggelsene først vil komme når de unge smitter eldre mennesker med høyere risiko for et alvorlig sykdomsforløp.

Vi går nå inn i en periode med høyere forekomst av luftveisinfeksjoner. Det vil stille høyere krav til testing. For å kunne fange opp og stanse utbrudd tidlig, er vi avhengig av at både kommunene og sykehusene har god nok kapasitet til å teste for å finne og isolere syke, spore opp deres smittekontakter og sette dem i karantene (TISK). I øyeblikket er ikke kapasiteten for TISK-arbeidet god nok verken i kommunene eller i sykehusene. Kapasiteten er ennå ikke i tråd med de kapasitetsmålene HelseDirektoratet har satt for dette, i alle kommuner.

Når man skal vurdere effekten av å gjøre lettelser på avgrensede områder, som hver for seg ikke behøver å innebære stor risiko, er det viktig å vurdere den totale risikoen for alle lettelsene samlet sett og holde denne opp mot mulighetene man har for å kompensere for risikoen. Et av de viktigste risikoreduserende tiltakene er å ha et effektivt og omfattende TISK-arbeid. Inntil kapasiteten på TISK-arbeidet er økt, og vi har fått bedre sikkerhet for at det ikke skjer en

#### **HelseDirektoratet**

Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester  
Jon Hilmar Iversen

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20  
Org.nr.: 983 544 622 • [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no) • [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

skult smittespredning, særlig blant yngre, vil Helsedirektoratet på generelt grunnlag ikke anbefale at det gjøres ytterligere lettelse på smitteverntiltakene nå. Situasjonen bør tidligst revurderes om 2-4 uker.

## Fremtidsscenario

Erfaringene så langt fra håndteringen av covid-19 epidemien og opplysningene fra forhandlingene om innkjøp av vaksiner mot covid-19 gjør det mulig å tegne følgende bestefallsscenario:

Vi klarer å forhindre at epidemien blusser opp igjen frem til vi får vaksine og kan stanse pandemien permanent ved hjelp av vaksineutløst flokkimmunitet. Vi får tilgang på vaksine fra AstraZeneca fra nyttår og får i løpet av våren 2021 vaksinert helsepersonell, risikogruppene og eventuelt også deler av den øvrige befolkningen. Vi får tilgang på flere andre vaksiner fra andre halvår 2021 og får vaksinert resten av befolkningen i løpet av våren, sommeren og høsten. Vi kan gradvis trappe ned smitteverntiltakene fra sommeren 2021 og avvikle dem helt mot slutten av året, eventuelt tidligere.

Dette er ikke et urealistisk scenario, men mye må klaffe for at det skal bli mulig. Vi må lykkes med TISK-arbeidet, og vi må klare å få befolkningen til å følge smittevernradene helt frem til de blir unødvendige. Vi er avhengig av at vaksinene faktisk kommer, at de er så effektive som foreløpige data kan tyde på, at det ikke oppstår ukjente bivirkninger, og at befolkningen ønsker å ta dem slik at vi oppnår en vaksinedekning på 75 prosent i risikogruppene og minst 50 prosent i resten av befolkningen.

Jo lengre tid det går før vi får vaksinert befolkningen og kan begynne å lette på smitteverntiltakene, desto mer krevende vil det kunne bli å få befolkningen til å fortsette å slutte opp om dem. Lyset i tunnelen vil kunne bli en av de viktigste motivasjonsfaktorene fremover.

## Hva ønsker vi å oppnå?

Det overordnede målet for innsatsen mot covid-19 er å hindre at mennesker får alvorlig sykdom og dør. Det er viktig å understreke at selv om risikoen for alvorlig utfall øker kraftig med høy alder, kan Covid-19 gi alvorlig sykdom for mennesker i alle aldersgrupper, og spesielt for mennesker med forhøyet risiko på grunn sykdom eller overvekt. Det er vanskelig å kvantifisere pandemiens potensiale for helseskade i den norske befolkningen uten effektive mottiltak, men vi antar at vi gjennom et systematisk arbeid med å slå viruset ned og bryte smittekjedene kan unngå 10 000 talls Covid-19 relaterte dødsfall og kanskje 100 000 talls alvorlige og kompliserte sykdomsforløp. Gjennom gode helsetjenester kan vi redusere sykdomsbyrden og øke overlevelsen blant de syke.

Det er også mange andre grunner til at vi ønsker lave smittetall.

Ved et vedvarende og lavt smittetrykk øker vi mulighetene for å opprettholde et forholdsvis normalt tilbud til barn og unge. Det omfatter barnehager, skolefritidsordning, skoler, folkehøgskoler, høyskoler og universiteter samt fritidsaktiviteter og idrett. Barn og unge vil være spesielt sårbare ved et høyere smittepress, ikke først og fremst på grunn av sykdommens direkte helseeffekter, men de indirekte effektene som påføres ved at tilbudene forringes.

Et lavt smittetrykk vil også være beste garantist for å opprettholde mest mulig normal funksjon i arbeidslivet. Et økt smittetrykk vil bidra til flere i isolasjon og karantene, dårligere forutsetninger for transport og langt større risiko i forbindelse med kontinuitetsplanlegging. Arbeidsgruppen ledet av Steinar Holden som har vurdert samfunnsøkonomiske konsekvenser av ulike strategivalg, har understreket betydningen av å holde smitten nede for verdiskapningen i samfunnet.

Et lavt smittetrykk er en forutsetning for at personer med økt risiko for å få et alvorlig forløp av covid-19, skal kunne ta del i dagliglivets aktiviteter. Det innebærer en frihet til å være utenfor hjemmet, gå i butikker og ta offentlig transport. Det vil også gi bedre muligheter til å besøke syke og gamle mennesker i livets slutfase, og hindre innføring av smitte i sykehjem og helseinstitusjoner.

Et vedvarende lavt smittetrykk er også en forutsetning for at helsetjenesten kan fungere noenlunde normalt. I løpet av sommeren har tilbudet hos fastlegene, i kommunehelsetjenesten og i sykehusene blitt tilnærmet normalisert. Det innebærer at barn- og unge, kreftpasienter, mennesker med psykiske lidelser, ruslidelser, hjerte- og karsykdommer og sykehjemsbeboerne våre kan få et godt og tilnærmet normalt helsetjenestetilbud til tross for en verdensomspennende og alvorlig pandemi.

I flere sektorer er det ønske om å åpne opp mer. Det gjelder ikke minst i kultur og idrett, som er hardt rammet av tiltakene, og i utelivs- og turistbransjen. Fordi aktivitet på disse arenaene ofte vil innebære øket risiko for smittespredning, dels ved at avstandskravet blir vanskelig å overholde, og dels ved økt turisme og mobilitet i områder med ulik smittespredning, vil det være vanskelig å lette på restriksjoner før smitten i samfunnet er svært lav. Fordi smitteverntiltakene rammer disse arenaene og bransjene spesielt hardt, er det ønskelig med gode kompenserende tiltak som avlaster den økonomiske risikoen. Det kan være en viktig forutsetning for å skape nødvendig oppslutning om smitteverntiltakene.

### Hva kan gå galt med epidemikontrollen?

I øyeblikket ser det ut som om de mange smitteutbruddene omkring i landet er i ferd med å komme under kontroll. Det ser også ut til at skjult smitte i befolkningen er på et lavt nivå. Men det er for tidlig å konkludere med at de mange lokale utbruddene på sikt ikke vil kunne bidra til å øke den skjulte smitten i befolkningen til et nivå som blir vanskelig å kontrollere.

Vi må forvente at det i tiden fremover stadig vil komme nye utbrudd. Dersom Norge skal holde smittenivået under kontroll, vil det kreves et vedvarende høyt TISK-arbeid for å slå ned utbruddene og forhindre at det oppstår nye. Usikkerheten blir større hvis vi skulle få et høyere smittepress.

For å unngå at vi får et vedvarende høyere smittepress – og eventuelt mister kontrollen – er det viktig:

- 1) at vi får høy nok kvalitet og kapasitet på TISK-arbeidet,
- 2) at befolkningen følger smittevernradene,
- 3) at det ikke blir gitt for mange unntak fra avstandskravet,

- 4) at det ikke lempes for mye på krav om maksimal gruppestørrelse, og
- 5) at det ikke blir importert for mye smitte gjennom reiser og turisme.

## **TISK**

Testaktiviteten i landet er nå økt fra ca. 20 000 til ca. 100 000 per uke. Økningen skyldes dels en omfattende testing i forbindelse med de mange utbruddene rundt om i landet, dels at vi har senket terskelen for å teste personer med milde symptomer på luftveisinfeksjon, og dels at vi har begynt å teste personer uten symptomer.

TISK-arbeidet har vært krevende for landets kommuner. Særlig har kommuner som har håndtert lokale utbrudd, strukket sine ressurser langt. Den økede testaktiviteten i kommunene i det siste, har ført til protester fra både kommuneoverleger og personell ved sykehuslaboratorier som dels reagerer på at arbeidsbelastningen er blitt for stor, og dels på at det er så mange negative prøvesvar. De frykter at det kan oppstå mange falsk positive svar når man tester mange med lav risiko.

Helseforetakene opplyser at det kan bli mangel på nødvendige reagenser, at de ikke har nok analyseutstyr, og at de heller ikke vil kunne få levert dette med det første, og at de ikke vil ha nok personell til å håndtere en ytterligere økning over mer enn noen få uker. Private aktører som Fürst har også begrenset kapasitet fordi deres utstyr krever de samme reagensene fra Roche som det nå er mangel på. Problemene med mangel på reagenser vil kunne løses ved økt bruk av storskalaanalyser basert på teknologien med magnetiske kuler utviklet ved NTNU, men det forutsetter at arbeidet organiseres på en annen måte i dag, og det vil ta litt tid å få gjennomført en slik endring.

Folkehelseinstituttet er i gang med å gå igjennom det faglige grunnlaget for teststrategien. De vil vurdere hvor høy testkapasiteten må være – og over hvor lang tid – for at alle med nyoppstått luftveisinfeksjon skal kunne bli testet i løpet av høsten, vinteren og våren. I tillegg vil de vurdere hvor viktig testingen av personer uten symptomer er for bekjempelsen av epidemien, slik at vi kan veie dette opp mot kostnadene.

Manglende kapasitet på TISK-arbeidet – både i kommunene og i sykehuslaboratoriene – utgjør den største beredskapstrusselen vi står overfor nå. Hvis analysekapasiteten i sykehusene er i ferd med å bryte sammen ved den moderate belastningen vi har i dag, er det lite sannsynlig at vi kommer til å mestre utfordringene i vinterhalvåret. Mange små kommuner klarer målene som er satt og vil også kunne oppskalere, men en del byer har store kapasitetsproblemer. Det gjelder testing, men i enda høyere grad smitteoppsporing. Siden svikt i TISK-arbeidet ett sted kan gå ut over hele landet, er vi avhengig av at alle mestrer jobben.

## **Oppslutning om smittevernrådene**

Spørreundersøkelser har vist at oppslutningen om smittevernrådene og tilliten til dem er nedadgående, særlig blant yngre og blant menn. Det er rimelig å anta at en viktig årsak er at mange begynner å bli trøtt av begrensningene smitteverntiltakene påfører dem.

Så lenge smittepresset er så lavt som det er nå, vil det antakelig være vanskelig å få tilstrekkelig kriseforståelse til at unge mennesker – som selv har lite å frykte i form av helsekonsekvenser ved å bryte reglene – vil fortsette å slutte opp om regler som hindrer dem i å leve et normalt liv.

Den største faremomentet ved tiltakstrøttheten, er ikke nødvendigvis at den kan føre til at det oppstår smitteutbrudd, men at det kan svekke våre muligheter til å slå ned en ny bølge hvis den skulle komme. Mye tyder på at befolkningens resolute reaksjon var sterkt medvirkende til at vi lyktes så bra da vi stengte ned landet i mars. Vi kan antakelig ikke forvente en like god reaksjon neste gang. Det innebærer at vi heller ikke kan gå ut fra at en ny nedstengning av landet uten videre vil løse problemene hvis TISK-arbeidet skulle svikte.

Det må derfor være en høyt prioritert oppgave å gjøre det som er mulig for å motivere befolkningen til å holde ut. Det at vi snart kan få en vaksine, kan kanskje være et budskap som kan få folk til å holde ut litt til. Det er viktig å skape forståelse i befolkningen for at det fortsatt er avgjørende at så mange som mulig slutter opp om smittevernrådene og smitteverntiltakene for at vi skal kunne leve et så normalt liv som mulig, og for at vi skal kunne unngå en ny nedstengning.

### **Avstandskravet**

Kravet om å holde en avstand på minst én meter setter store begrensninger for mange aktiviteter i samfunnet. Derfor er det også mange som ønsker unntak fra det. Avstandskravet er imidlertid et av de viktigste tiltakene vi har for å redusere smittespredning og forebygge skjult smitte. Det er derfor vanskelig å gi mange unntak fra dette uten å løpe risiko. Så lenge smitten er lav i befolkningen, vil også effekten av tiltaket være lav tallmessig sett, men forebyggingseffekten vil være like sterk uavhengig av hvor stor smitten er.

Behovet for dette forebyggende tiltaket vil være avhengig av i hvor stor grad det blir innført ny smitte i samfunnet. I et samfunn som er isolert fra omverdenen, vil avstandskravet kunne bli overflødig hvis smitten blir lav nok, men jo mer åpent samfunnet er for reising, desto viktigere blir det å opprettholde tiltak som kan bremse eller stoppe smittespredning. Derfor er det viktig å vurdere avstandskravet i sammenheng med regler om reising og turisme.

### **Krav om maksimal gruppestørrelse**

Kravet om at man ikke skal samles i større grupper, vil kunne begrense smittespredning. Det gjelder særlig for "superspredere" som potensielt vil kunne smitte flere desto flere som er samlet. Men kanskje enda viktigere er det at smitte i store grupper gjør smitteoppsporingsarbeidet vanskeligere. Erfaringer så langt har vist at kommunenes kapasitet for smitteoppsporing raskt blir sprengt hvis gruppen som skal følges opp blir for stor. Når den blir sprengt, er veien kort til at det oppstår skjult smitte og situasjonen kommer ut av kontroll.

Ved den begrensede kapasiteten vi har for TISK i dag, vil det være risikabelt å åpne opp for samlinger av større grupper enn 200 personer. I faser med forhøyet smitte, bør grensen settes enda lavere. En grense på 200 er en problematisk for kulturlivet og idretten. Jo lengre pandemien trekker ut i tid, desto større vil samfunnets behov bli for å utvide gruppestørrelsen.

Et måte å møte disse kryssende interessene på, kan være å tillate flere kohorter med inntil 200 personer på samme arrangement, gitt at det er mulig å holde kohortene helt atskilt, og at det er mulig å ivareta smittevernkravene - og gitt at vi har full kontroll over smittesituasjonen.

### **Importsmitte**

En av årsakene til at smittetallene er gått opp, er at det er innført ny smitte til landet. Det har hovedsakelig skjedd ved at våre egne innbyggere har tatt med seg smitte tilbake fra utenlandsreiser, og ved at syke arbeidspendlere har overført smitten til andre. Hvis man bare skulle ta hensyn til behovet for smittevern, ville det være best å stenge landets grenser helt. Det er en umulighet, og derfor må vi leve med en viss grad av importsmitte – vi må finne en måte å håndtere den på.

Jo bedre systemer vi har for å oppdage smittespredning tidlig og stanse utbrudd mens de er små, desto større toleranse kan vi ha for importert smitte. Jo bedre kontroll vi har på hvor utenlandske turister befinner seg, desto tryggere er det. Jo bedre virksomheter og befolkningen følger opp de grunnleggende smittevernrådene, desto mer importsmitte tåler vi.

Fremover må vi antakelig forvente at mange europeiske land vil kunne komme til å øke presset for at landene skal holde grensene åpne. Turisme er en viktig inntektskilde for mange land, og intern turisme i eget land vil ikke kunne kompensere for dette. Mesteparten av Europa er nå i ferd med å få en langt høyere smitteforekomst enn vi har hos oss. Det er uvisst om de vil klare å få denne ned igjen på det nivået vi har satt som grense. Det er også uvisst hvor lenge landene har økonomisk bæreevne til å gjennomføre strenge og inngripende smitteverntiltak.

Hvis flertallet av de europeiske landene skulle ende opp med å ha en vedvarende høyere smitteforekomst enn den vi har hos oss, vil stenging av grenser og restriksjoner på reisevirksomhet ha mindre smitteverneffekt, samtidig som de økonomiske skadevirkningene vil være store. Dette kan også få betydning for Norge.

### Kompenserende tiltak

I en situasjon der samfunnets behov for å lette på grunnleggende smitteverntiltak vil øke, samtidig som det smittevernmessige behovet for de samme tiltakene er like store eller økende, vil det være ønskelig å finne løsninger som kan gjøre det mulig å redusere risikoen ved å lette på tiltakene. De mest aktuelle kompenserende tiltakene er 1) å styrke TISK-arbeidet, 2) stille krav til bruk av munnbind og 3) elektronisk sporing av nærkontakt (sporingapp). Alle disse er i øyeblikket problematiske.

For TISK-arbeidet er den største utfordringen at vi per i dag har for lav kapasitet til å kunne teste alle som bør testes for å kunne holde epidemien under kontroll i den kommende forkjølelsessesongen. Det er vanskelig å se at det skal være mulig å utvide bruken av TISK for å kunne lempe på andre smitteverntiltak før vi klarer å løse dette problemet.

For munnbind er problemet at det er dårlig dokumentasjon for effekt, og at vi har lite kultur for å bruke det. Det er derfor usikkert om vi vil være i stand til å nyttiggjøre oss dette som tiltak. Siden den viktigste effekten av munnbind brukt av publikum er å beskytte andre, er vi avhengig av en svært høy oppslutning for at det skal være virkningsfullt. Så høy oppslutning er det antakelig bare mulig å få om det gis et påbud med mulighet for straffereaksjon. Det kan være komplisert å følge opp, og er noe mange vil være imot.

For elektronisk sporing er hovedproblemet at det er stilt så strenge personvernkrav til tiltaket at det antakelig vil ha liten nytte, dels fordi kommunene ikke kan få tilbakemelding om hvem som har fått karantenevarsel, og dels fordi stedslokaliseringen ikke blir god nok. Som for munnbind vil tiltaket også være avhengig av at flertallet slutter opp om det. For at et slikt tiltak

skulle kunne brukes til å lette på andre smitteverntiltak, ville det måtte gis mer liberale rammer.

### Hva kan gå galt med vaksineringsen?

Foreløpig er ingen vaksiner godkjent. Noen av leverandørene er så positive til sine egne produkter at de vil sette i gang produksjon før de er godkjent for å kunne levere vaksiner så snart de får godkjenning.

En normal utvikling av vaksiner ville tatt mye lengre tid enn det produsentene legger opp til nå. På grunn av det store tidspresset pandemien skaper, er alle fasene i kvalitetssikringsprosessen forsert. Det betyr at det er større sjanse enn vanlig for at det blir oppdaget uventede bivirkninger før godkjenning slik at produktet må trekkes. Da vil det gå lengre tid før vi får vaksinert befolkningen. Fordi det krever studier med svært mange deltakere for å avkrefte bivirkninger, vil det også være større risiko enn vanlig for at det blir oppdaget bivirkninger når preparatet har vært i utstrakt bruk en stund. Skulle det skje, vil vaksinasjonsarbeidet kunne bli satt tilbake fordi folk ikke lenger tør å ta dem. Det er også en risiko for at vaksinene kan ha dårligere beskyttende effekt når de tas i bruk i en befolkning enn det de har i en klinisk studie der antallet brukere er langt lavere og kanskje mer selektert.

Oppskalering til fullskalaproduksjon er også en kritisk fase hvor mye kan gå feil. Denne risikoen er større for noen typer vaksiner enn andre, men det vil alltid være en risiko for forsinkelser ved alle produksjonsprosesser. Vi har opplevd at enkelte vaksineleverandører ikke har klart å levere i tide til influensasesongen. Det er også en av grunnene til at FHI gjerne bestiller influensavaksiner fra tre forskjellige leverandører for å være sikker på å få noe.

EU har også gjort tiltak for å redusere denne typen risiko. De har fordelt bestillingene på mange leverandører og har bestilt et samlet volum som er omtrent tre ganger så stort som det antatte behovet. Disse avtalene vil Norge nyte godt av. Norge vil få samme pro-rata-tilgang på vaksiner som de andre EU-landene.

Gjennomføringen av vaksineringsen har sine egne risikoer. Så lenge vi har en frivillig vaksinasjon, er vi avhengige av at folk ønsker å la seg vaksinere. I dag er viljen antakelig stor, og i den første tiden vil nok hovedproblemet være at vi ikke får tilgang på vaksiner raskt nok til å dekke etterspørselen. Men det er ikke sikkert at motivasjonen vil bestå gjennom hele 2021. Jo lengre ut i vaksinasjonen vi kommer, desto større vil risikoen være for at de resterende ikke lenger ser behovet. Skulle det bli skapt usikkerhet om effekten av vaksinene, eller bivirkningene, kan det bidra ytterligere til å dempe lysten til å ta vaksinen. I så fall risikerer vi at flokkimmuniteten ikke blir god nok til at vi kan avvikle alle smitteverntiltak.

Fordi vi har mindre erfaring å bygge på enn normalt, vil det være riktig å tilby vaksiner først til de som har antatt størst nytte av vaksineringsen, det vil si risikogrupperne og helsepersonell. For risikogrupperne behøver ikke den økte usikkerheten som er knyttet til ufullstendig utprøvd vaksiner, være problematisk. For dem vil det antakelig uansett være fordelaktig å ta vaksinen så tidlig som mulig. For helsepersonell kan vurderingen være en annen. Derfor er det ikke gitt at vi får fullgod vaksinasjonsdekning hos dem i første runde. Det er mulig at en del av dem vil ønske å vente til det kommer nye og antatt bedre vaksiner på markedet.

I første termin av neste år kan vi få tilgang på vaksiner basert på virusvektorer (adenovirus). Effekten av disse vaksinene er foreløpig ukjent. Det er sannsynlig at disse vaksinene vil kunne forhindre et alvorlig forløp av sykdommen, men vi vet ikke hvor godt de beskytter mot å bli smittet, og i hvor høy grad de vil kunne bidra til å hindre smittespredning. Vaksinen fra AstraZeneca som vi har avtale om å få kjøpe, er av en slik virusvektor-type.

Vaksinekandidater basert på andre plattformer er forventet i løpet av våren, sommeren og høsten 2021 og ut i 2022. Disse vaksinene vil kunne være mer effektive og tryggere enn de vaksinene som kommer først. Flere av dem vil være basert på teknologiplattformer vi har ingen eller liten erfaring med.

Svar på deloppdragene 1, 2, 3, 4 og 5

Disse finnes vedlagt

Vennlig hilsen

Bjørn Guldvog e.f.  
helsedirektør

Johan Georg Røstad Torgersen  
divisjonsdirektør

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

Kopi:  
FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd @fhi.no



# Svar på oppdrag 151 del 1

## Innhold

1. Om oppdraget .....	1
2. Utvide antall personer til stede på arrangementer.....	2
2.1. Folkehelseinstituttets vurderinger .....	2
Folkehelseinstituttets konklusjon.....	3
2.2. Helsedirektoratets vurderinger .....	3
3. Endre avstandskravet ved fastmonterte seter.....	3
3.1. Folkehelseinstituttets vurderinger .....	3
Folkehelseinstituttets konklusjon.....	4
3.2. Helsedirektoratets vurderinger .....	4
4. Endre eller oppheve bestemmelsene om skjenkestopp .....	5
4.1. Folkehelseinstituttets vurderinger .....	5
Hvilke erfaringer har kommunene og Politiet? .....	5
Erfaring fra Danmark med inntaksstopp kl. 23.....	6
FHIs tall fra MSIS.....	6
FHIs smittevernfarelige vurderinger .....	7
Folkehelseinstituttets konklusjon.....	8
4.2. Helsedirektoratets vurderinger .....	8
Krav om oversikt over gjester.....	9
Helsedirektoratets konklusjon .....	10

## 1. Om oppdraget

Helse- og omsorgsdepartementet viser til oppdrag nr. 110 og svar på del 1 og 2 av 31. juli og del 3 av 14. august. Basert på en vurdering av smittesituasjonen første uken i september skal Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet vurdere om det er smittevernfarelig forsvarlig etter en forholdsmessighetsvurdering å

- Utvide antall personer som kan være til stede på arrangementer, f.eks. ved kohortinndeling.
- Endre avstandskravet ved fastmonterte seter (jf. svar på tilleggsoppdrag til nr. 110 gitt 31.7.)
- Endre eller oppheve bestemmelsene om skjenkestopp i covid-19-forskriften §§ 13 femte ledd og 14 a tredje ledd

Direktoratet skal blant annet vurdere om skjenkestopp klokken 24:00 bør utvides til et senere klokkeslett. Det skal også vurderes om skjenkestopp kl. 24:00 bør erstattes med den danske løsningen der skjenkestedene ikke får ta imot nye gjester etter 23:00, men ellers skjenke så lenge de har lokal bevilling. Vedlagt følger innspill fra Oslo kommune om serverings- og skjenkenæringen av 21. august 2020.

Direktoratet bes også om å vurdere om det er hensiktsmessig og forholdsmessig å innføre krav om at serveringsstedene skal holde oversikt over de som er til stede etter et bestemt tidspunkt, at stedene skal ha en ordning for at de tilstedeværende kan velge å legge igjen kontaktinformasjon eller en forskriftsregulering av at kommuner med høyt smittetrykk kan pålegge serveringssteder å holde slik oversikt.

Direktoratet skal lage utkast til eventuelle nødvendige forskriftsendringer.

Frist for oppdraget er torsdag 3 september klokken 14.00.

## 2. Utvide antall personer til stede på arrangementer

Det vises til svar på oppdrag 110 nr. 1 og 2, som ble levert til departementet 31. juli 2020, der Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet anbefalte at det kunne åpnes for arrangementet med inntil 5 parallelle adskilte kohorter med 200 personer. Det ble ikke anbefalt å øke kohortstørrelsen til 500.

Anbefalingene var knyttet til smittesituasjonen i landet på leveransetidspunktet. I etterkant av leveransen utviklet smittesituasjonen seg i en negativ retning, og planene om videre åpning av større arrangementer ble satt på vent. Spørsmålet nå er hvorvidt dagens smittesituasjonen tilsier at vi bør åpne for et større antall personer til stede på arrangementer.

### 2.1. Folkehelseinstituttets vurderinger

Gitt at det besluttes å åpne samfunnet ytterligere mener FHI at antallet personer som kan være til stede på arrangementer kan økes i lokaler som er tilpasset og store nok, men at disse må organiseres i kohorter med opptil 200 deltakere. Vi foreslår en forsiktig tilnærming og at man i første omgang åpner for maks 3 kohorter a 200 deltakere, og at denne åpningen iverksettes noe frem i tid og forutsatt at dagens smittesituasjon holder seg stabilt eller blir bedre. Vi anser at vi om noen uker vil ha tilstrekkelig kunnskap om kontrollen med de utbruddene vi har sett nå ved semesterstart til at en forsiktig åpning vil ha relativt liten risiko for økt smitte.

For å kunne åpne for flere kohorter må arrangør sikre at kohortene holdes helt adskilt fra hverandre før, under og etter arrangementet. Ved samtidig oppmøte må hver gruppe ha egne toalettfasiliteter og egne inn- og utganger. Transportløsninger til og fra arrangementer, særlig ved behov for offentlig transport, må vurderes i sammenheng med arrangementet. Egne oppmøte- og avreisetidspunkt kan redusere press på transport. Det må fortsatt være mulighet for å registrere deltagere, slik at aktuelle nærkontakter kan kontaktes i etterkant dersom det oppdages smitte i tilknytning til gjennomføringen. Det er viktig med tilstrekkelig kapasitet og ressurser for en god gjennomføring av arrangementet, og det må være tilstrekkelig personell som kan tilse at det ikke blir tette ansamlinger av deltagere, samt påse at deltagere holder avstand og følger de andre smitteverntiltakene.

Prinsippene for smittevern faglig forsvarlig gjennomføring gjelder uavhengig av antall deltagere, og må tilpasses hvert enkelt arrangement (tid, sted, og lokal smittesituasjon). Det må blant annet inkludere at arrangementet gjennomføres slik at det blir 'flyt' i deltagermassen og at man unngår kødannelse og trengsel, og at det er mulighet for å spre deltagere over tilgjengelig areal for å sikre avstand. Områder der deltagere forventes å lage kø eller samles i klynger, må ha særlig fokus. Avstand på minst 1 meter må kunne holdes innad i kohortene og minst 2 meter mellom kohortene til

enhver tid. Det må også være tydelig informasjon til deltagerne om smitteverntiltak og at syke personer ikke kan delta på arrangementet, samt systemer for å håndtere personer som blir syke mens de er til stede. Arrangørene har ansvaret for at smittevernet ivaretas i henhold til råd gitt av FHI og at det gjøres en risikovurdering i forkant av gjennomføring. Råd, punkter som bør inngå i en risikovurdering og sjekklister finnes her: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/rad-og-informasjon-til-andre-sektorer-og-yrkesgrupper/anbefalinger-ved--store-arrangementer-knyttet-til-koronasmitte-i-norge/#planlegging-og-risikovurdering>.

### Folkehelseinstituttets konklusjon

Forutsatt at smittesituasjonen holder seg stabil eller blir bedre, er vurderingen at det fra 1. oktober kan åpnes for noen flere kohorter på inntil 200 personer til stede samtidig uten at risiko for smitte øker vesentlig. Vi forslår i først omgang å øke til maks 3 kohorter a 200 deltakere. Det forutsetter at kohortene holdes helt adskilt gjennom hele arrangementet, at lokalene har tilstrekkelig kapasitet og det for øvrig gjennomføres på en smittevernfaglig forsvarlig måte, inkludert 1 meters avstand innad i hver kohort og minst 2 meters avstand til enhver tid mellom kohortene. Alle lettelser i tiltakene antas imidlertid å medføre en viss risiko for økt smitte, og det er viktig at man fortsetter å styrke systemer for å oppdage og håndtere utbrudd.

### 2.2. Helsedirektoratets vurderinger

Helsedirektoratet mener det ikke vil være hensiktsmessig å åpne for flere kohorter med 200 personer på arrangementer nå, gitt den smittesituasjonen vi per nå har i landet. Flere kohorter med 200 personer vil øke mobiliteten i forbindelse med arrangementer, og selv om kohortene holdes atskilt på arrangementet, vil det være vanskelig for en arrangør å kontrollere aktivitetene utenfor arrangementet. Det er ikke tilstrekkelig at kohortene skilles under arrangementet, hvis de kan blandes på kollektivtransport, serveringssteder mv. før og etter arrangementet. Selv med ulike oppmøtetidspunkter, vil det være risiko for at trykket på eksempelvis kollektivtransport blir for stort før og etter arrangementet. Dersom personer har nærkontakt med hverandre før og etter arrangementet, vil dette vanskeliggjøre smittesporingsarbeidet.

Helsedirektoratet mener derfor, med dagens smittesituasjon og fokus på å styrke TISK-arbeidet i kommunene, vil det være for risikabelt å åpne opp for arrangementer med samling av flere kohorter med 200 personer. Vi er enige med FHI i at denne vurderingen bør utsettes til, eksempelvis 1. oktober.

## 3. Endre avstandskravet ved fastmonterte seter

Det vises til anbefalinger levert i oppdrag 110 nr. 1 og 2, inkludert tilleggsoppdrag samt oppdrag 122 og 124, som ble levert til departementet 31. juli 2020, der Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet anbefalte at i saler med fastmonterte seter kan annet hvert sete benyttes, fortrinnsvis i sjakkemønster.

Anbefalingene var knyttet til smittesituasjonen i landet på leveransetidspunktet. I etterkant av leveransen utviklet smittesituasjonen seg i en negativ retning, og planene om videre åpning av større arrangementer ble satt på vent. Spørsmålet nå er hvorvidt dagens smittesituasjonen tilsier at vi bør gjennomføre de planlagte endringene i avstand mellom fastmonterte seter.

### 3.1. Folkehelseinstituttets vurderinger

FHI mener at det ved fastmonterte seter i rader der alle sitter vendt samme vei (mot en scene eller liknende) er tilstrekkelig med ett ledig sete mellom personer som ikke er hverandres nærmeste. For arrangement der det benyttes løse stoler eller benker, bør 1 meters avstand (skulder til skulder)

mellom personer på samme rad fortsatt opprettholdes. Hver rad kan brukes hvis man legger til grunn at deltakerne stort sett sitter og ser rett frem. Der det er ståplasser, bør 1 meters avstand (skulder til skulder) mellom personer i alle retninger opprettholdes, da man i mindre grad vil være vendt samme vei til enhver tid.

FHI mener at disse anbefalingene bør gjelde også i de kommunene der vi har sett økt smittepress de siste ukene, slik som Oslo. Sannsynligheten for at det er smittede (pre- eller asymptomatiske personer) til stede er fremdeles lav.

Det er imidlertid nødvendig at det stilles krav til arrangørene slik at smittevern faglig forsvarlig gjennomføring av arrangementer sikres. Kravene bør inkludere at arrangørene har ansvaret for at smittevernet ivaretas i henhold til råd gitt av FHI og at det gjøres en risikovurdering i forkant av gjennomføring. Råd, punkter som bør inngå i en risikovurdering og sjekklister finnes her: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/rad-og-informasjon-til-andre-sektorer-og-yrkesgrupper/anbefalinger-ved--store-arrangementer-knyttet-til-koronasmitte-i-norge/#planlegging-og-risikovurdering>.

### Folkehelseinstituttets konklusjon

I dagens epidemiologiske situasjon er det i lokaler med fastmonterte seter tilstrekkelig med ett ledig sete mellom personer som ikke er hverandres nærmeste –inntil 50% kapasitet. Å løse på dette tiltaket medfører noe økt risiko for smitte., Selv om det fortsatt er en risiko for at de utbruddene vi har sett i den siste kan ha bidratt til mer skjult smitte, anser vi denne økte risikoen som så liten at denne endringen bør kunne innføres umiddelbart.

## 3.2. Helsedirektoratets vurderinger

Helsedirektoratet støtter FHIs smittevern faglige vurderinger på dette punktet, og mener at det ved fastmonterte seter i rader der alle sitter vendt samme vei (mot en scene eller liknende) er tilstrekkelig med ett ledig sete mellom personer.

Helsedirektoratet viser til våre innspill i leveransen 31. juli på oppdrag 110 mv, der det fremgår at vi mener det kan være hensiktsmessig med en ordning der det selges billetter for annethvert sete i sjakkmonster i saler med fastmonterte seter. Da vil avstandsregelen ivaretas ved at det er ett ledig sete i alle retninger. For at organisering og praktisering av billettsalg ikke skal kompliseres, bør kan eksempelvis billettsalg legges opp slik at det ikke avvikes fra sjakkmonsterløsningen ved salg av billetter. Dette kan likevel være utfordrende ved at familier og personer i samme husstand ønsker å sitte sammen på arrangementer. Bransjen bør her selv vurdere hvordan billettsalg og plassering bør skje, slik at avstandskravet overholdes og at man tilstreber en løsning der publikum sitter i sjakkmonster.

Vi viser også til at arrangøren må sørge for gode og hensiktsmessige løsninger for garderobe, inngang, toalettbesøk osv., slik at avstandsregelen kan overholdes under hele forestillingen/arrangementet, jf. kravene til arrangementer i covid-19-forskriften § 13.

Det er etter vår vurdering ikke behov for forskriftsendringer for at dette skal kunne gjennomføres.

## 4. Endre eller oppheve bestemmelsene om skjenkestopp

Regjeringen gjorde 7. august endringer i covid-19-forskriften § 14a om krav til smittevern faglig forsvarlig drift ved serveringssteder, som innskrenket mulighetene til å servere alkohol ved serveringssteder som har skjenkebevilling. Utøvelse av skjenkebevilling skal opphøre kl. 24.00, og konsum av utskjenket alkoholholdig drikk må opphøre senest 30 minutter etter dette. Tilsvarende begrensninger i muligheten til å utøve skjenking på arrangementer med skjenkebevilling er tatt inn i covid-19-forskriften § 13.

Begrensningene i utøvelse av skjenkebevilling har vært omdiskutert. Oslo kommune har i brev av 21. august 2020 uttalt at de er i tvil om skjenkestopp er det beste virkemiddelet mot økt smitterisiko på utesteder og i andre sammenhenger med økt alkoholinntak.

Helsedirektoratet og FHI bes vurdere om bestemmelsene om skjenkestopp skal endres eller oppheves. Departementet ber særlig om en vurdering av om tidspunktet for skjenkestopp bør endres, og om skjenkestopp bør erstattes med den danske løsningen der skjenkestedene ikke får ta imot nye gjester etter kl. 23:00, men ellers skjenke så lenge de har lokal bevilling.

### 4.1. Folkehelseinstituttets vurderinger

FHI besvarte 7. august 2020 oppdrag om vurderinger rundt skjenkestopp. Vurderingen var da:

#### **“4. «Innføre nasjonalt forbud mot åpne serveringsteder med alkohol etter klokken 2300.»**

*Vi har i sommer hatt kontakt med flere kommuneleger som peker på at det er vanskelig å opprettholde avstandsreglene i deler av serveringsbransjen, særlig puber og nattklubber og andre steder der alkohol er hovedinnholdet på menyen. Det ser ut til at publikum glemmer rådene, og «forglemmelsen» blir gjerne verre utover kvelden. Politiet i flere kommuner har observert det samme.*

*Dette var utfordringer vi pekte på i vår risikovurdering 1. juli. Smittevernmessig kan situasjonen forverres når det blir kaldere i været og mer av utelivet foregår innendørs.*

*Vi tror tidligere stenging av skjenking, for eksempel klokka 24.00, kan redusere problemet. Det vil føre til at folk beveger seg ut og hjem tidligere. Ved å sette kl. 24.00 som tidspunkt vil restriksjonen kunne virke noe mindre restriktiv, uten at det har store ulemper smittevernmessig.*

*Vi støtter et nasjonalt forbud inntil videre mot skjenking etter klokka 24. Vi er i gang med å lage en tilsynsveileder for å hjelpe kommunelegene å føre tilsyn med at serveringsbransjen overholder bestemmelsene i covid-19-forskriften.”*

#### Hvilke erfaringer har kommunene og Politiet?

Oslo har beskrevet erfaringene med skjenkestopp i brev sendt 21. august 2020 til Helse- og Omsorgsdepartementet, og skriver blant annet: “Oslo kommune deler oppfatningen av at smitterisikoen er høyere på utesteder enn i mange andre bransjer og at risikoen øker med økt alkoholinntak. Imidlertid har innstramningen i skjenketid hatt effekter som kan bidra til at smitterisikoen totalt sett blir høyere enn om innstramningen ikke hadde skjedd.” Også Bergen kommune har i media uttrykt et ønske om å avvikle skjenkestoppen.

FHI har i tillegg kontaktet kommuner og Politiet for å be om tilbakemeldinger på følgende spørsmål:

- Er det mer festing ute i parker og/eller hjemme hos folk enn før skjenkestopp, eller er det som ventelig i august? (politiet)
- Er det mer/mindre ordensforstyrrelser og/eller vold i bybildet/i hjemmene enn før skjenkestopp? (politiet)
- Er tidligere skjenkestopp et godt tiltak for å redusere smittespredning? (politiet, KOL)

Svarene kan oppsummeres som følger (se vedlegg til oppdraget for fullstendig tekst):

Erfaringene med innskrenket skjenketid varierer, og ser ut til å være påvirket av lokale forhold. Generelt vil større byer, og steder med stort innslag av studenter, oftere ha opplevelsen av at skjenkestoppet har bidratt til vekst i private fester, og dermed oftere være negativ til skjenkestoppet. I mindre byer, og på steder uten studenttilstrømming, har det ikke vært merkbar økning i privatfester, og der var man generelt sett positive til skjenkestoppet.

Flere mente, basert på eget inntrykk og rapporter fra næringen, at det før skjenkestoppet særlig var i tiden etter kl. 01.00-01.30 på natten at utfordringene med å overholde smitteverntiltakene ble større. Noen mente at hovedutfordringen var å finne i ungdomskulturen, og ungdommers oppfatning av at "man bare blir litt syk". Klemming og det å drikke fra samme flaske ble nevnt. Det ble ansett som vanskelig å vite om dette påvirkes av om festen foregår privat eller på et skjenkested.

Det var også delte meninger når det gjaldt hvorvidt tiltaket burde videreføres. Noen var klart for videreføring - enkelte mente også at en ytterligere innstramning kunne vært bra, mens andre var like klart mot videreføring. Også her var det en tendens til forskjell mellom mindre og større steder. Privatfester ble generelt oppfattet som en større utfordring for smittesporing på større steder.

Enkelte foreslo en justering av tiltaket slik at åpningstiden ble utvidet til ca. kl. 01.30. Dette var hovedsakelig begrunnet i at det kanskje ville redusere sannsynligheten for hjemmefester. Bordbestilling med registrering av kontaktinfo ble også nevnt som et positivt smittesporingstiltak.

#### Erfaring fra Danmark med inntaksstopp kl. 23

FHI har kontaktet Danmark/Statens SerumInstitut for å høre om erfaringer med å lukke dørene for nye folk kl. 23. SSI har ikke samlet noen erfaringer med/sett på effekt av tiltaket og har ikke vært involvert i utarbeidelsen av tiltaket. SSI melder at de har vært bekymret for smitte på utsted, både på grunn av redusert etterlevelse av avstandskrav ved inntak av alkohol, og blanding av ulike grupperinger inne på utestedene. Tiltaket om inntaksstopp vil da redusere blanding av flere grupperinger utover natten. Hvorvidt tiltaket faktisk oppfyller disse forventningene, er altså ikke klarlagt.

#### FHIs tall fra MSIS

I ukene 31-34 ble det meldt 1293 tilfeller til MSIS, 732 oppgitt smittet i Norge, 248 oppgitt smittet i utlandet og 313 tilfeller manglet informasjon om smitteland. Blant de 732 tilfellene rapportert smittet i Norge, var informasjon om kontakt med en kjent covid-19 tilfelle tilgjengelig for 674 (92%). Blant disse hadde 533 (79%) hatt kontakt med en kjent covid-19 tilfelle.

Blant tilfellene smittet i Norge var mest vanlig antatt smittested privat husstand (254; 35%), private arrangementer (92; 13%), jobb/universitet (84; 12%), serveringssted/bar/utested (53; 7 %) og reisefølge (48; 7%). Flere detaljer er tilgjengelig i tabellen under.

Tallene viser at det har vært en økning i smittetall blant unge voksne (20-29) nå på ettersommeren, men dette er også beheftet med økt testaktivitet i denne aldersgruppen. Som alltid har smitten hovedsakelig skjedd i privat husstand, men i uke 32 var det et markant hopp i antall meldt i private arrangementer. I disse tallene har ikke denne økningen holdt seg, men vanskelig å si noe utfra disse tallene om årsaken til dette. Økningen i universitet/ høyskole er naturlig gitt at disse er åpnet i løpet av denne perioden.

Tallene er imidlertid heftet med flere usikkerheter:

- De er basert på få smittede

- Det er usikkerhet rundt opplysningene om smittested, og er ofte et slags «best guess» når det skrives MSIS-meldeskjema eller smittesporing
- Slike tall er alltid avhengig av gjeldende testregime/aktivitet

	Antall tilfeller				
	Uke 31	Uke 32	Uke 33	Uke 34	Total
Privat husstand	39	71	82	62	254
Private arrangementer	7	61	14	10	92
Jobb/universitet	13	14	21	36	84
Ulike serveringssted/utesteder	2	32	9	10	53
Reisefølge	8	20	17	3	48
Barnehage/skole	0	0	16	4	20
Organisert fritidsaktivitet	0	3	8	1	12
Offentlige arrangement	0	2	2	4	8
Kollektivtransport	3	0	2	1	6
Fengsel	0	0	0	0	0
Helseinstitusjon	0	0	0	1	1
Ukjent	24	29	24	36	113
Annet	7	5	5	2	19
Info mangler	3	9	7	3	22
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>246</b>	<b>207</b>	<b>173</b>	<b>732</b>

#### FHIs smittevernaglige vurderinger

Smittespredning på barer/nattklubber/skjenkesteder har vært bekreftet tidligere. Ved tett og langvarig kontakt vil smitterisikoen øke, og på skjenkesteder kan antall nærkontakter være høyt. Disse nærkontaktene kan være vanskelig å spore opp i ettertid. Ved inntak av alkohol kan avstandsbefalingene ofte bli ignorert. Det samme problemet vil kunne være gjeldende på private fester. På private fester vil det ikke være noen som gjør tilsyn med hvorvidt smittevernet ivaretas, mens det på offentlige serveringssteder kan gjøres sanksjoner ved manglende etterlevelse av smittevernet. Imidlertid vil volumet på antall mennesker som ikke overholder smittevernet være avgjørende for potensiell smittespredning. Selv om tallene fra MSIS indikerer at mange har fått påvist smitte etter privatfest vet vi ikke hvor mange som faktisk har vært på slike fester. Vi vet heller ikke om disse hadde oppholdt seg på offentlige skjenkesteder ved vanlige åpningstider, eller om smittevernet faktisk overholdes bedre på offentlige skjenkesteder enn private fester.

Dersom man skulle velge å endre skjenkestopp er det noen alternativer som kan vurderes:

- Overlate til kommunene å justere åpningstidene, utfra vurdering av smittesituasjonen og andre lokale forhold
- Forsterke anbefaling om tilsyn med bøter og stenging ved brudd på smittevernet. FHI jobber med å utarbeide en tilsynsveileder.
- Gradvis utvidelse til kl. 01, deretter 02 osv, basert på erfaringer om smittespredning
- Pålegge serveringssteder å føre liste over alle som befinner seg i lokalet. Listene oppbevares i 14 dager, for å forenkle smitteoppsporingen. Det er mulig at tiltaket trenger en avklaring med tanke på juridiske aspekter ved oppbevaring av personopplysninger.

### Folkehelseinstituttets konklusjon

Hvorvidt tidlig skjenkestopp har hatt en begrensende effekt på smittespredningen av covid-19 er usikker. Effekten avhenger av om summen av smittespredning på private fester som pågår som en konsekvens av innskrenkningen i skjenketider er større eller mindre enn den effekten skjenkestopp har hatt totalt sett. Usikkerheten gjør det derfor vanskelig å gi klare anbefalinger om tiltaket. Det er tydelig at de større byene rapporterer om flere negative opplevelser av tiltaket enn mindre steder. Det er et argument for at kommuner selv kan vurdere om tiltaket bør videreføres/endres. FHI er godt i gang med å lage en tilsynsveileder for skjenkesteder som kommunene kan bruke for å føre tilsyn.

FHI har ikke vurdert andre mulige effekter av skjenkestopp, som for eksempel tiltakstrøtthet i befolkningen eller negative økonomiske konsekvenser for bransjen.

### 4.2. Helsedirektoratets vurderinger

Helsedirektoratet støtter FHIs smittevern faglige vurderinger som fremgår over. Høyt alkoholkonsum påvirker evnen til å etterleve smittevernrådene, herunder rådet om å holde minst 1 meter avstand til andre, og Helsedirektoratet mener det er nødvendig med tiltak for å begrense alkoholkonsumet, for å unngå en situasjon der smittespredningen kan komme ut av kontroll. Begrensninger i serveringssteders og arrangementers mulighet til å skjenke alkohol, er et nærliggende tiltak å vurdere for å bidra til å begrense alkoholkonsumet på steder der alkohol normalt serveres.

Det gjeldende tidspunktet for stopp i skjenking av alkohol er i dag kl. 24:00. Oslo kommune foreslår i sitt brev å utvide skjenketiden til eksempelvis kl. 02:00. Skjenkebevillinger gis på lokalt nivå, og det kan være ulikt mellom kommunene hvilke begrensninger som normalt er knyttet til skjenkebevillingen. Enkelte steder i landet, er normalen å skjenke til kl. 02:00, mens man andre steder har anledning til å skjenke til kl. 03:00. Dersom innskrenkninger i adgangen til å utøve skjenkebevilling skal ha effekt, mener Helsedirektoratet at det er hensiktsmessig å opprettholde tidspunktet på kl. 24:00. Et alternativ kan være å utvide skjenketiden gradvis slik FHI beskriver, for eksempel først til kl. 01:00, og deretter til kl. 02:00.

Et alternativt tiltak, som Oslo kommune også skisserer i sitt brev, er å innføre tilsvarende krav til alkoholserving som i Danmark, der serveringssteder kan holde åpent til kl. 02:00, men hvor man ikke kan slippe inn nye gjester etter kl. 23:00. Helsedirektoratet har ikke kjennskap til Danmarks erfaringer knyttet til denne ordningen. Vi er usikre på om dette tiltaket er hensiktsmessig, da det muligens ikke er like egnet til å redusere alkoholkonsum på serveringssteder som et skjenkestopp kl. 24:00. Det må legges til grunn at det kan bli økt kødannelse mv. rundt tidspunktet for innslippstopp. Videre kan det, som også FHI påpeker, stilles spørsmål ved hvorvidt tiltaket er egnet til å redusere alkoholkonsumet for gjestene som har sluppet inn før kl. 23:00. Helsedirektoratet er videre usikre på hvordan en tilsvarende regel eventuelt skulle utformes for alkoholkonsum på arrangementer.

Helsedirektoratet har ikke oversikt over hvorvidt begrensningene i adgangen til å skjenke alkohol faktisk har medført større grad av fester i private sammenhenger, slik Oslo kommune har påpekt i sitt



brev, og som også har fremkommet i mediene. Som FHI også påpeker, vil dette være noe man eventuelt kan se nærmere på i tiden fremover. Det kan i den sammenheng også være relevant å vurdere om det kan være behov for tiltak for å redusere festing og alkoholkonsum i private hjem, for eksempel ved å innføre et forbud mot samlinger i private sammenhenger for mer enn 20 personer.

Et tiltak om å begrense adgangen til å skjenke alkohol etter et gitt klokkeslett, må vurderes i sammenheng med de øvrige tiltakene som er innført for serveringssteder og på arrangementer som serverer alkohol. Dette inkluderer krav om sitteplasser til alle gjester/deltakere og krav om bordservering. I tillegg er Helsedirektoratet bedt om å vurdere om det bør innføres et krav om at serveringssteder skal ha oversikt over gjestene som har vært til stede.

Kravet til sitteplasser til alle gjestene og bordservering, skal bidra til å minimere aktiviteten i et serveringslokale, slik at gjestene i hovedsak skal sitte ved bordet. Ved økt alkoholkonsum, er det grunn til å anta at gjestene i større grad beveger seg rundt, bytter bord de sitter ved og unngår å overholde avstandskravet.

Ved stopp i alkoholservering fra kl. 24:00, vil disse utfordringene i mindre grad gjøre seg gjeldende. Det vises her til erfaringene FHI trekker frem over, om at problematikken særlig anses å være stor i tidsrommet rundt kl. 01:00-01:30.

Det kan eventuelt vurderes om en beslutning om innskrenkninger i adgangen til å utøve skjenkebevilling bør fattes lokalt. Som FHI også påpeker, vil tiltaket være særlig relevant for de større byene og studiestedene. Videre kan tiltaket være relevant også på steder med mange tilreisende, herunder eksempelvis enkelte populære hytteområder eller feriesteder.

#### Krav om oversikt over gjester

Når det gjelder forslaget om å innføre krav om at serveringsstedene skal ha oversikt over gjestene som er tilstede, vises det til leveransen på oppdrag 76, der Helsedirektoratet vurderte om det var nødvendig og forholdsmessig å innføre et krav om oversikt over gjester på serveringssteder som ikke serverte mat. Tiltaket ble den gang vurdert som ikke forholdsmessig å innføre kun for serveringssteder som ikke serverer mat. Det ble lagt vekt på at de færreste serveringssteder har rutiner for å holde slik oversikt i dag, og det kan være snakk om svært mange som er innom serveringsstedet i løpet av en dag. Det er ikke stilt krav om slik oversikt for serveringssteder som serverer mat. Helsedirektoratet påpekte at et krav om å holde oversikt over gjestene i utgangspunktet kan være et godt tiltak for å bidra til god smitteoppsporing. I den daværende smittesituasjonen, mente vi det ikke var forholdsmessig å innføre et slikt krav for serveringsstedene på nasjonalt nivå.

Helsedirektoratet er fremdeles av den oppfatning at et krav om å holde oversikt over gjestene ved et serveringssted vil kunne være et godt tiltak, som vil kunne gjøre arbeidet med smittesporing lettere. Samtidig er vi usikre på om det er et forholdsmessig tiltak å innføre for serveringssteder, dersom man skal fastholde skjenkestopp kl. 24:00. Dersom man skulle innført en ordning som i Danmark, kunne man tenkt seg at tiltaket kunne ha mer for seg, ettersom man i slike situasjoner avgrenser gjestene på serveringsstedet til de som har ankommet innen kl. 23, og at man da også vil ha mulighet til å skjenke alkohol lenger enn til kl. 24:00.

Vi er videre usikre på om det er hensiktsmessig at et eventuelt krav om oversikt skal gjelde alle serveringssteder, eventuelt alle serveringssteder med skjenkebevilling. Begrepet serveringssteder forstås relativt vidt, og smittevernmessig anses tiltaket å ha størst potensiell effekt der det er vanskelig å overholde avstandskravet. Dette vil gjelde typiske utesteder som nattklubber, puber, barer mv.

### Helsedirektoratets konklusjon

Helsedirektoratet mener det kan være fornuftig å fortsette med nasjonalt skjenkestopp kl. 24:00 en stund til. Smittevern faglig, er tiltaket egnet til å redusere alkoholkonsumet og dermed også bidra til at man i mindre grad avviker fra gjeldende smittevern anbefalinger, herunder særlig avstandskravet. Som FHI påpeker, er det usikkert om tidlig skjenkestopp har hatt en begrensende effekt på smittespredningen av covid-19. Vi har per nå heller ikke nok info til å konkludere med at tiltaket bidrar til økt smittefare i andre situasjoner, herunder ved privat festing.

Dersom tiltaket skal videreføres, i mener vi det fremdeles bør være et nasjonalt forbud, men at man på sikt kan vurdere om tiltaket bør vurderes regionalt eller på kommunalt nivå.

## Svar på oppdrag 151 del 2

### Oppdrag

Helse- og omsorgsdepartementet viser til oppdrag nr. 142 der det blant annet ble gitt en smittevernfarelig vurdering av NIFs plan for en faseinndelt gjenåpningsprosess for trening med nærkontakt innen breddeidretten for voksne over 20 år. Det ble uttalt at idrettens egen plan for en faseinndelt gjenåpning vil være et viktig verktøy i vurderingen av gjenåpning, og at en stegvis gjenåpning av breddeidretten for voksne vil være fornuftig når smittesituasjonen tillater det. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet er enige om at det må gjøres en ny vurdering av Fase 1 i breddeidretten tidlig september og at det vil være aktuelt med en gjenåpning av Fase 1 fra uke 37 dersom smittesituasjonen tillater.

Basert på den løpende oversikten over smittesituasjonen i samfunnet og vurderingen av denne, bes Helsedirektoratet i samråd med Folkehelseinstituttet om en smittevernfarelig vurdering av gjenåpning av Fase 1 for trening med nærkontakt for voksne over 20 år i breddeidretten, og med gjenåpning fra uke 37 dersom smittesituasjonen tillater det. Vurderingen bør også omfatte en mulig differensiering mellom regioner dersom det oppstår regionale smitteutbrudd, herunder også gjenåpning av Fase 1. Idrettens egen plan for faseinndelt og kontrollert gjenåpning av kontakttrening i breddeidretten for voksne over 20 år legges til grunn. Behovet for, og aktuelle forslag til ev. forskriftsendringer, samt behovet for oppdateringer i nasjonal veileder i smittevern for idrett (covid-19) vil også inngå i vurderingen. Vi varsler samtidig en ny vurdering etter 14. dager for ev. videre gjenåpning, jf. idrettens egen plan for faseinndelt gjenåpningsprosess.

### Folkehelseinstituttets svar på oppdrag 151 del 2

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet leverte den 19. august 2020 svar på Oppdrag 142 om mulig faseinndelt gjenåpning av breddeidretten. Folkehelseinstituttets anbefaling var å avvente unntak fra avstandsanbefalingen for breddeidretten frem til begynnelsen av september. Avhengig av utvikling i smittesituasjonen i denne perioden ble det vurdert som mulig å åpne for Fase 1 med tidligste gjenåpningsdato 7. september 2020 slik at man fikk tilstrekkelig tid til å vurdere smitteutviklingen. Folkehelseinstituttet anbefalte også å åpne for mulighet for regional/lokal differensiering av gjeldende smittevern anbefalinger for breddeidretten.

Regjeringen har lagt opp til en gradvis gjenåpning av samfunnet og det er gitt lettelse innen mange sektorer og bransjer. Det er allerede åpnet for nærkontakt ved trening og idrettsarrangementer for barn og unge under 20 år og for toppidrettsutøvere. Idrett er et viktig helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak, og muligheter for normal utøvelse av idretten er viktig for å begrense frafall og opprettholde rekruttering på lengre sikt.

Ut fra dagens smittesituasjon med flere lokale utbrudd, hvor hovedvekten er blant personer i alderen 19-29 år, er det anbefalt å se an smitteutviklingen slik at man ser at disse utbruddene er under kontroll og at de ikke resulterer i en generell forhøyet smitte i befolkningen

Folkehelseinstituttet anbefaler at det åpnes for trening med nærkontakt for voksne over 20 år i breddeidrettens fase 1 fra den 21. september 2020. For å redusere smitterisikoen anbefales imidlertid følgende:

- Man bør begrense gruppestørrelse så langt det er praktisk gjennomførbart
- Idretter med tett en-til-en-kontakt mellom utøverne, slik som kampsport, bryting, pardans mv., kan gjenoppta treninger så lenge antall treningspartnere begrenses til et fåtall faste partnere.
- Trening foregår innen eget lag/faste treningspartnere innen klubben

FHI anbefaler at det i første omgang åpnes for trening i Fase 1 innen breddeidrett for voksne over 20 år, og at man avventer åpning for kamper/idrettsarrangementer med nærkontakt mellom utøverne for denne gruppen. Bakgrunnen for dette er at idrettsarrangementer i større grad vil medføre blanding av personer fra ulike idrettskretser/ulike geografiske områder. Dette vil, sammen med økt reiseaktivitet i forbindelse med idrettsarrangementer, kunne øke smitterisikoen.

FHI anbefaler også at det først åpnes for trening med nærkontakt for alle fasene skissert i Norges idrettsforbunds plan for gjenåpning av breddeidretten for voksne før man vurderer åpning for kamper/idrettsarrangementer for den samme gruppen. Det er viktig å prioritere at alle utøvere innen breddeidretten får gjenoppta sin aktivitet, og man vil da få tid til å evaluere effekten av at det åpnes for nærkontakt ved trening for disse utøverne før man implementerer ytterligere lettelsler. Ved eventuelle lokale smitteutbrudd vil smittesporingen også bli mindre omfattende hvis det i første omgang kun åpnes for trening, og ikke i tillegg kamper/arrangementer.

FHI anbefalte i svaret på oppdrag 142 å åpne for mulighet for regional/lokal differensiering av tiltak for breddeidretten. Vi mener at man på nåværende tidspunkt bør åpne for Fase 1 for breddeidretten for voksne over 20 år for hele landet, men at det ved lokale utbrudd bør være mulig for lokal helsetjeneste å innføre strengere smitteverntiltak lokalt/regionalt.

FHI mener det vil være hensiktsmessig å vurdere åpning av de neste fasene skissert i Norges Idrettsforbunds plan for gjenåpning av breddeidretten med tre ukers intervaller, slik at man får tilstrekkelig tid til å evaluere effekten av gjenåpning av foregående fase. Det vil i så fall bety at det gjøres en vurdering i uke 41 av gjenåpning av Fase 2 i uke 42. Vi foreslår også at Fase 3 og 4 slås sammen, og at det gjøres en vurdering i uke 44 av gjenåpning for disse i uke 45.

#### **Folkehelseinstituttets konklusjon:**

Idrett er et viktig helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak, og muligheter for normal utøvelse av idretten er viktig for å begrense frafall og opprettholde rekruttering på lengre sikt.

Gitt at dagens smittesituasjon holder seg stabil eller bedres, samt at åpningen begrenses kun til trening for fase 1, anser vi den mulig økte smitterisikoen ved gjenåpning som såpass liten at de positive effektene oppveier for dette. Vi anbefaler å avvente denne åpningen til 21. September for å se at den siste tidens lokale utbrudd ikke har gitt mer generell smitte i

samfunnet. Med de angitte smitteverntiltakene rundt de ulike aktivitetene bidrar dette betydelig til risikoreduksjon ved en eventuell åpning.

### **Helsedirektoratets vurdering og anbefalinger**

Avstand og generelle kontaktreduserende tiltak er godt dokumentert å ha god effekt ved dråpesmitte slik som ved SARS-CoV2, og det anbefales at dette rådet opprettholdes til allmennheten så lenge det er sirkulerende smitte i det norske samfunnet. Desto flere unntak det er fra dette rådet, jo vanskeligere er det å få den store gruppen av befolkningen til å overholde rådet om minst 1 meters avstand. Dersom mange unnlater å følge avstandsanbefalingen vil risikoen for smittespredning kunne øke.

Det er viktig med en gradvis åpning slik at smitteutviklingen kan følges og tiltakenes effekt vurderes.

#### *Differensiering av regioner*

Eventuell differensiering mellom ulike regioner vil kunne være relevant for mange ulike sektorer og arenaer. Det vises her til tidligere oppdrag på området, bl.a. oppdrag 142. Ved lokale utbrudd er det mulig for lokal helsetjeneste å innføre strengere smitteverntiltak lokalt/regionalt som vil kunne regulere aktiviteten. Dette har vi sett eksempler på, for eksempel nedstengning av skoler, treningssenteret, begrensninger for større arrangementer og idrett. Jamfør erfaringene fra Indre Østfold og Hamar.

#### *Unntak fra 1-meters anbefaling ved trening*

Helsedirektoratet anbefaler at deltakere innen breddeidrett i henhold til Norges idrettsforbunds prioriteringsliste per 13. august gis unntak fra den generelle anbefalingen om minst 1 meters avstand når de gjennomfører trening. Det anbefales en gradvis åpning av fasene. For å redusere spredning anbefales det åpne for trening med kontakt innad i klubben.

Det anbefales kun treningskamper internt i klubben i første omgang, da uten publikum. Andre treningskamper anbefales å vente til man åpner for arrangementer i breddeidretten for dem over 20 år.

Åpning for arrangementer og konkurranser i breddeidretten anbefales først etter at vi sett effekten av gjenåpningen av trening i alle breddeidrettens faser. Åpning for arrangementer og konkurranser vil øke mobiliteten innenfor regionen/kretsen.

#### *Gradvis åpning av fasene - treukers intervaller*

Basert på oversikten fra NIF inneholder fase 1 omtrent 23 500 deltagere. Fase 2 cirka 71 000 deltagere og fase 3 rundt 31 500 og fase 4 cirka 8000 deltagere.

Helsedirektoratet anbefaler fortsatt en kontrollert gjenåpning av breddeidretten over tid. Dette for å redusere antall lokale og eventuelt regionale og nasjonale utbrudd. For å gjennomføre en kontrollert åpning anbefales det at hver foreslått fase gjennomfører aktivitet i to uker og at man deretter har en uke der man vurderer effektene av økt aktivitet i breddeidretten over 20 år før man åpner neste fase.

Helsedirektoratet anbefaler at fase 1 gjenåpnes fra uke 39, 21. september. Etter to uker, i uke 41, gjøres det en vurdering av effekten av gjenåpningen av fase 1. Dersom smittesituasjonen tillater det, anbefales det deretter å åpne fase 2 fra uke 42. Deretter vurderes i uke 44 den samlede effektene av gjenåpningen av de to første fasene i breddeidretten for dem over 20 år. Fase 3 og 4 anbefales deretter å åpnes i uke 45 dersom smittesituasjonen tillater det.

#### *Gruppestørrelse*

Det anbefales å begrense gruppestørrelse så langt det er praktisk gjennomførbart.

#### *Endringer i forskrift*

Siden det kun anbefales å åpne for trening, ikke arrangementer (konkurranser) regulert i § 13, vurderes det ikke å være aktuelt med forskriftsendring.

#### *Endringer i veileder*

Veileder må oppdateres med aldersgruppen over 20 år gis unntak fra 1-meters regelen ved trening. Hvilke idretter det gjelder i respektive fase omtales ikke i veileder, dette må Norges idrettsforbund informere sine særforbund om.

#### **Helsedirektoratets konklusjon**

Helsedirektoratet er enig med Folkehelseinstituttets anbefalinger om gjenåpning av breddeidretten over 20 år. Breddeidretten for personer over 20 år kan få unntak fra anbefalingen om 1-meter avstand fra 21. september. Unntaket gjelder i første omgang det som Norges idrettsforbund har definert som fase 1. Det vil deretter gjøres en vurdering om åpning av de andre fasene. Gjenåpningen anbefales med forbehold om smittesituasjonene ved det aktuelle tidspunktene.

## Svar på 151 del 3 om karantene for flypersonell

### 1. Om oppdraget

Helse- og omsorgsdepartementet ga 28. august 2020 Helsedirektoratet følgende covid-19 oppdrag 151 deloppdrag 3:

Helse- og omsorgsdepartementet viser til vedlagte henvendelse fra NHO Luftfart og ber om at Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet gjør en smittevernfaglig vurdering av om det bør gjøres unntak fra karantene også på fritiden for omtalte grupper flypersonell. Vi ber også om forslag til eventuelle forskriftsendringer.

Deloppdrag 3 har frist torsdag 3. september kl. 14.

#### 1.1 Avgrensning og forståelse av oppdraget

Helsedirektoratet vil vurdere om det ut fra en smittevernfaglig vurdering bør gjøres unntak fra fritidskarantene for enkelte grupper flypersonell. Ut fra henvendelsen fra NHO dreier "grupper flypersonell" seg om norskbosatt flypersonell.

Helsedirektoratet har samarbeidet med Folkehelseinstituttet (FHI) om oppdraget.

#### 1.2 Oppsummerende fra henvendelsen fra NHO

Av henvendelse datert 21. august 2020 fra NHO Luftfart til Samferdselsdepartementet fremgår det avslutningsvis:

*"For flyselskapene er det avgjørende at man får en endring/presisering av dagens Covid-19-forskrift slik at det er klart at norskbosatt crew ikke er underlagt karanteneplikt på fritiden. Slik bestemmelsen nå er utformet fremstår det som klart at denne problemstillingen ikke har vært vurdert – ei heller konsekvensene av å legge seg på en slik fortolkning. Vi kan ikke se at smittevernsfaglige vurderinger kan vektles på en slik måte at man kan se bort fra andre konsekvenser en slik tilnærming gir. Det er viktig at man her legger seg på samme linje som gjøres i resten av Europa. Alt annet vil være svært konkurransevridende og ødeleggende for norsk luftfart."*

### 2. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttets hovedanbefalinger

Vi foreslår at norskbosatt flypersonell som starter og ender reisen i Norge etter å ha vært innom et rødt land, men ikke gått ut av flyet, underlegges de samme vilkår som andre personer som har vært på gjennomreise i et rødt område fra et grønt område, jf nåværende covid-19-forskrift § 5a.

Når det gjelder norskbosatt flypersonell som har overnattet eller som har vært ute av flyet på flyplassen, foreslås det at det stilles som vilkår for unntak fra karantenebestemmelsene at disse testes jevnlig, det vil si minimum hver 5. dag.

### 3. utfordringer ved dagens regulering av karantene for norskbosatt flypersonell

NHO har redegjort for hvilke utfordringer dagens karanteneregler gir for norskbosatt flypersonell. Av deres henvendelse fremgår det blant annet:

*"Utgangspunktet er at alle skal i karantene dersom man kommer til Norge fra "røde" land. Det er imidlertid flere unntaksbestemmelser fra karanteneplikten. Et av disse er unntakene er regulert i §6 (tredje ledd) i Covid-19-forskriften som har følgende ordlyd:*

*"Personer som er strengt nødvendige for å kunne opprettholde forsvarlig drift av kritiske samfunnsfunksjoner eller ivareta befolkningens grunnleggende behov, herunder personer som gjennomfører vare- og passasjertransport, er unntatt fra karanteneplikt etter § 5 i den tiden de er under reise mellom bolig og arbeidssted og i den tiden de er i arbeid. Bruk av unntaket skal avklares med virksomhetsledelsen."*

*Flyselskapene har, med de vurderingskriteriene som må være oppfylt mht. faktisk behov, benyttet denne unntaksbestemmelsen for crew som flyr til/fra Norge.*

*I henhold til rundskrivet til Covid-19-forskriften gjøres følgende presisering til §6 (tredje ledd):*

*"Unntaket fra karanteneplikt gjelder bare når personellet er på jobb eller på reise til og fra arbeidsstedet. Det betyr at der en person har fått unntak fra karantene, skal han eller hun innrette seg etter karantene-reglene i fritiden. For eksempel vil personell på tog eller fly og yrkessjåfører som transporterer last, kunne utføre sine arbeidsoppgaver uten hinder av karantene-reglene, selv om de kommer fra utlandet. De skal imidlertid forholde seg til karantene-reglene når de ikke er på jobb."*

*Etter hvert som flere land har blitt definert som røde etter at selskapene gjenopptok flyginger til utlandet i sommer, har det oppstått usikkerhet rundt hvordan unntaksbestemmelsen skal forstås ift. operativt crew. Dersom man legger til grunn at aktivt crew, som har vært innom et "rødt land" må gå i hjemmekarantene når de ikke er på jobb, vil dette i praksis bety at et stort antall av flyselskapenes crew til enhver tid vil måtte belage seg på hjemmekarantene på fritiden (og på gjentakende ubestemt tid de neste månedene)."*

#### 4. Smittevern-faglig vurdering

Helsedirektoratet har mottatt følgende innspill fra FHI:

*"Spørsmålet er om ansatte i luftfarten som hyppig besøker røde land kan få unntak fra fritidskarantene etter kortvarige stopp. Flyselskapene gir p.t. disse ansatte unntak fra karantene for å dekke en samfunnskritisk funksjon. Dette unntaket gjelder kun i arbeid, og de ansatte må ha karantene på fritiden.*

*Smittevern-faglig dreier det seg om to ulike scenarier:*

- 1. Stopp på flyplass uten å forlate flyet. Smittevern-faglig behøver ikke dette å regnes som opphold i rødt land. Slike stopp gir ikke høyere smitterisiko enn selve flygningen. Det bør kunne gis unntak for karanteneplikt for denne typen stopp. I vårt forslag til endringer i karantenebestemmelser, oppdrag 141, vil denne gruppen være unntatt karantene:*

*Personer som reiser til Norge fra områder som på innreisetidspunktet til Norge ikke er omfattet av karanteneplikt etter tabellen i vedlegg A, gjennom et område som er omfattet av karanteneplikt etter tabellen i vedlegg A, regnes ikke som smitteutsatte og er unntatt fra karantene dersom de*

- reiser i privat kjøretøy eller turbuss eller er mannskap på transport på vei til eller fra Norge*
- ikke overnatter i området og*
- oppfyller kravene til avstand og god smittehygiene under reisen*



2. Stopp på flyplass der flyet forlates, evt også med overnatting. I denne situasjonen kan personalet komme i kontakt med mange flere personer. Her bør man vel vurdere risikoen på samme måte som for andre som mellomlander på en internasjonal flyplass i rødt område. Det er mulig man kan be flyselskapene om å beskrive risikoreduserende tiltak, og planer for hvordan oppholdene kan gjennomføres.

I Folkehelseinstituttets innspill til endringer i karantenebestemmelsene, oppdrag 141, er det foreslått en løsning for personer som jevnlig krysser grensen til Norge.

Alternativ til karantene for pendlere, arbeids- og oppdragstakere og andre som jevnlig må krysse grensen til Norge

- Personer som jevnlig og hyppig må krysse grensen mellom Norge og områder som er omfattet av karanteneplikt jf § 5, som ikke kan gjennomføre karantene eller testregime etter § 6c etter hver eksponering, kan som alternativ til karantene testes jevnlig.
- Slik test bør skje hver 5. dag eller etter vurdering av lokale smittevernmyndigheter.

#### **Folkehelseinstituttets konklusjon**

Vår anbefaling er at problemstillingen som NHO luftfart har tatt opp løses gjennom forskriftsendring som foreslått i innspill til oppdrag 141, fremfor å gjøre unntak fra eksisterende forskrift."

Merknad: FHIs innspill referer i punkt 2 til departementets forslag til endringer i karanteneregelverket datert pr 1. september 2020.

#### Helsedirektoratets vurdering

Helsedirektoratet anser at det er en viss smittefare ved alle mellomlandinger ved at flypersonell kommer i kontakt med befolkning med høyere smittetrykk. Det er derfor ønskelig å begrense denne risikoen mest mulig. Der personell i tillegg overnatter og/eller beveger seg utenfor flyplassene, blir smitterisikoen enda høyere og vi vil derfor ikke anbefale unntak fra karanteneplikt for flypersonell som forlater flyet eller overnatter, uten smittekompenserende tiltak. Et slikt tiltak vil for eksempel være at det stilles krav om jevnlig testing.

Helsedirektoratet og FHI mener ellers at et tiltak med jevnlig testing også vil kunne ilegges pendlere, arbeids- og oppdragstakere og andre som jevnlig må krysse grensen til Norge.

#### 5. Forslag til forskriftsendringer

Som det fremgår over så mener vi flypersonell som ikke forlater flyet vil være sammenlignbart med personer på gjennomreise i rødt land og at disse da vil omfattes av unntaket i covid-19-forskriften § 5a bokstav a med følgende tilføyelse:

- a) reiser i privat kjøretøy eller turbuss eller er mannskap på transport på vei til eller fra Norge

Når det gjelder flypersonell som forlater flyet eller overnatter så legger vi til grunn at denne gruppen i utgangspunktet er underlagt karantene, men at de kan omfattes av en unntaksbestemmelse som kan utformes slik:

Tilføyelse til covid-19-forskriften § 6:

" Pendlere, arbeids- og oppdragstakere og andre personer som i sitt arbeid jevnlig krysser grensen mellom Norge og områder som er omfattet av karanteneplikt jf § 5, kan gis unntak fra karantene dersom de testes jevnlig. Med jevnlig menes minimum hver 5. dag."

## Svar på oppdrag 151 del 4

Vurdering av grunnleggende tiltaksnivå i landet og i regioner - Hdir og FHI bes følge situasjonen nøye for å sikre at det iverksettes gode tiltak lokalt - styrking av kommunikasjon om avstandskravet med fokus på bedre forståelse av bakgrunn og begrunnelse

### Innspill

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet følger og vurderer situasjonen kontinuerlig.

Direktoratet og instituttet vurderer til enhver tid om det nasjonale tiltaksnivået bør justeres ut fra smittesituasjonen. I tillegg påligger det Helsedirektoratet å vurdere om det er behov for å iverksette tiltak for hele eller deler av landet. I slike situasjoner skal det innhentes kunnskap fra Folkehelseinstituttet

Dersom det er nødvendig, er det kommunene som har ansvar for å iverksette lokale tiltak som tillegg til covid-19-forskriftens bestemmelser, eksempelvis ved bruk av tiltak etter smittevernloven § 4-1. Kommunene har dermed en meget viktig rolle knyttet til iverksettelse av tiltak mot covid-19. I sine vurderinger av om det er nødvendig å iverksette tiltak, og i så fall hvilke, er både Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet naturlige rådgivere dersom kommunens ønsker bistand. Det kan også være naturlig at nabokommuner eventuelt samkjører sine tiltak dersom det er behov for det, jf. også covid-19-forskriften § 12 c.

Det er også viktig at Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet fortsetter å ha nær dialog rundt råd som gis. Vi ser at det er behov for å styrke kommunikasjonsarbeidet overfor befolkningen knyttet både til råd og tiltak.

Informasjon og råd må være enkelt forståelig og oppleves som logiske og rimelige. Kommunikasjonsarbeidet skal legge vekt på faglige begrunnelser for de tiltak som beskrives, og vi vil være tydeligere på at vi må leve med de grunnleggende smitteverntiltakene helt fram til vi er beskyttet gjennom en vaksine. Å følge smittevernårådene, herunder avstandskravet, er den nye normalen.

Helsedirektoratet følger befolkningens kunnskap, tillit og etterlevelse av råd gjennom ukentlige spørreundersøkelser og fokusgrupper. Tiltak vil bli iverksatt der vi ser at det er behov. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet samarbeider om de konkrete informasjonstiltakene rettet mot befolkningen.

Oppdrag 151 del 4 er et løpende oppdrag, og har oppgavene som en integrert del av arbeidet.

# Svar på oppdrag 151 del 5

## Oppdraget

*"Det bes om at råd om munnbind inngår i de regelmessige rapporteringene. Departementet ber om at nye krav eller anbefalinger om munnbind som berører store grupper av befolkningen forelegges departementet for beslutning."*

Oppdrag 151 del 5 er et løpende oppdrag

## Folkehelseinstituttets vurderinger

Regjeringen bestemte den 14. august at fra og med mandag 17. august og 14 dager fremover ble det anbefalt at reisende med kollektivtrafikk i, til og fra Oslo og bo- og arbeidsregion Indre Østfold (Indre Østfold, Rakkestad, Skiptvedt og Marker) bruker munnbind der en ikke kan opprettholde 1 meters avstand. 28.8 ble rådet forlenget for Oslo, men opphevet for arbeidsregion Indre Østfold.

Folkehelseinstituttet har denne uken analysert den epidemiologiske situasjonen for Oslo, Hamar samt for Bergen, for å kunne gi oppdaterte råd.

Kommunehelsetjenesten i de nevnte områdene og ellers i landet gjennomfører et imponerende arbeid med testing, isolering, smittesporing og karantenering (såkalt TISK) for å avgrense og stoppe utbruddene. Dette, sammen med grunnleggende smitteverntiltak som å være hjemme når man er syk, hånd- og hostehygiene, holde minst 1 meters avstand og rengjøring, er de viktigste virkemidlene vi har i den nåværende epidemiologiske situasjonen.

## Den epidemiologiske situasjonen per 2. september

I Oslo er antall nye tilfeller med bekreftet covid-19 fortsatt høyt, og 14 dagers insidensen per 100 000 har siste uka ligget over 30. Flere av disse vil alt være i karantene og derfor utgjøre mindre smittepress overfor andre. Selv om vi trekker fra de som er kodet som «bekreftet nærkontakt til kjent tilfelle» har 14-dagers insidensen ligget rundt 30 de siste fire dagene.

I Bergen kommune er det den siste tiden rapportert om utbrudd avgrenset til studentmiljøer i byen. 14 dagers-insidensen har de siste dager variert mellom 20 og 29 per 100 000. Det siste dagers diagnostisert med covid-19 har alle vært i karantene.

I Hamar har 14 dagers insidensen per 100 000 siste uka ligget over 60, men antall nye identifiserte tilfeller har sunket de siste dagene. Alle som er diagnostisert med covid-19 de siste dagene er personer som er definert som nærkontakter og derfor er i karantene.

I Fredrikstad og Sarpsborg og enkelte nærliggende kommuner pågår det nå et utbrudd som startet i et religiøst miljø i forbindelse med feiring av høytid. Hittil omfatter utbruddet rundt 80 personer. Mange av de smittede er barn som går i barnehage, og flere skoler. Så langt er utbruddet avgrenset til et bestemt miljø og deres nærkontakter.

I bo- og arbeidsregion Indre Østfold med kommunene Indre Østfold, Rakkestad, Skiptvedt og Marker er det bare diagnostisert tre nye tilfeller de siste fjorten dagene. Utbruddet regnes således med å være over.'

## Vurdering

For å sikre forutsigbarhet og legge til rette for god planlegging og implementering lokalt er det viktig at beslutningsprosessen rundt anbefalinger om bruk av munnbind og lokalt handlingsrom er tydelig kommunisert til kommunene. Råd om anbefaling om munnbind bør tilpasses smittesituasjonen lokalt og foretas etter samråd med berørte kommuner og/eller bo- og arbeidsregioner.

Det gjøres mye godt smittesporingsarbeid for å avdekke flest mulig tilfeller. Dette kan medføre et forbigående høyere antall tilfeller, men vil kunne hindre videre spredning.

Da det fortsatt er et høyere smittepress i Oslo, anbefaler FHI å forlenge rådet om munnbindbruk på offentlig transport der en ikke kan opprettholde 1 meters avstand med én uke. I løpet av den uka vil vi forhåpentligvis kunne se effekten av smittesporing, råd om ansvarlig sosial atferd og andre smitteverntiltak.

FHI mener det ikke er nødvendig å gi anbefaling om bruk av munnbind på offentlig transport der en ikke kan opprettholde 1 meters avstand i Bergen eller Hamar fordi utbruddet ser ut til å være avgrenset, og smittepresset ser ikke ut til å være økende i den generelle befolkningen. Den samme vurderingen gjøres også nå for utbruddet i Fredrikstad og Sarpsborg og enkelte nærliggende kommuner da dette så langt også er avgrenset til et miljø uten tegn til økt smitte i den generelle befolkningen. Utbruddet i Indre Østfold anses som over.

Folkehelseinstituttet vil komme tilbake til hvordan dette vil rapporteres i ukene fremover, men svares i denne uken ut sammen med øvrige deler av oppdrag 151.

## Helsedirektoratets vurderinger

Helsedirektoratet samarbeider med Folkehelseinstituttet om et større oppdrag rundt munnbind som vil bli besvart innen 2 uker.

Helsedirektoratet støtter vurderingen fra Folkehelseinstituttet og anbefaler at man i Oslo forlenger rådet om munnbindbruk på offentlig transport der en ikke kan opprettholde 1 meters avstand. Grunnet økende smittepress og ønske om mest mulig forutsigbarhet anbefaler Helsedirektoratet at rådet forlenges med 2 uker.

Helsedirektoratet vurderer i likhet med Folkehelseinstituttet at det i nåværende situasjon ikke er nødvendig med tilsvarende råd andre steder i landet.