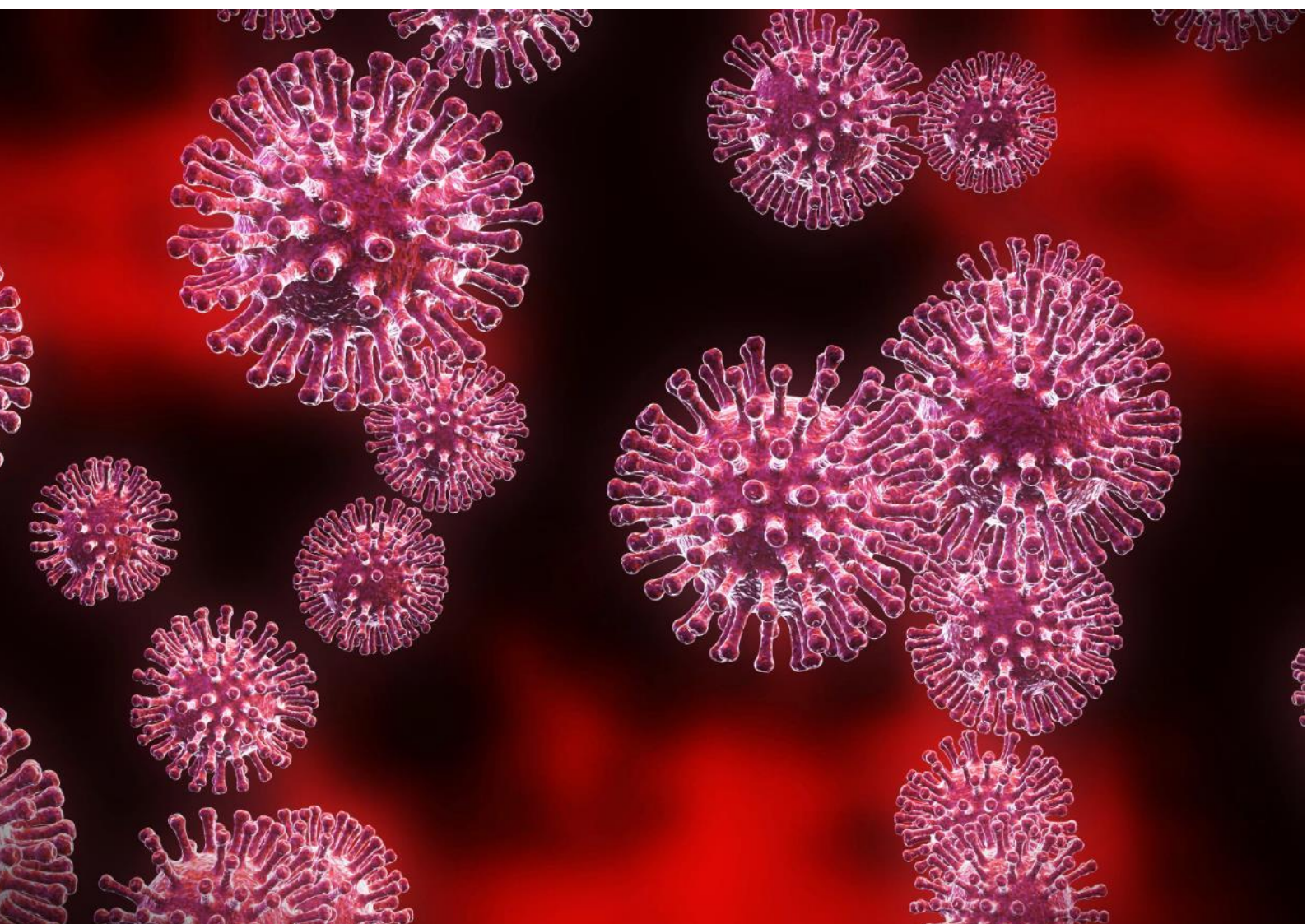


HelseDirektoratets anbefaling om tiltak mot utbruddet av koronavirus i Norge

Rapport levert 4. april 2020



Innhold

Sammendrag	4
Status for utbruddet og innførte tiltak.....	6
Innledning.....	6
Status og prognoser for epidemien i Norge	6
Effekt av innførte tiltak på epidemien i Norge	7
Internasjonale erfaringer med tiltak mot epidemien.....	7
Helse- og omsorgstjenestens mulighet for å håndtere en smittetopp	8
Øvrige konsekvenser for helse- og omsorgstjenesten	9
Samfunnsmessige konsekvenser.....	10
Overordnet om håndtering av utbruddet	12
Strategiske vurderinger	12
Slå-ned-strategi	12
Bremse-strategi	12
Valg under usikkerhet	13
Konkrete tiltak og tilnærminger i et samfunnsperspektiv	16
Mer intensiv smitteoppsporing.....	16
Mer målrettede tiltak rettet mot personer med økt risiko for Covid-19	16
Skoler og barnehager	17
Samfunnsøkonomisk vurdering.....	18
Anbefalinger	19
Anbefaling om Covid-19-forskriften.....	19
Gjenopptakelse av ordinær drift i helsetjenesten.....	20
Anbefaling om hytteforbud.....	21
Gjennomgang av tiltak	21
Folkehelseinstituttets råd.....	21
Vedlegg.....	23
Vedlegg 1: Kunnskapsgrunnlag	24
Vedlegg 2: Gjennomgang av tiltak.....	25

Sammendrag

Tiltakspakken mot Covid-19 har vært effektiv. Smittespredningstallet RE er på landsbasis brakt ned fra 2,59 til 1,08, men vil antakelig være under 1 når påsken er over. I øyeblikket er derfor epidemien under kontroll på landsbasis. Det gir oss mulighet til å holde smitten og smitterisikoen nede på et lavt nivå og etter hvert lempe på en del av de mest inngripende tiltakene. Men det er store geografiske forskjeller, og enkelte steder kan det være nødvendig med økt innsats.

Målet med arbeidet er å ivareta befolkningens velferd i størst mulig grad. For å oppnå det, er det viktig å oppnå et så lavt antall smittede i samfunnet som mulig.

Hvis vi ikke letter på tiltakene gradvis og kontrollert, kan epidemien blusse opp igjen, og da vil mye av verdien av dugnaden gå tapt. Det er derfor nødvendig å beholde de fleste tiltakene en tid til. Jo lengre ned vi klarer å slå ned epidemien nå, desto enklere blir det å holde epidemien på et lavt nivå med forholdsvis lite inngripende tiltak – og desto mer normal vil vår nye hverdag kunne bli.

Kostnadene ved tiltakspakken har vært enorme og de negative ringvirkningene i samfunnet og helsetjenesten betydelige, ref. ekspertgruppe for samfunnsøkonomi sine beregninger. Prisen per vunnet leveår eller reddet pasient for Covid-19-pasientene er langt over grensen for hva vi normalt ville være villig til å betale. Men dette er en nødvergesituasjon der prisen for å ikke handle, kunne blitt enda høyere. Det har vært viktig å skape forutsetninger for å kunne gi mest mulig verdig behandling og omsorg til alle gjennom pandemien og bevare stabilitet i samfunnet og unngå kaos.

En ren smittevern faglig vurdering tilsier at alle tiltakene i Covid-19-forskriften bør videreføres i ytterligere to uker. En samlet veiing av helsegevinst mot skadevirkninger tilsier at det kan være riktig å oppheve det nasjonale stengevedtaket for barnehager, barneskoler (1-7 trinn) og skolefritidsordninger. En slik endring vil kreve forsterket testing og smitteoppsporing og et godt system for å kunne følge med på smitteutviklingen slik at vi raskt kan oppdage utbrudd og iverksette nødvendige tiltak. Det krever også at befolkningen støtter lojalt opp om de øvrige tiltakene og hygienereglene for barnehager, barneskoler og skolefritidsordninger, og at barn holdes unna personer med økt risiko.

Anbefalinger:

- Helsedirektoratet anbefaler derfor i tråd med rådene fra ekspertgruppen på barn og unge at det nasjonale vedtaket om stenging av barnehager, barneskoler og skolefritidsordningen oppheves fra den 20. april, men at tiltaket inntil videre opprettholdes for ungdomsskoler, videregående skoler og andre skoler og utdanningsinstitusjoner. I områder med stor smitte bør barnehager, barneskoler og fritidsordning fortsatt være stengt. Folkehelseinstituttet bør utarbeide veileder som kommunene kan benytte når de skal ta stilling til om disse institusjonene skal holde åpent eller stenge. Av praktiske grunner kan det være fornuftig at barnehagene åpner først og skolene og skolefritidsordningen en uke senere.
- Helsedirektoratet anbefaler at den nasjonale stengingen av tjenester som innebærer én- til én-kontakt som frisør, massasje, hudpleie og lignende, oppheves fra den 20. april. Disse virksomhetene kan åpnes under forutsetning av at disse kan etablere tilstrekkelige hygieniske beskyttelsestiltak og lokale smittevernmyndigheter finner det forsvarlig.

- Helsedirektoratet anbefaler at andre tiltak i Covid-19-forskriften videreføres i ytterligere to uker.
- Helsedirektoratet anbefaler at forbudet mot overnatting på fritidseiendom oppheves fra den 14. april.
- Fremover vil det være nødvendig å ha målrettede tiltak i områder med mer utbredt smitte. Slike tiltak bør være lokalt forankret, men bør være nasjonalt koordinert og skje etter råd og veiledning fra nasjonale myndigheter.
- Helsetjenesten bør snarest vurdere hvilke deler av ordinær drift som gradvis kan gjenopptas ut fra lokale forutsetninger og oppdatert informasjon om viruset og utbredelse av epidemien.
- Helsetjenesten bør vurdere om rehabiliteringsklinikker som er omdisponert til behandling av covid-19 pasienter bør forberedes på ordinær rehabilitering og da særlig lungerehabilitering. Det bør tilstrebes å gjenopprette helsetjenester til barn og unge på et normalt nivå og ordinær organisering.
- Helseforetakene fortsetter å arbeide for å skaffe tilstrekkelig smittevernustyr for å kunne håndtere en smittetopp både i spesialist og kommunehelsetjenesten.
- Helseforetakene, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet fortsetter å arbeide for å øke kapasiteten betydelig og så raskt som mulig for testing og smittesporingsarbeid.
- Det bør gjennomføres et omfattende kommunikasjonsarbeid rettet inn mot både publikum og helsepersonell etter hvert som vi gradvis skal trappe ned noen av de inngripende tiltakene. Det skal gis god veiledning og informasjon til kommuner og spesialisthelsetjenestene via Fylkesmennene og RHF. Det bør også gis veiledning og god informasjon til kommunene om åpning av barnehager, barneskoler og skolefritidsordninger, intensive intensjonen om å opprettholde avstand og gruppeinndeling.
- Det overordnede målet bør fortsatt være å slå ned epidemien.
- Helsedirektoratet slutter seg for øvrig til Folkehelseinstituttets anbefalinger.

Status for utbruddet og innførte tiltak

Innledning

Helsedirektoratet har fått i oppgave å gi en anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet om tiltak mot utbruddet av Covid-19. Folkehelseinstituttet (FHI) og de regionale helseforetakene har gitt råd til Helsedirektoratet som en del av grunnlaget for anbefalingene. Anbefalingene bygger også på innspill fra kommunesektoren via Fylkesmennene og KS, en ekspertgruppe ledet av professor Steinar Holden som har sett på samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak, en ekspertgruppe ledet av utdanningsdirektør Hege Nilsen som har sett på tiltak på skole- og barnehageområdet, innspill fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) om kritisk viktige samfunnsfunksjoner, og informasjon fra arbeidsgiver- og arbeidstagerorganisasjonene og andre aktører (se vedlegg 1).

Status og prognoser for epidemien i Norge

FHI sin statistikk og modellering viser at smittespredningstallet RE for landet samlet er brakt ned fra 2,59 den 12. mars til 1,08 den 3. april med konfidensintervall fra 0,75 – 1,40 (se vedlegg – FHIs rapport). Med dette er vekstkurven sterkt redusert. Den brytes når R blir lavere enn 1. Det er imidlertid stor variasjon i smittesituasjonen mellom kommuner, regioner og landsdeler, for eksempel mellom bydeler i Oslo og kommuner i Nordland. Folkehelseinstituttets modellering bygger på data på kommunenivå. Kommuner som har en økende smittespredning, bør videreføre eller skjerpe tiltakene til de har kontroll. Risikoen for spredning i Norge er fortsatt høy.

Det er registret 4 935 tilfeller av Covid-19, men det antas at ca. 15 000 er smittet totalt sett til nå i Norge. Oslo har en vesentlig høyere forekomst enn resten av landet. Det vil fortsatt komme nye smittede fremover, men færre enn før. Til nå har 42 personer dødd av Covid-19 i Norge. Den 4. april var 306 pasienter innlagt i sykehus. 98 av disse var innlagt i intensivavdeling. Det er forventet at antall innlagte i sykehus vil gå gradvis ned, men det vil fortsatt komme dødsfall blant de som nå er innlagt.

Med det smittepresset vi har nå, tilsier prognosene at belastningen vil være håndterbar for sykehusene de nærmeste tre ukene.

FHIs modellering påvirkes fortsatt noe av at mange sykehusinnlagte er smittet før tiltakene ble satt inn. Det betyr at RE allerede nå kan være under 1, og at den i hvert fall vil være det etter påske. Uten ny smitte fra utlandet, kan derfor epidemien gradvis gå tilbake og dø ut hvis tiltakene opprettholdes.

Så lenge epidemien ikke er slått helt ned i andre land, er det imidlertid uunngåelig at det oppstår nye smittetilfeller i Norge. Det kan for eksempel ha kommet ny smitte fra utlandet med de norske innbyggerne som er kommet til Norge de siste ukene, uten at vi kjenner dette antallet nå.

Fremover har epidemien tre mulige forløp. 1) Et stabilt antall smittede på et lavt nivå. 2) Et stabilt antall smittede på et høyere nivå. 3) Et gradvis økende antall smittede – RE går over 1.

Det er to forhold som vil påvirke hvordan forløpet faktisk kommer til å bli. Det ene er smittepresset i andre land, og hvor godt vi klarer å hindre import av smitte. Det andre er hvor effektivt vi klarer å oppspore de nye tilfellene og hindre videre spredning.

Effekt av innførte tiltak på epidemien i Norge

Det store fallet i RE viser at tiltakspakken samlet sett har vært svært effektiv. Siden alle de inngripende tiltakene ble innført samtidig, er det ikke mulig å avgjøre smitteverneeffekten av hvert enkelt tiltak. Tiltakene kan deles i fire grupper.

- 1) **Tiltak som hindrer overføring av smitte:** håndvask, hostehygiene, holde avstand til andre.
- 2) **Tiltak som reduserer kontakt mellom mennesker:** hjemmekontor, mindre bruk av offentlige kommunikasjoner, forbud mot arrangementer og grupper med flere enn 5, stenging av barnehager og skoler, stenging av virksomheter hvor det er nær kontakt mellom mennesker.
- 3) **Tiltak som hindrer at smittede kommer i kontakt med andre:** isolasjon av syke, karantene for nærkontakter, aktiv smitteoppsporing og utstrakt testing.
- 4) **Tiltak som hindrer import av smitte fra utlandet:** hjemmekarantene etter utenlandsopphold, stenging av grensen, råd om å avstå fra ikke-strengt nødvendige reiser.

Tiltakene i gruppe 1 er grunnmuren. De har lave kostnader og antas å ha hatt stor betydning. Kommunikasjonsarbeidet mot befolkningen er avgjørende. Undersøkelser gjort av Helsedirektoratet viser at budskap om smitteråd når fram, og at folk opplever rådene som nyttige. De siste målingene fra april 2020 fant at 100 % av de spurte vet hvordan smitte skal forebygges.

Tiltakene i gruppe 2 antas å være effektive totalt sett og har vært viktige i denne fasen av epidemibekjempelsen, men antakelig har noen av tiltakene hatt større effekt enn andre. Tiltakene i gruppe 3 antas å være effektive og vil være nødvendige så lenge slå-ned-strategien skal gjennomføres. Tiltakene i gruppe 4 er også nyttige, men bare i de fasene av epidemien der vi har lavere smittepress i Norge enn i andre land.

En mer detaljert gjennomgang av tiltakenes effekt er gitt i rapporten fra FHI (se vedlegg).

Internasjonale erfaringer med tiltak mot epidemien

Epidemien er nå utbredt til praktisk talt hele verden. Situasjonen er kritisk eller truende kritisk for helsetjenesten i mange land. Den er i øyeblikket mest prekær i Italia, Spania, Storbritannia og USA, men det er forventet enda større problemer i fattige og folkerike land når epidemien blusser opp for fullt der. I Afrika og Sør-Amerika har mange av landene bare noen titalls respiratorer for hele befolkningen.

De landene som er kommet best ut, har innført svært omfattende smittebegrensende tiltak (Kina, Sør-Korea og Singapore). Land som planla mildere tiltak, for eksempel Sverige, Storbritannia og USA, har vært nødt til å innføre mer omfattende tiltak etter hvert. I både Storbritannia og USA ble situasjonen kritisk fordi myndighetene ventet med å sette inn tiltak.

Det er vanskelig å si noe sikkert om effekten av enkelte tiltak også i utlandet. Men det ser ut til at det har vært mer effektivt å slå til med en omfattende og kraftfull tiltakspakke tidlig, enn å gradvis innføre tiltak etter hvert som man anser det nødvendig. Modelleringsstudier fra Imperial College

London viser at de omfattende tiltakspakkene har redusert smittespredningstallet RE betydelig i alle land som har innført dem.¹

Tiltakene som slo ned epidemien i Kina fremstår som effektive, men alle tiltakene som ble gjennomført der, kan neppe gjennomføres hos oss. Tiltakspakken i Sør-Korea har større overføringsverdi. Det er hevdet at Sør-Korea fikk kontroll over epidemien i sitt land blant annet ved hjelp av utstrakt testing for å finne og isolere smittede, og intensiv oppsporing og karantenering og tett oppfølging av smittekontakter ved hjelp av avanserte teknologiske løsninger. Det er videre hevdet at en viktig grunn til suksessen i asiatiske land har vært at de har isolert de syke i egne lokaler borte fra familien. Vi vil vurdere om vi kan lære noe av deres effektive smitteoppsporingsarbeid og om også vi i høyere grad bør isolere de syke adskilt fra familien, for eksempel i hoteller eller lignende.

Helse- og omsorgstjenestens mulighet for å håndtere en smittetopp

Ingen land er godt nok forberedt til å kunne håndtere toppen i denne epidemien slik den ville ha utviklet seg uten inngripende tiltak for å flate ut epidemikurven. Da epidemien kom til Norge, var helsetjenesten heller ikke rustet til å håndtere en moderat epidemitopp fordi det oppstod akutt mangel på smittevernutstyr. I de siste ukene har helseforetakene og kommunene fått anledning til å kjøpe inn dette. Det er også bestilt flere respiratorer, og gjennomført opplæring av personell. Vi står derfor betydelig bedre rustet nå enn for kort tid siden. På grunn av lang leveringstid for respiratorer, vil imidlertid ikke sykehusene ha full kapasitet før i juni. I henhold til Folkehelseinstituttets siste prognose vil en topp sannsynligvis tidligst komme i juni. Utviklingen knyttet til kapasitet og prognoser for epidemien må dermed følges nøye framover.

Kapasiteten for intensivbehandling vil være den mest kritiske faktoren for å redde de som utvikler alvorlig Covid-19-sykdom. Den normale kapasiteten i landet er 289 intensivplasser. Ved å ta i bruk såkalte intermediærplasser og lære opp ekstra personell, er det laget planer for å kunne håndtere ca. 742 intensivpasienter med dagens respiratorkapasitet, men dette kan utvides til 925. Med de nær 400 nye respiratorene som er bestilt, vil sykehusene så vidt ha nok respiratorer til å kunne håndtere en topp på nær 1 200, men det kan oppstå mangel på utstyr og reagenser til respiratorbehandling og dialyse. Det blir også krevende å få nok personell, og det vil bli nødvendig å senke standarden og arbeide på nye måter. Jo mer kapasiteten til helsetjenesten blir satt på strekk under en smittetopp, jo vanskeligere vil det være for intensivpersonell og andre å stå i situasjonen over dager og uker. En slik smittetopp vil også påvirke tilbudet for pasienter med andre sykdommer enn Covid-19.²

Det vil også kunne være mulig å øke kapasiteten noe ved å utnytte ressurser utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten. Jo høyere epidemitoppen blir, desto mer vil man måtte redusere standard og krav til kvalitet, og jo mer vil det gå ut over andre pasienter enn Covid-19-pasientene.

¹ Seth Flaxman, Swapnil Mishra, Axel Gandy et al. Estimating the number of infections and the impact of nonpharmaceutical interventions on COVID-19 in 11 European countries. Imperial College London (2020).

² Grunnet behov for forankring hos partene i arbeidslivet, er siste to setningene i avsnittet er endret fra innsendt anbefaling 4. april 2020, der det stod: "Planen forutsetter for eksempel at én intensivsykepleier sammen med trente assistenter klarer å håndtere fire respiratorpasienter samtidig - det normale er 1,2 intensivsykepleier per respirator. Det vil være vanskelig for intensivsykepleierne å tåle en så stor belastning i mer enn noen få uker. Ved så stor belastning vil også tilbudet bli redusert for pasienter med andre sykdommer enn Covid-19."

Helsedirektoratets vurdering er at sykehusene i beste fall vil kunne håndtere en topp med 4 500 innlagte pasienter hvorav, 1 200 er på intensivavdelinger, men det vil bli meget krevende, og det avhenger av at personellet holder seg friske. Det vil bare kunne gjennomføres i en kort periode. Det er helseforetakenes ansvar å planlegge for tilstrekkelig kapasitet.

Ambulansetjenesten og nødmeldesentralene har også gjennomført tiltak for å tilpasse seg økt arbeid i en smittetopp med Covid-19-pasienter ved å bruke annet personell, ha lengre vakter og endre rutiner.

I kommunene er det mange steder etablert egne Covid-19-klinikker og luftveislegevakter. Sykehjem, kommunale øyeblikkelighjelpavdelinger og hjemmetjenesten har tatt imot flere og sykere pasienter fra sykehusene enn før, i tillegg til at de har håndtert Covid-19-pasienter. Helsepersonell som blir syke eller må i karantene, er en stor ekstra utfordring for denne tjenesten som allerede på forhånd hadde mangel på kvalifisert personell.

Det er mulig å skalere opp tjenestene ytterligere for å håndtere et høyere antall Covid-19-pasienter, og mange kommuner har konkrete planer for dette. Det er for eksempel mulig å frigjøre i størrelsesorden 9 000 korttidsplasser i sykehjem. Men det vil ha betydelige konsekvenser for andre brukere og pasienter i kommunene, særlig sårbare grupper, og det vil bli nødvendig å jobbe på nye måter, bruke personellet på en annen måte, og kanskje også senke standarden.

Øvrige konsekvenser for helse- og omsorgstjenesten

Karantenereglene har ført til at et stort antall helsepersonell er tatt ut av jobb. Dette har svekket kapasiteten både i sykehusene og i kommunehelsetjenesten. Behovet for å ruste opp både senge- og intensivplasskapasiteten i sykehusene har gjort at mye av den elektive virksomheten er trappet ned. Det samler seg derfor opp en stor liste av pasienter som vil måtte behandles når epidemien er over eller i en fase som tillater elektive tilbud.

I primærhelsetjenesten er belastningen ujevn. Kommunehelsetjenesten har stor belastning med testing og smitteoppsporing av Covid-19. Fastlegene har i stor grad lagt om sin arbeidsform til telefon- og videokonsultasjoner, men er bekymret for at pasienter velger å avstå fra å gå til lege på grunn av frykt for å bli smittet. Pasienter med kroniske lidelser får dermed ikke den oppfølgingen de burde hatt. Dessuten er det vanskeligere å vurdere pasienter uten å kunne undersøke dem fysisk.

Flere kommuner har allerede stor belastning, delvis av pasienter med Covid-19, men også fordi sykehusene har redusert sin sengekapasitet for andre lidelser enn Covid-19. Det har allerede ført til økt belastning i kommunesektoren.

Frykten epidemien skaper i befolkningen går særlig ut over sårbare grupper som utsatte barn, eldre og pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser. De som får utsatt elektiv behandling vil også kunne få tap av helse og livskvalitet. Det samme gjelder personer som mister arbeidet. Det er viktig også av smittevern hensyn at vi så langt som mulig klarer å opprettholde et godt tilbud til disse gruppene.

Både epidemien i seg selv og tiltakene som er iverksatt, rammer sårbare grupper særlig sterkt. Fremover bør tjenestene til barn og unge (helsestasjon, skolehelsetjeneste, BUP) så langt det er

mulig fortsatt kunne å gi tilbud til disse gruppene. Mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser og mennesker med alvorlig sykdom, bør også prioriteres. Ved opptrapping av ordinære helsetjenester må nødvendig smittevernhensyn tas.

Arbeid hjemmefra over tid kan ha innvirkning på helsen for eksempel ved at folk er mindre fysisk aktive. Ensomhet kan øke risikoen for sykdom og gjøre det vanskeligere å mestre en ny hverdag. God informasjon må nå alle deler av befolkningen, også innvandrerbefolkningen, for å motvirke smitteopphopning og sørge for at alle oppsøker helsevesenet når det er anbefalt. Pårørende som tar seg av sine nære, får ofte en større belastning når tjenester i helsevesenet forsvinner.

En rekke utfordringer i helse- og omsorgstjenesten er knyttet til epidemien i seg selv og situasjonen globalt, snarere enn norske tiltak mot epidemien. Mangel på testreagenser og smittevernutstyr for helsepersonell er eksempler på det. Prisen på legemidler fra utlandet går opp når kroneverdien faller, og tilgangen på legemidler blir dårligere og mindre forutsigbar. Norge øker derfor sine beredskapslagre av legemidler for antibiotika og kroniske sykdommer.

Opgavene som kommer med Covid-19 belaster både kommunene og helseforetakene. Det blir ekstra viktig at tjenestene samarbeider godt om rutiner og kliniske vurderinger, og at de kan bistå hverandre med materiell og personell, om nødvendig.

Samfunnsmessige konsekvenser

Koronakrisen rammer bredt. Alle lag av befolkningen er berørt, enten det måles etter utdanning, inntekt, eller familiebakgrunn. Likevel er det tydelige sosiale gradienter: Risikoen for oppsigelse eller permittering er klart større for arbeidstakere med lav inntekt, lav utdanning, og lavinntekts familiebakgrunn. Yrke og bransje er viktig: Jobber som innebærer fysisk kontakt med andre er mest utsatt for permittering. Kvinner er mer utsatt enn menn. Unge er mer utsatt enn eldre. Minoritetsgrupper er mer utsatt enn norskfødte. Familier med barn mer utsatt enn familier uten barn.

Gjennom en vurdering av andre endringer som kan oppstå gjennom Covid-19-epidemien og dens påvirkning på helsetjenesten og befolkningens helse, har vi kommet frem til følgende viktige tiltak på kort sikt:

1. Sterkere tiltak til enkelte grupper ved lav etterlevelse av smitteverntiltak
2. Spredning av gode tiltak i helse- og omsorgstjenesten
3. Digitalisering av helsetjenesten

Med redusert reisevirksomhet må både næringsliv og offentlig virksomhet omstille seg og utvikle nye arbeidsmåter. Dermed blir betydningen av velfungerende lokalsamfunn større. Inngrepene nasjonale tiltak kan bli mer overkommelige hvis det gjøres lokale tilpassinger etter smittepress og sykkelighet.

Selv om situasjonen er vanskelig i arbeidslivet, ønsker ikke de store arbeidsgiver- og takerorganisasjonene å oppheve noen av de nasjonale tiltakene før det er smittevernfaglig forsvarlig å gjøre det. De ber imidlertid om at tiltakene kan nyanseres og i høyere grad tilpasses de lokale

behovene, slik at man for eksempel kan åpne barnehage og småskole i de områdene hvor det er lite eller ingen smitte.

Det er ikke avdekket alvorlig svikt i kritiske samfunnsfunksjoner. Ansvarlige sektormyndigheter har klart å tilpasse seg og har kontroll over situasjonen. Hvis tiltakene varer lenge, vil det imidlertid kunne oppstå kritiske situasjoner. Samfunnsfunksjonene er avhengige av hverandre, og svikt i en funksjon vil kunne forplante seg. En situasjon med sammenfallende hendelser, som skogbrann eller vårflo, vil utfordre beredskapen og kriseledelsen rundt i landet.

Målinger viser at en stor andel av befolkningen støtter de inngripende tiltakene og har høy tillit til myndighetenes håndtering. Det er viktig at helsemyndighetene fortsetter et intensivt kommunikasjonsarbeid til befolkningen, er åpne om vurderingene som gjøres og forklarer og begrunner de tiltakene som tas i bruk.

Overordnet om håndtering av utbruddet

Strategiske vurderinger

I mange land er strategiene kortsiktige, og målet er å kjøpe tid for å sette helsetjenesten i stand til å møte utfordringene og skaffe helt nødvendig beskyttelsesutstyr for helsepersonellet.

De økonomiske kostnadene for å oppnå dette er store, og det er grenser for hvor lenge landene kan klare å videreføre tiltakene som er satt i verk. Det gjelder også Norge. Når vi skal ta stilling til om vi skal skjerpe eller lette på tiltakene etter påske, må vi derfor også skjelle til hva som vil være den beste strategien på lengre sikt.

Regjeringen har uttalt at strategien nå er å slå ned epidemien og forsøke å holde den nede, en «slå-ned-strategi». Det er i tråd med WHO's anbefalinger og den linjen Kina og enkelte andre asiatiske land har valgt med suksess så langt.

Mange andre land har enten valgt, eller blitt nødt til å velge, en såkalt «bremse-strategi». Den har som mål å bremse spredningen for å flate ut epidemikurven i håp om at pandemien vil dø ut når et tilstrekkelig antall personer har gjennomgått infeksjonen og er blitt immune, såkalt flokkimmunitet.

Slå-ned-strategi

Fordelene med en slå-ned-strategi – hvis den lykkes – er at et forholdsvis lite antall mennesker vil bli syke, få vil dø, og belastningen på helsetjenesten vil være lav. Risikoen for smitte i befolkningen vil være lav, og man vil kunne leve mer eller mindre som normalt, også risikogruppene. Klarer man å holde epidemien tilbake til det kommer en vaksine eller effektiv behandling, vil de totale helsekonsekvensene av pandemien være forholdsvis små.

De viktigste ulempene ved strategien er at det vil være nødvendig å opprettholde karantenekrav ved innreise så lenge det er høyere smittepress i utlandet enn hos oss, og at det blir nødvendig å gjennomføre et intensivt testings-, smitteoppsporings-, isolerings- og karantenearbeid på ubestemt tid. Sjansene for å lykkes avhenger av hva våre nabo- og samarbeidsland og resten av verden gjør på kort og lang sikt.

Det store usikkerhetsmomentet er at vi per i dag ikke vet om det vil bli mulig å bekjempe denne pandemien med en vaksine. Uten vaksine vil noe av fundamentet for slå-ned-strategien være borte. Da må tiltakene videreføres i ubestemt tid, eller til det kommer en effektiv medisin som reduserer dødeligheten og sykeligheten betydelig.

Bremse-strategi

Ved en bremsestrategi vil man måtte gå igjennom en typisk epidemikurve med en sterk økning før det kommer en topp og deretter tilbakegang. Man vil balansere tiltakene slik at toppen ikke blir for

høy, men man vil ikke prøve å hindre epidemien i å gå sin gang. En fordel med en slik strategi er at man kan avvikle alle tiltakene når befolkningen har utviklet flokkimmunitet.

Et usikkerhetsmoment ved denne epidemien er om det faktisk vil bli flokkimmunitet. Dette har vi for liten kunnskap om i dag til å kunne ta stilling til.

En bremse-strategi vil innebære at vi for all fremtid vil ha jevnlig og stor spredning av viruset, mer eller mindre på samme måte som forkjølelse og influensa, inntil vi eventuelt får en vaksine. I beste fall blir Covid-19 bare ett av flere virus vi jevnlig blir forkjølet av. I verste fall står vi overfor en vedvarende pandemi med høy sykkelighet, mange dødsfall og kontinuerlig stor belastning på helsetjenesten i mange år fremover.

Valg under usikkerhet

Det er så mye vi ikke vet om Covid-19 og pandemien, og mye er usikkert. Kommer vi til å få en vaksine som kan brukes? Blir det en flokkimmunitet eller blir vi alle smittet gang på gang? Kommer viruset til å mutere? Vil det i tilfelle bli farligere eller svakere? Vil det påvirke muligheten til å lage en vaksine som kan brukes?

Det grunnleggende spørsmålet er hva vi tror at endepunktet blir, og hva som vil være den beste veien dit. Det er tre mulige endepunkter for en epidemi. 1) Epidemien forsvinner fordi vi får en vaksine. 2) Epidemien forsvinner fordi vi får naturlig immunitet. 3) Epidemien forsvinner som trussel fordi vi får effektive medisiner. Ingen vet i dag hvilket av disse endepunktene som er mest sannsynlig. Spørsmålene blir derfor: Hvilket alternativ våger vi å tro på? Bør vi bestemme oss nå, eller bør vi vente til vi vet mer?

Folkehelseinstituttet går nå grundig igjennom hva forskningen kan fortelle oss mulighetene for å få en vaksine. Det er også viktig å få mer kunnskap om mulighetene for å få flokkimmunitet. Når vi om noen uker har fått kunnskapsoppsummeringen og har dannet oss et bedre bilde av muligheten for flokkimmunitet, vil vi ha et bedre beslutningsgrunnlag. Det pågår nå store internasjonale prosjekter for å teste ut om noen av de legemidlene vi allerede bruker mot infeksjonssykdommer, også er virksomme mot Covid-19. I tilfelle vil de kunne tas i bruk umiddelbart, tidligst om 3-4 måneder. Skulle ingen av dagens markedsførte medikamenter være nyttige i behandlingen av Covid-19, kan det gå flere år før vi får effektive medikamenter.

Hva vinner vi og hva risikerer vi ved å gå over til en bremse-strategi nå? Den umiddelbare gevinsten er at vi vil kunne lette på reiserestriksjonene og noen av de andre tiltakene (men ikke alle) forholdsvis raskt. Det kan være viktig for å få hjulene i gang igjen i samfunnet.

Risikoen er at det vil bli mange dødsfall i løpet av de nærmeste årene, og at mange vil få alvorlige senskader etter intensivbehandling, særlig lungeskader. Så lenge epidemien pågår, må personer i risikogrupper beskyttes: eldre vil ikke kunne treffe barn, mange vil måtte være mer eller mindre i konstant karantene, personer med tilleggssykdommer bør ikke ta offentlige kommunikasjoner, arbeidsføre i risiko bør ha hjemmekontor. Dette vil pågå i minst ett år. Hvis det ikke oppstår

flokkimmunitet, risikerer vi at Covid-19-trusselen blir konstant for disse gruppene. Det vil også være en stor belastning for helsetjenestene. Vi mister dessuten muligheten til å kunne leve trygt frem til det kommer en vaksine – hvis det skulle gjøre det.

Hva vinner vi og hva risikerer vi ved å videreføre slå-ned-strategien? Gevinsten er at man i løpet av noen uker og måneder gradvis vil kunne avvikle de fleste andre tiltak enn reiserestriksjonene og karantene etter innreise. Det vil være lite smittepress i befolkningen og personer i risikogruppene vil etter hvert kunne leve like normalt som andre.

Den største ulempen vil være reiserestriksjonene. Per i dag er det ingen gode løsninger på dette, men det arbeides med å utvikle hurtigtester som man kan utføre selv. En mulig fremtidig løsning kan derfor kanskje bli at karantenen etter utenlandsreise og ved innreise kan erstattes med daglig selvtesting de første syv dagene. En annen mulighet er at vi kanskje får medikamenter som kan brukes forebyggende ved utenlandsreise slik vi gjør med malariamedisin i dag.

Risikoen med å videreføre slå-ned-strategien er at vi etter en tid må gi den opp fordi de økonomiske skadevirkningene av en langsommere avvikling av tiltakene blir for store, fordi vi ikke klarer å holde epidemien nede, fordi det blir klart at det ikke vil komme noen vaksine eller effektive medisiner i overskuelig fremtid, eller fordi alle andre land velger en annen strategi og det blir for vanskelig å stå alene.

Sverige og Storbritannia har uttalt at de vil følge en bremse-strategi. Ingen andre av våre nære samarbeidsland har uttalt så entydig at de vil gå bort fra WHO's anbefalinger, men disse landene har heller ikke forpliktet seg til en slå-ned-strategi. Mange land i Europa gjennomfører nå likevel så drastiske tiltak at de i praksis gjennomfører det man ville gjort ved en slå-ned-strategi. Hva den endelige politiske beslutningen om dette blir, er ennå uvisst. Hvis WHO skulle endre strategi, vil det være kort vei for de fleste land til å støtte dette. På den andre siden er det ikke umulig at landene kommer til å støtte mer helhjertet opp om WHO's strategi hvis kunnskapsgrunnlaget i de nærmeste månedene utvikler seg i retning av at vi ikke vil kunne få flokkimmunitet.

På bakgrunn av denne usikkerheten vil Helsedirektoratet anbefale regjeringen å videreføre slå-ned-strategien til vi har bedre svar om de grunnleggende premisene (vaksine, medikamenter og flokkimmunitet). I løpet av noen få uker vil vi trolig ha et langt bedre beslutningsgrunnlag enn vi har i dag. Det vil være mye lettere å gå fra en slå-ned-strategi enn motsatt vei. Slipper vi opp på for mange av tiltakene i tråd med en bremse-strategi nå, må landet stenges ned på nytt hvis det senere blir nødvendig eller ønskelig å gå tilbake til en slå-ned-strategi.

Covid-19 har potensial til å smitte opp til 70 prosent av befolkningen i første bølge. Uansett om dette tallet skulle bli lavere, vil antakelig resten av befolkningen bli smittet i løpet av de kommende årene. Dødsrisikoen for Covid-19 er under 1:10 000 for små barn, under 1:1 000 for unge voksne og 1:10 for de eldste. Hvis vi ikke utvikler immunitet eller får vaksine, og ikke finner en effektiv behandling, må vi kanskje løpe denne risikoen hvert eneste år fremover.

I en influensasysesong anslår vi at det dør ca. 1 000 mennesker i Norge, men det er en statistisk beregning. Det er svært få av disse som får influensa som dødsdiagnose. De aller fleste dør fordi de

er i livets slutfase, og de dør gjerne av en av de andre sykdommene de har. Personer i livets slutfase vil heller ikke tåle Covid-19, men Covid-19 dreper også eldre som ellers ville kunne hatt mange gode leveår foran seg. Den er farligst for de som har tilleggssykdommer, men den dreper også friske i alle aldre i en helt annen størrelse enn det influensa gjør. Tall fra Asia viser at ca. 20 prosent av dødsfallene skjer hos personer under 60 år. Det å gi opp slå-ned-strategien og la Covid-19 bli en av våre vanlige «høstforkjølelser» vil derfor kunne ha uoverskuelige konsekvenser. Det er en av grunnene til at WHO innstendig oppfordrer verdens land til å samle seg om å slå ned pandemien.

Konkrete tiltak og tilnærminger i et samfunnsperspektiv

Mer intensiv smitteoppsporing

Dagens tiltak er rettet mot alle, og er inngripende og kostbare. Får vi slått epidemien ned, kan det bli mulig å erstatte en del av de mest inngripende tiltakene med en intensivert smitteoppsporing og utstrakt testing for å finne og isolere de smittede og sette kontaktene deres i karantene. Jo lengre ned vi klarer å slå ned epidemien, desto mer velegnet vil en slik tilnærming være.

Denne strategien vil redusere belastningen for befolkningen, men vil kunne være inngripende for de som må isoleres eller settes i karantene. Det vil også være arbeidskrevende for helsetjenesten. Tre forutsetninger må være til stede for at vi skal lykkes: Vi må øke testkapasiteten betydelig, vi må få på plass ny teknologi som forenkler smitteoppsporingen, og vi må øke effektiviteten av isolering.

Den største begrensningen for testkapasiteten akkurat nå er mangel på reagenser. Den største leverandøren klarer ikke å levere nok til å dekke den enorme etterspørselen etter PCR-tester globalt. Det pågår arbeid for å utvikle andre testsystemer, og det er forventet at vi vil kunne klare å øke kapasiteten betydelig i løpet av noen uker og måneder.

Det er utviklet en app som vil kunne effektivisere og automatisere deler av smitteoppsporingen. Med denne appen vil de som har vært utsatt for smitte, få en SMS med beskjed om å gå i hjemmekarantene, og kommunen får beskjed om hvem dette er slik at de kan følge dem opp. Appen vil ikke helt erstatte det manuelle arbeidet som gjøres i dag, men vil kunne gjøre jobben både enklere og mer effektiv. For at den skal bli nyttig, må mange i befolkningen være villig til å ta den i bruk. Det pågår en drøfting om hvordan personvernet kan ivaretas.

De fleste som isoleres, kan gjøre det hjemme, men bare hvis det er mulig å beskytte resten av familien godt nok mot smitte der. Det krever også nøye oppfølging av tilstanden, og av at isolasjonstiltakene etterleves. Isolasjon bør gjennomføres adskilt fra familien hvis den ikke kan skje betryggende hjemme, for eksempel ved bruk av isolater i hotell eller lignende.

Etter hvert som vi får større testkapasitet og økt kapasitet for smittesporing vil det kunne bli mulig å erstatte noen av dagens tiltak med økt testing og mer intensiv smitteoppsporing og isolering/karantene. Det vil kunne bli et viktig virkemiddel for å normalisere hverdagen vår. En betydelig økt testkapasitet vil også kunne gjøre det mulig å redusere omfanget av karantene og redusere sykefravær. Testkapasiteten vil sannsynligvis bli vesentlig bedre etter påske.

Mer målrettede tiltak rettet mot personer med økt risiko for Covid-19

Siden Covid-19 er farligst for eldre og personer med enkelte kroniske sykdommer, kan det være behov for å rette spesielle tiltak mot disse risikogrupperne. I en bremse-strategi vil dette være et av de viktigste tiltakene. Personer med økt risiko vil måtte være i karantene så lenge smittepresset er høyt, og arbeidsgivere vil måtte få tilrettelagte oppgaver slik at de kan arbeide hjemmefra. De vil måtte unngå å bruke offentlige kommunikasjonsmidler, holde god avstand til andre og la være å ha kontakt med barn og ungdommer.

Slike målrettede tiltak for å beskytte risikogruppene, vil kunne redusere antallet alvorlig syke i områder eller perioder med høyt smittepress. Men det vil være et belastende tiltak for dem som utsettes for det, særlig hvis det blir langvarig. Eldre vil mer enn andre kunne oppleve det som psykisk krevende å bli isolert på denne måten.

Skoler og barnehager

Erfaringer fra Kina tyder på at barn ikke er en viktig gruppe for smittespredning ved Covid-19. Det betyr ikke at de ikke kan overføre smitte til andre, men at det er få barn som er blitt smittet ved denne epidemien, og at de har hatt liten betydning for videre smitte. Selv i Sverige hvor barnehager og barneskoler har holdt åpne, har det ikke vært oppdaget utbrudd av symptomgivende sykdom i disse gruppene.

Stengte barnehager og barneskoler er uheldig for mange barn og hemmer foreldrenes mulighet til å arbeide. Det fører også til et betydelig tap av verdiskaping i samfunnet. Selv om foreldre og skole gjør et godt arbeid med å vedlikeholde læring, mister barna den sosiale kontakten fellesskap med jevnaldrende gir og den rammen barnehage og skole er. Dette er en stor ulempe for alle barn, men en spesiell belastning for sårbare barn.

Ut fra det vi vet om skadevirkningene og samfunnskostnadene ved stenging av barnehager og barneskoler, og det vi vet om betydningen av barn som smittespredningskilde, anbefaler Helsedirektoratet i tråd med ekspertgruppen som har sett på tiltak på skole- og barnehageområdet, at det nasjonale stengingsvedtaket avvikes for barnehager, barneskoler og skolefritidsordning. Som hovedregel anbefaler vi å åpne barnehager, barneskoler og skolefritidsordninger der hvor det lar seg gjøre å gjennomføre gode smitteverntiltak. Dersom dette ikke er mulig, eller det er stor smittespredning i det aktuelle området, må det vurderes lokalt om de er forsvarlig å åpne. Helsedirektoratet anbefaler at Folkehelseinstituttet utarbeider en veileder som kommunene kan bruke når de skal ta stilling til om disse institusjonene kan holde åpent eller ikke. Av praktiske grunner anbefaler vi at barnehagene åpner den 20. april og barneskoler og skolefritidsordninger åpner en uke senere.

For å redusere risikoen ved denne åpningen, må hygienetiltakene i disse institusjonene styrkes. Både barn og personell må få opplæring i hygienetiltak (håndvask, hostehygiene), renholdet må styrkes (hyppig vask av overflater som berøres ofte), og forholdene må legges til rette for at dette kan gjennomføres (tilgang på såpe og vann, tilstrekkelig toalettkapasitet). Det er viktig å isolere barn som blir syke, så fort som mulig, og både voksne og barn må sendes hjem selv ved lette symptomer på luftveisinfeksjon. Det er også viktig å redusere nær kontakt mellom barn ved for eksempel å ha undervisning og samlinger i mindre grupper og unngå å blande grupper, ha separate friminutt for klassene og lignende. Det bør lages veileder for hygienetiltakene. En slik veileder bør også inneholde råd for å hindre smitte mellom voksne (ansatte og foreldre).

Effekten av en slik tillempling må følges nøye med gode overvåkningsdata og modelleringsdata.

Forekomsten av smitte av Covid-19 blant barn øker med barnas alder. Helsedirektoratet anbefaler at ungdomsskole og videregående skoler først åpnes når vi har sett hvordan åpningen av barnehager og barneskoler har påvirket smittesituasjonen.

Samfunnsøkonomisk vurdering

Nytten av innsatsen vi gjør for å spare liv og helse ved Covid-19-epidemien, må veies opp mot kostnadene, og kostnad-nyttevurderingene må være de samme som for pasienter med andre alvorlige sykdommer. De samfunnsøkonomiske vurderingene viser at kostnadene per vunnet leveår langt overskrider de grensene man normalt har i helsetjenesten. Kostnadene for tiltakene samlet er beregnet til å utgjøre 22 milliarder per måned (se vedlegg). De økonomiske skadevirkningene vil bli enda sterkere fremover, og vi må forvente langtidsvirkninger i mange år på grunn av konkurser, varig frafall fra arbeidslivet og arbeidsplasser som blir permanent borte.

Helseøkonomiske modeller, som ofte legges til grunn ved slike beregninger, antyder at helsegevinsten ikke i seg selv kan forsvare en slik ressursbruk, men formålet med tiltakspakken har ikke bare vært å spare liv og helse. Det har også vært nødverge, og det har vært helt nødvendig for å sette helsetjenesten i stand til å møte utfordringene. Kaoset og frykten i befolkningen som har oppstått i land som Italia, Spania og USA viser at alternativene ikke har vært gode. Det at folk kan føle seg trygge på at myndighetene gjør det som er mulig for å beskytte dem mot farer og trusler, bør også tillegges vekt. Det ville også hatt en pris om dette tillitsforholdet i samfunnet skulle blitt ødelagt.

Spørsmålet er imidlertid hva som er riktig å gjøre nå fremover. På kort sikt vil det være små forskjeller i kostnadene for en slå-ned-strategi og en bremse-strategi, ref. ekspertgruppen for samfunnsøkonomi. På lengre sikt vil det kunne være store forskjeller mellom disse to strategiene, men det avhenger av hvor lenge det vil være nødvendig å videreføre kostbare tiltak ved slå-ned-strategien. Hvis man blir nødt til å videreføre de fleste tiltakene i flere måneder fremover, vil denne strategien belaste økonomien omtrent dobbelt så mye som en bremse-strategi vil gjøre. Hvis man raskt kan avløse de inngripende tiltakene med økt testing, isolering, smitteoppsporing og karantenering, vil forskjellene mellom de to alternativene være små, og da vil helsegevinstene gjøre slå-ned-strategien til den mest fornuftige.

Kostnadsberegningene vil også i høy grad bli påvirket av hvor lang tid det vil ta å få en vaksine eller effektive medikamenter, og om det er mulig å få flokkimmunitet. Hvis man ikke får flokkimmunitet, vil kostnadene ved bremse-epidemien kunne bli mye større enn det som er lagt inn i modellen nå.

Uavhengig av fremtidig strategi vil det være viktig å redusere omkostningene ved tiltakene så mye og så raskt som mulig for å få samfunnshjulene i gang igjen. I vurderingen av dette vil det være viktig å avvike først tiltak der smitteverngevinsten er liten i forhold til kostnadene, dernest tiltak som er billige, men har forholdsvis liten effekt.

Ut fra en slik logikk anbefaler ekspertgruppen at man vurderer å oppheve det nasjonale stengevedtaket for barnehager, barneskoler og skolefritidsordninger. Det samme gjelder vedtaket om stenging av tjenester som krever én- til én-kontakt som frisør, fysioterapi, tannlege og lignende.

Anbefalinger

Anbefaling om Covid-19-forskriften

Jo lengre ned under 1,0 vi nå klarer å bringe RE før vi lemper på tiltakene, og jo bedre system for smitteoppsporing vi klarer å få til, desto større vil mulighetene være for å oppnå en stabil situasjon med få smittede.

RE for landet samlet vil antakelig være rett under grensen på 1,0 når påsken er over. Fra et rent smittevernperspektiv vil det være riktig å videreføre alle de tiltakene som vi nå vet at har hatt så godt effekt, i en tid til. Det gjelder særlig hvis man velger slå-ned-strategien.

Selv om vekstkurven for epidemien snart vil være brutt, kan det tenkes at det totale antallet smittede i befolkningen – både kjente og ukjente tilfeller – er høyere i dag enn den 12. mars. Det understreker at vi er i en fase av epidemien der endringer i tiltakspakken kan få stor effekt på forløpet av epidemien. Derfor bør det etableres et godt system for overvåking, analyse og modellering av epidemiens utvikling og overvåking av effekten av tiltakene. Folkehelseinstituttet utvikler nå et slikt system.

Ut fra en forholdsmessighetsvurdering og en samlet veiing av skadevirkningene og de negative ringvirkningene mot nytten av tiltakene, anbefaler Helsedirektoratet i tråd med rådene fra ekspertgruppen på barn og unge at det nasjonale vedtaket om stenging av barnehager, barneskoler og skolefritidsordningen oppheves fra den 20. april, men at tiltaket inntil videre opprettholdes for ungdomsskoler, videregående skoler og andre skoler og utdanningsinstitusjoner. I områder med stor smitte bør barnehager, barneskoler og fritidsordning fortsatt være stengt. Folkehelseinstituttet bør utarbeide veileder som kommunene kan benytte når de skal ta stilling til om disse institusjonene skal holde åpent eller stenge. Av praktiske grunner kan det være fornuftig at barnehagene åpner først og skolene og skolefritidsordningen en uke senere.

Det må utarbeides og gjennomføres gode hygienetiltak både i barnehager og barneskoler. Vi må følge situasjonen nøye, og lokale myndigheter bør raskt vurdere om det er nødvendig å stenge hvis epidemien skulle blusse opp igjen lokalt i henhold til Folkehelseinstituttets veileder.

Helsedirektoratet anbefaler at den nasjonale stengingen av tjenester som innebærer én- til én-kontakt som frisør, massasje, hudpleie og lignende, oppheves fra den 20. april. Disse virksomhetene kan åpnes under forutsetning av at disse kan etablere tilstrekkelige hygieniske beskyttelsestiltak og lokale smittevernmyndigheter finner det forsvarlig.

Øvrige tiltak i Covid-19-forskriften anbefales videreført som før i ytterligere to uker.

Helsedirektoratets anbefaling om tiltak i Covid-19-forskriften, 4. april 2020

§	Tiltak i Covid-19-forskriften	Videreføre?
4	Anbefalinger om avstand mellom personer og samling av personer i grupper	Ja
5	Karanteneplikt ved ankomst til Norge	Ja
6	Unntak fra karanteneplikt for personer som ankommer Norge	Ja
7	Unntak fra karanteneplikt ved utreise fra Norge	Ja
8	Karanteneplikt etter nærkontakt med bekreftet smittet person	Ja
9	Unntak fra karanteneplikt etter nærkontakt med bekreftet smittet person	Ja
10	Karantenerregulering og inn- og utreiseregler for Svalbard og Jan Mayen	Ja
11	Isolering	Ja
12	Stenging av barnehager, skoler og utdanningsinstitusjoner	Delvis
13	Forbud mot enkelte kultur- og idrettsarrangementer mv. hvor personer fysisk møtes	Ja
14	Stenging av enkelte virksomheter	Delvis
15	Krav til virksomheter hvor det serveres mat	Ja
16	Krav til enkelte helsefaglige virksomheter utenfor spesialisthelsetjenesten	Delvis
17	Utreiseforbud for helsepersonell	Ja

Forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet (Covid-19-forskriften). §1 er formålsparagrafen, §2 gir virkeområdet, §3 definerer "nærkontakt", §18 omtaler straff, §19 endringer/forlengelse, §20 ikrafttredelse og §21 endringer i andre forskrifter.

Før vi innførte de omfattende tiltakene var det regionale og lokale forskjeller i hvor langt epidemien var kommet. Selv om smittespredningen generelt er brakt langt ned nå, er det fortsatt store geografiske forskjeller. Noen steder er det nesten ikke syke i det hele tatt, andre steder kan det være lokale opphopninger og utbrudd. Fremover kan det være aktuelt å ha målrettede tiltak for disse områdene, og mildere/færre tiltak i resten av landet. Slike tiltak bør være lokalt forankret, men bør være nasjonalt koordinert og skje etter nasjonale råd og veiledning.

Fremover vil en av de viktigste utfordringene være å få befolkningen til å slutte aktivt opp om de tiltakene som skal videreføres. Kommunikasjonsarbeidet og det holdningsskapende arbeidet blir derfor enda viktigere enn før. Vi må alle lære oss og øve inn nye vaner som gjør oss mindre utsatt for smitte. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har drevet et omfattende informasjonsarbeid rettet inn mot både publikum og helsepersonell. Etter hvert som vi gradvis skal trappe ned de inngripende tiltakene vil tydelige råd og informasjon, bli en enda viktigere del av strategien.

I den fasen vi nå er i av epidemien, vil endringer i tiltakspakken kunne ha ganske store effekter på forløpet av epidemien. Det er en forutsetning at endringene følges opp med gode registreringer av effekten av tiltak.

Gjenopptakelse av ordinær drift i helsetjenesten

Da epidemien var på full fart oppover, var det viktig å frigjøre både personell og senger i sykehusene for å skaffe plass til og behandlingsmuligheter for Covid-19-pasienter. Derfor ga Helsedirektoratet beskjed til helsetjenesten om å nedskalere ordinær og elektiv drift for å forberede seg på et stort antall covid-19 pasienter. Dette har helsetjenesten i stor grad etterkommet.

Når vi nå har fått bedre kontroll over epidemien, trenger vi ikke lenger å ha en så stor kapasitet i reserve over hele landet. På samme måte som det er viktig å få samfunnshjulene og verdiskapingen i

næringslivet i gang igjen, blir det derfor viktig å komme i gang igjen med planlagte inngrep og behandlinger. Basert på de oppdaterte scenarioene og prognosene fra Folkehelseinstituttet bør både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten gradvis komme over til mer normal drift etter påske.

Når barnehager og barneskoler åpner, er det ikke smittevernsfaglig grunnlag for å fraråde at sårbare barn skal kunne møte behandlere i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fysisk så lenge tjenestene har gode smitteverntiltak.

Det kan forventes at behovet for lungerehabilitering vil øke. Det bør vurderes om rehabiliteringsklinikker som er omdisponert til akutt behandling av covid-19 pasienter bør forberedes på ordinær rehabilitering og da særlig lungerehabilitering.

Anbefaling om hytteforbud

Helsedirektoratet anbefaler at forbudet mot overnatting på fritidseiendom avvikles fra den 14. april. På det tidspunktet vil smittepresset fra Covid-19 være så lavt at belastningen for den lokale helsetjenesten vil være tilnærmet normal. Etter påskeferien vil det for de fleste, være mest aktuelt med kortvarige opphold/helgeopphold. Karantenereglene for de som har luftveisinfeksjon vil fortsatt gjelde, og et forbud kan eventuelt erstattes med et råd fra helsemyndighetene om at hyttefolk reiser hjem hvis de får symptomer på luftveisinfeksjon.

Gjennomgang av tiltak

Helse- og omsorgsdepartementet har også bedt Helsedirektoratet om å gjøre en gjennomgang av hvilke tiltak som bør reguleres i forskrift og hvilke tiltak som bør ivaretas ved hjelp av tydelige råd og oppfordringer fra myndighetene. Denne gjennomgangen er gjort i vedlegg 2.

Folkehelseinstituttets råd

Helsedirektoratet slutter seg for øvrig til Folkehelseinstituttets anbefalinger:

1. Overvåkingen av og forskningen om epidemien og dens sykdomsbyrde må forsterkes slik at man får en god situasjonsforståelse, herunder flere detaljer om hvor og hvordan smittespredningen skjer i Norge, og gode prognoser som grunnlag for valg av strategi og tiltak.
2. Risikogruppene må defineres tydeligere basert på europeiske data. Også negative virkninger av smitteverntiltakene for folkehelsen må overvåkes og forskes på.
3. Helsetjenesten må fortsette å bygge kapasitet og planlegge for betydelig økt belastning. Samhandlingen mellom sykehus og kommuner og kommunenes samarbeid med statlige myndigheter må bedres. Helsetjenesten må ikke redusere sin ordinære aktivitet før det er

absolutt nødvendig. Alle må sikres den behandling de trenger, uansett om de har covid-19 eller annen sykdom.

4. Norsk helsetjeneste og norske forskningsmiljøer bør initiere og delta i evaluering og forskning om virusets smittsomhet og smittemåter og om effekter av behandling og smitteverntiltak, herunder negative ringvirkninger for folkehelsen og samfunnet.
5. Selv om det fortsatt er usikkert hvor godt hvert enkelt av de kontaktreduserende tiltakene virker, bør man tidlig avslutte tiltak med antatt liten smitteverneffekt. Tiltak med stor tiltaksbyrde, som stenging av barnehager og skoler, bør justeres og delvis eller helt forsøkes avsluttet, samtidig som smittevernet ivaretas. Store arrangementer og andre større samlinger av folk bør fortsatt ikke forekomme.
6. Tiltak for testing og isolering av smittede og oppsporing og oppfølging av deres nærkontakter må styrkes med tanke på at disse kan kompensere for kontaktreduserende tiltak som tas bort. Testkapasiteten må økes slik at flere personer med relevante symptomer kan testes. Dette vil også gi bedre kunnskap om epidemiens utvikling i befolkningen og dens fordeling i landet og i grupper av befolkningen. Alternativer til isolering i hjemmet bør etableres for dem som trenger det.
7. Samarbeidet med nordiske land og EU-land om overvåking, situasjonsforståelse, kunnskapsproduksjon, risikovurdering og strategivalg bør opprettholdes.
8. Responsen mot epidemien må være dynamisk og om nødvendig geografisk variert med mål om å ha et sett av tiltak som holder epidemien innenfor helsetjenestens kapasitetsgrense, men uten noen nullvisjon for smittespredningen.
9. Risikokommunikasjonen om denne epidemien må styrkes, og befolkningen må forberedes på at epidemien vil komme, og mange vil da bli syke og noen alvorlig syke.
10. Personer i gruppene med høyest risiko for alvorlig sykdom må i større grad få målrettede budskap og beskyttes mot smitte, om nødvendig med støtte fra frivillige organisasjoner og kommunene. Fullstendig isolasjon for denne gruppen anbefales ikke.
11. Det bør etableres et nasjonalt program for koordinert datainnsamling og datatilgang, forskningsbasert produksjon av kunnskap, systematisk utprøving av tiltak og endringer i tiltak, og vurdering av kunnskapsgrunnlaget for valgene av strategi og tiltak i det videre forløpet av epidemien, herunder vurdering av både sykdomsbyrde og tiltaksbyrde.

Vedlegg

Vedlegg 1: Kunnskapsgrunnlag

Vedlegg 2: Gjennomgang av tiltak: Forslag til endringer og presiseringer i Covid-19-forskriften

Vedlegg 3: FHIs rapportutkast Covid-19-epidemien: kunnskap, situasjon, prognose, risiko og respons i Norge etter uke 14 med vedlegg.

Vedlegg 4: Rapportutkast fra ekspertgruppen for samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak mv. – Covid-19.

Vedlegg 5: Rapport fra ekspertgruppe for tiltak på skole- og barnehageområdet under koronautbruddet våren 2020 med vedlegg.

Vedlegg 6: Vurdering av effekter av iverksatte tiltak for kritiske samfunnsfunksjoner og samfunnsverdier, rapport nr. 2 fra DSB.

Vedlegg 1: Kunnskapsgrunnlag

Folkehelseinstituttet, rapport (utkast): *Covid-19-epidemien: kunnskap, situasjon, prognose, risiko og respons i Norge etter uke 14*. Folkehelseinstituttet 3. april 2020.

Regionale helseforetak, innspill til Helsedirektoratet

Fylkesmennene, innspill til Helsedirektoratet

Ekspertgruppe for samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak mv. – Covid-19. Rapportutkast.

Ekspertgruppe nedsatt av Kunnskapsdepartementet: *Tiltak på skole- og barnehageområdet under koronautbruddet våren 2020*. Rapport.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap: *Vurdering av effekter av iverksatte tiltak for kritiske samfunnsfunksjoner og samfunnsverdier, rapport nr. 2 fra DSB*.

Forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet (Covid-19-forskriften)

Helsedirektoratet og FHI: *Råd til personer i særlig risiko*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet.

FHI og Helsedirektoratet: *Notat: Vurdering av test-, sporings- og isoleringsstrategi*.

Folkehelseinstituttet, 01.04.2020.

Verdens helseorganisasjon (WHO), inkludert brev fra generaldirektør til statsministeren

Innspill fra arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner: NHO, NHO-Landsforeninger, LO, Spekter, Virke, Legeforeningen, Norsk sykepleierforbund, Fagforbundet, KS og Norsk industri.

Senter for omsorgsforskning: *Hvilke muligheter har omsorgstjenestene?* Notat til Helsedirektoratet.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm, NORCE), innspill til Helsedirektoratet

Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS), innspill til Helsedirektoratet

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom), innspill til Helsedirektoratet

Helsedirektoratets kartlegging av sengeplasser og utstyr i private virksomheter, fordelt på helseregion. Svar på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Vedlegg 2: Gjennomgang av tiltak

Forslag til endringer og presiseringer i Covid-19-forskriften

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har fastsatt sentrale tiltak i en samleforskrift om smitteverntiltak ved koronautbruddet mv. (Covid-19-forskriften).

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om å vurdere

- Hvilke av tiltakene som er omhandlet i forskriften som bør gjelde etter 13. april 2020, og hvordan disse eventuelt bør endres eller presiseres.
- Behovet for andre tiltak etter 13. april 2020 som krever regulering i lov eller forskrift på nasjonalt nivå.

Direktoratet skal gjøre en systematisk gjennomgang av hvilke tiltak som bør reguleres i forskrift og hvilke tiltak som bør ivaretas ved hjelp av tydelige råd og oppfordringer fra myndighetene.

Som ledd i dette arbeidet har Helsedirektoratet hatt møte med Helse- og omsorgsdepartementets helserettsavdeling. Vi bidrar gjerne i det videre arbeidet.

I dette vedlegget går vi gjennom gjeldende Covid-19-forskrift og kommer med forslag til presiseringer og endringer. Deretter nevner vi de anbefalingene til tiltak som krever forskriftsendring, og foreslår endring i de aktuelle bestemmelsene.

Systematisk gjennomgang: forslag til presiseringer i Covid-19-forskriften

Omtale av koronaviruset i forskriften

I Covid-19-forskriften er koronaviruset omtalt som *SARS-CoV-2-virus*. Fordi SARS-CoV-2 er navnet på viruset er det overflødig å legge til *-virus*. Vi anbefaler derfor at koronaviruset omtales som *SARS-CoV-2* i forskriften, eventuelt bør sykdomsnavnet brukes, altså Covid-19.

§ 5. Karanteneplikt ved ankomst til Norge

Innholdet i karanteneplikten:

Helsedirektoratet anbefaler at innholdet i karanteneplikten bør være lik uavhengig av årsaken til at en person må oppholde seg i karantene. Norge har hatt en positiv utvikling etter slå-ned-strategien, samtidig som smittetrykket fra utlandet øker. Vi anbefaler derfor at innholdet i karanteneplikten er like streng ved ankomst til Norge som etter nærkontakt med person som er bekreftet smittet med SARS-CoV-2.

Vi anbefaler at innholdet i karanteneplikten reguleres i en egen bestemmelse, for eksempel i en ny § 5a, med lik ordlyd som i dagens § 8 tredje ledd.

Regulering i egen bestemmelse innebærer at dagens §§ 5 andre ledd og 8 tredje ledd kan oppheves.

"annet egnet oppholdssted":

Helsedirektoratet mener at innholdet i ordlyden "annet egnet oppholdssted" bør presiseres. Vi anbefaler at det gjøres ved omtale i rundskriv I-3/2020 - *Revidert rundskriv om karantene ved ankomst til Norge.*

Forslag til ny § 5a. Innholdet i karanteneplikten

§ 5a. Innholdet i karanteneplikten

En person i karantene skal oppholde seg i eget hjem eller på annet egnet oppholdssted. Personen kan bare oppholde seg utenfor hjemmet eller oppholdsstedet hvis nærkontakt med andre enn de personene som vedkommende bor sammen med, unngås. Personer i karantene etter denne bestemmelsen kan ikke foreta følgende aktiviteter:

a) gå på jobb eller skole

b) foreta lengre reiser innenlands eller reiser utenlands

c) ta offentlig transport

d) oppsøke steder hvor det er vanskelig å holde nødvendig avstand til andre personer.

Helsedirektoratet foreslår at gjeldende § 8 tredje ledd flyttes til en ny § 5a.

§ 6. Unntak fra karanteneplikt for personer som ankommer Norge

Personer som krysser grensen mellom Sverige og Norge eller Finland og Norge 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.

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

Personer som gjennomfører eller tilrettelegger for samvær med mindreårige barn er unntatt fra karanteneplikten i § 5 ved ankomst til Norge.

Begrunnelse:

Virksomhetsledelsen har ansvar for å sørge for at virksomheten driver forsvarlig. Helsedirektoratet anbefaler at arbeidsgivere som benytter helsepersonell fra for eksempel Sverige som vikarer forsikrer seg om at den enkelte vikar ikke har hatt nærkontakt med pasienter, kolleger, familiemedlemmer eller andre som har fått påvist covid-19 siste 14 dager. Dette vil medføre karanteneplikt.

Helsedirektoratet har fått flere henvendelser om karanteneplikt når det skal gjennomføres samvær mellom barn som er bosatt i Norge og foreldre som er bosatt i utlandet. Helsedirektoratet vurderer det slik at risikoen for smittespredning er lav i forbindelse med gjennomføring av samvær med barn, både når foreldre kommer til Norge for å gjennomføre samvær eller dersom barnet drar til foreldre i utlandet. Vi foreslår derfor at det gis et eget unntak for dette, i et nytt tredje ledd. Med "personer" mener vi både foreldre og barn.

§ 8. Karanteneplikt etter nærkontakt med bekreftet smittet person

Andre ledd: *Personer som er i karantene, og som utvikler feber eller luftveissymptomer som hoste eller tungpustethet, skal kontakte helsetjenesten og fortsatt oppholde seg i karantene inntil det er avklart om man skal oppholde seg i isolasjon, jf. § 11.*

Begrunnelse:

Helsedirektoratet anbefaler at kravet om å kontakte helsepersonell dersom personen utvikler feber eller luftveissymptomer, opprettholdes. For å forhindre spredning av SARS-CoV-2 er det viktig at personer oppholder seg i isolasjon når det er påkrevd. Selv om personen ikke kvalifiserer til testing, er det viktig at personen får hjelp til å vurdere om han eller hun skal oppholde seg i isolasjon, eller om det er tilstrekkelig med karantene. Videre er det en uttalt målsetting at flere skal testes.

Helsedirektoratet foreslår at tredje ledd oppheves dersom det vedtas en ny, felles, bestemmelse som regulerer innholdet i karanteneplikten.

§ 9. Unntak fra karanteneplikt etter nærkontakt med bekreftet smittet person

Helsedirektoratet har fått henvendelser om forståelsen av ordlyden "øverste ledelse i kritiske samfunnsfunksjoner" i bestemmelsens andre ledd. Det er uklart om ordlyden er ment å gjøre unntak kun for 1) øverste ledelse i kritiske samfunnsfunksjoner innenfor liv og helse, eller 2) om det er ment å gjelde for øverste ledelse i alle virksomheter med kritisk samfunnsfunksjon. Vi mener det er gode grunner til å tydeliggjøre hva ordlyden er ment å omfatte.

Ettersom § 9 første ledd kun gjelder for å opprettholde forsvarlig drift av funksjoner knyttet til liv og helse, fremstår det noe kunstig at disse funksjonene defineres til å omfatte øverste ledelse i alle virksomheter med kritisk samfunnsfunksjon.

§ 11. Isolering

Første ledd: *Personer som er bekreftet smittet av SARS CoV-2-virus gjennom diagnostisk test eller etter diagnose stilt av lege, skal oppholde seg i isolering.*

Andre ledd: *Med isolering menes at personen oppholder seg i eget hjem eller på annet egnet oppholdssted, inkludert på egnet oppholdssted anvist av kommunen. Personen skal være isolert fra andre personer, og skal så langt det er mulig ikke ha nærkontakt med personer i samme husstand, jf. § 3.*

Begrunnelse:

Helsedirektoratet anbefaler at det inntas i ordlyden at smitte kan påvises både ved testing og etter diagnose stilt av lege, for eksempel basert på røntgenbilde av lunger og pasientenes symptomer.

Vi anbefaler også at det inntas hjemmel slik at kommunene kan pålegge personer å oppholde seg i isolasjon på annet sted enn i eget hjem. Dette kan være et hensiktsmessig tiltak →

§ 12. Stenging av barnehager, skoler og utdanningsinstitusjoner

Tredje ledd: Kommunen og fylkeskommunen skal også sørge for at det etableres et tilbud for barn og unge med særlige omsorgsbehov som ikke kan ivaretas når barnehage, skole eller andre dagtilbud er stengt.

Begrunnelse:

Helsedirektoratet har fått mange henvendelser om hva som kreves for at et barn har "særlige omsorgsbehov". Mange stiller spørsmål om det også inkluderer barn som ikke har funksjonsnedsettelse, men som av andre årsaker har særlige behov for å være på skolen, for eksempel fordi foreldrene har omsorgsutfordringer.

Helsedirektoratet mener at alle omsorgsbehov er omfattet av ordlyden slik den er i dag, men for å tydeliggjøre det foreslår vi at "omsorgs" strykes for å tydeliggjøre at det avgjørende er barnets behov for å ha et tilbud, uten at det knyttes til en spesiell årsak.

Vi får også mange spørsmål om hva som omfattes av "andre utdanningsinstitusjoner". Det er behov for en tydeliggjøring av ordlyden i rundskriv eller annen veiledning fra myndighetene.

§ 13. Forbud mot enkelte kultur- og idrettsarrangementer mv. hvor personer fysisk møtes

Følgende arrangementer er forbudt:

- b) ~~idrettsarrangementer og organisert idrettsaktivitet både innendørs og utendørs hvor personer fysisk møtes~~-idrettsaktiviteter og idrettsarrangementer der personer fysisk møtes og hvor anbefalinger om avstand mellom personer og samling av personer i grupper ikke kan overholdes eller som innebærer risiko for smittespredning på grunn av bruk av felles utstyr eller garderobes.

Begrunnelse:

Helsedirektoratet har mottatt mange henvendelser om forståelsen av "organisert idrettsaktivitet", særlig etter at det ble publisert veiledning om idrettsaktivitet onsdag 1. april. Basert på spørsmålene vi har mottatt, mener vi det er behov for å endre ordlyden i § 13 bokstav b, slik at den samsvarer med veiledningen som Helsedirektoratet har gitt.

§ 14. Stenging av enkelte virksomheter

Følgende virksomheter skal holde stengt:

- a) ~~Serveringssteder skjenkesteder hvor det ikke serveres mat. Serveringssteder Skjenkesteder~~ omfatter kafe, bar, pub og utesteder som diskotek, nattklubb eller lignende.

Begrunnelse:

Helsedirektoratet er enig i at ordlyden i bestemmelsen ikke er helt tydelig og dekkende for formålet, som er at personer ikke møtes. Det kan vurderes om ordlyden bør endres til "skjenkesteder", i tråd med forslaget over.

§ 16. Krav til enkelte helsefaglige virksomheter utenfor spesialisthelsetjenesten

Følgende offentlige og private virksomheter utenfor spesialisthelsetjenesten kan bare tilby tjenester dersom grunnleggende krav til smittevern ivaretas:

- a) *fysioterapeuter, herunder manuellterapeuter*
- b) *kiropraktorer*
- c) *optikere*
- d) *fotterapeuter*
- e) *logopeder*
- f) *psykologer*
- g) *virksomheter som tilbyr alternativ behandling*
- h) *andre virksomheter utenfor spesialisthelsetjenesten som tilbyr tjenester som ikke anses som*

*At grunnleggende krav til smittevern ivaretas, innebærer at virksomheten skal sørge for at pasientbehandling skjer med to meters avstand mellom behandler og pasient, at det er utarbeidet rutiner for god hygiene og godt renhold, og at disse rutinene blir overholdt. Kravet om to meters avstand gjelder likevel ikke for helsepersonell og annet personell som bruker forsvarlig beskyttelsesutstyr. **Behandling som medfører forbruk av beskyttelsesutstyr skal bare utføres dersom behandlingen ikke kan utsettes.***

Begrunnelse for forslaget:

Helsedirektoratet har fått mange henvendelser om helsepersonell som er listet opp i bestemmelsen fortsatt kun kan tilby helt nødvendig helsehjelp, og ikke åpne for «vanlig» behandling. Bestemmelsen åpner for pasientbehandling hvis grunnleggende krav til smittevern ivaretas, herunder bruk av forsvarlig beskyttelsesutstyr, hvis avstanden mellom klient og behandler er kortere enn to meter.

Beskyttelsesutstyr er en mangelvare under den pågående krisen vi står i. Etter Helsedirektoratets vurdering er det ikke tilrådelig at beskyttelsesutstyr brukes til behandling som ikke er strengt nødvendig eller som kan utsettes. Det fremgår derfor av vår veileder at alle virksomheter oppfordres til å begrense aktivitetsnivået til det nødvendige, og på den måten bidra til lavest mulig risiko for smitteoverføring i samfunnet. Vi mener at personell som er omfattet av bestemmelsen ikke bør gjennomføre behandlinger som ikke er strengt nødvendige fordi tilgangen til beskyttelsesutstyr er begrenset. Endringen i ordlyden bør suppleres med veiledning fra myndighetene.

Forslag til ny § 17b. Kommunenes ansvar for å føre tilsyn med etterlevelsen av smitteverntiltak

Kommunen skal føre tilsyn og sørge for at reglene i forskriften blir overholdt, jf. smittevernloven § 7-1 fjerde ledd.

Begrunnelse for forslaget:

Virksomheter er tillagt et stort ansvar for å vurdere om de kan drive virksomhet og aktiviteter i tråd med forskriftens krav til smittevern. Det gir en usikkerhet med hensyn til målet om å slå ned SARS-CoV-2. Helsedirektoratet foreslår derfor at det av pedagogiske hensyn bør vises til kommunenes ansvar etter smittevernloven § 7-1 fjerde ledd for å føre tilsyn og sørge for at reglene blir fulgt. Selv om dette kan føre til merarbeid for kommunene, er direktoratet av den oppfatning at kommunene kan omdisponere medarbeidere for å gjennomføre oppgavene.

Systematisk gjennomgang: forslag til nye bestemmelser i Covid-19-forskriften basert på anbefalingene i rapporten *Helsedirektoratets anbefaling om tiltak mot utbruddet av koronavirus i Norge: Anbefalinger levert 4. april 2020*

§ 12. Stenging av barnehager, skoler og utdanningsinstitusjoner

EN MÅTE Å FØLGE OPP HDIRS ANBEFALING OM Å OPPHEVE DET NASJONALE VEDTAKET OM STENGNING AV BARNEHAGER, BARNESKOLER OG SKOLEFRITIDSORDNINGER KAN VÆRE SOM SKISSERT UNDER

Følgende virksomheter skal holde stengt:

- a) barnehager
- b) barneskoler
- c) ungdomsskoler
- d) videregående skoler
- e) universiteter og høyskoler
- f) andre utdanningsinstitusjoner.

Kommunen skal sørge for at ledere av barnehager og rektorer ved barneskoler etablerer et tilbud som nevnt i første ledd bokstav a og b til barn til personell i helse- og omsorgstjenesten, transportsektoren eller innen andre kritiske samfunnsfunksjoner.

*Kommunen og fylkeskommunen skal også sørge for at det etableres et tilbud for barn og unge med særlige **omsorgs**behov som ikke kan ivaretas når barnehage, skole eller andre dagtilbud er stengt.*

Barnehager, barneskoler og skolefritidsordning kan holde åpent i kommuner med lav smittespredning når grunnleggende krav til smittevern kan overholdes. Nasjonale helsemyndigheter gir retningslinjer om når barnehager, barneskoler og skolefritidsordning kan åpne.

Begrunnelse:

Juridisk vil det være mest hensiktsmessig at hovedregelen om stenging opprettholdes, men at det gjøres unntak for kommuner med lav smittespredning. Ved å opprettholde hovedregelen tar man høyde for eventuell økt smittespredning, slik at tiltakene raskt kan strammes inn ved behov.

Folkehelseinstituttet bør gi veiledning om hva som er lav smittespredning. Regelen må suppleres med veiledning om hva grunnleggende krav til smittevern innebærer. Det kan omfatte både lokalenes egnethet, fysisk kontakt mellom barna , osv.

§ 14. Stenging av enkelte virksomheter

Følgende virksomheter skal holde stengt:

- a) *Serveringssteder skjenkesteder hvor det ikke serveres mat. Serveringssteder Skjenkesteder omfatter kafe, bar, pub og utesteder som diskotek, nattklubb eller lignende.*
- b) *virksomheter som tilbyr frisørtjenester, hudpleie, massasje og kroppspleie, tatovering, hulltaking (piercing) og liknende tilbud*
- c) *treningssentre, svømmehaller, badeland, fornøylesparker, bingohaller og liknende tilbud.*

Begrunnelse:

Reguleres i ny § 14a.

Forslag om § 14a. Krav til enkelte virksomheter som innebærer én-til-én-kontakt

Kommuner kan tillate at virksomheter som tilbyr frisørtjenester, hudpleie, massasje og kroppspleie, tatovering, hulltaking (piercing) og liknende tilbud kan holde åpent dersom virksomheten kan

- *overholde anbefalingene som er gitt med hjemmel i § 4,*
- *etablere tilstrekkelige hygieniske beskyttelsestiltak,*
- *og kommunen finner det forsvarlig.*

Begrunnelse:

Se rapporten.

Tabell: Oppsummering av Helsedirektoratets vurderinger om tiltak i Covid-19-forskriften, 4. april 2020

§	Tiltak	Bør reguleres i forskrift, eller ivaretas ved råd og oppfordringer?	Endring eller presisering anbefales?	Unntaksmulighet?	Aktuelt med lokal tilpasning?	Anbefales virksomt etter 13. april
4	Anbefalinger om avstand mellom personer og samling av personer i grupper	Forskrift	Nei	Nei	Nei	Ja
5	Karanteneplikt ved ankomst til Norge	Forskrift	Ja	Ja	Nei	Ja
6	Unntak fra karanteneplikt for personer som ankommer Norge	Forskrift	Ja	Nei	Nei	Ja
7	Unntak fra karanteneplikt ved utreise fra Norge	Forskrift	Nei	Nei	Nei	Ja
8	Karanteneplikt etter nærkontakt med bekreftet smittet person	Forskrift	Ja	Nei	Nei	Ja
9	Unntak fra karanteneplikt etter nærkontakt med bekreftet smittet person	Forskrift	Ja	Nei	Nei	Ja
10	Karantenerregulering og inn- og utreiseregler for Svalbard og Jan Mayen	Forskrift	Nei	Nei	Nei	Ja
11	Isolering	Forskrift	Ja	Nei	Nei	Ja
12	Stenging av barnehager, skoler og utdanningsinstitusjoner	Forskrift	Ja	Ja	Ja	Delvis
13	Forbud mot enkelte kultur- og idrettsarrangementer mv. hvor personer fysisk møtes	Forskrift	Ja	Nei	Nei	Ja
14	Stenging av enkelte virksomheter	Forskrift	Ja	Nei	Nei	Delvis
15	Krav til virksomheter hvor det serveres mat	Forskrift	Ja	Nei	Nei	Ja
16	Krav til enkelte helsefaglige virksomheter utenfor spesialisthelsetjenesten	Forskrift	Ja	Nei	Nei	Delvis
17	Utreiseforbud for helsepersonell	Forskrift	Ja	Nei	Nei	Ja