

Strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid- 19-pandemien

30. november 2021

1	Innledning.....	3
2	Mål.....	3
3	Mulige utviklinger av pandemien.....	5
4	Strategi for håndteringen av covid-19-pandemien	7
5	Prinsipper for håndteringen av covid-19-pandemien.....	9
6	Regelverk og ansvarsforhold.....	12
7	Overvåkning som grunnlag for beredskap	15
8	Forventninger til beredskap	17
8.1	Beredskap i kommunen.....	18
8.2	Beredskap i de regionale helseforetakene.....	20
9	Tiltak.....	21
9.1	Vaksinasjon	22
9.2	TISK	23
9.3	Innreisetiltak	23
9.4	Kontaktreduserende tiltak	24
9.5	Koronasertifikat	25
10	Internasjonalt samarbeid	26
11	Sammenhengen mellom strategi- og beredskapsplanen og andre relevante grunnlagsdokumenter.....	28
	Vedlegg - Ansvar for oversikt og tiltaksvurderinger i smittevernarbeidet	30

1 Innledning

Regjeringens strategi og beredskapsplan redegjør for regjeringens strategi for håndteringen av covid-19-pandemien og beredskapsnivå og grunnleggende beredskapstiltak som forventes av kommunene og relevante statlige aktører.

Strategien beskriver et målbilde og definerte forutsetninger for å nå målet. Videre fastsettes og omtales konkrete styringsindikatorer som skal bidra i vurderingen av om tiltak bør iverksettes, og av hvem, for å nå det overordnede målet. Hvilke tiltak som bør iverksettes må målrettes og vil variere ut fra den enkelte situasjonen, epidemiens utvikling, vaksinstatus og effekt, situasjonen i helse- og omsorgstjenesten og oppdateringer i kunnskapsgrunnlaget. På bakgrunn av dette omfatter ikke strategien en konkret tiltakspakke for iverksetting av tiltak, da den raskt kan bli utdatert.

Regjeringen viderefører en beredskapsstrategi, som innebærer at relevante aktører bør ha en grunnleggende beredskap for raskt å kunne iverksette aktuelle tiltak og dermed stramme inn når situasjonen tilsier behov for det. Dette dokumentet fastsetter derfor krav og forventninger til grunnleggende beredskap hos disse aktørene.

Kommunene spiller en vesentlig rolle i håndteringen av epidemien. De står imidlertid ikke alene med ansvaret for å håndtere epidemien. Sentrale helsemyndigheter vil gi nasjonale råd og anbefalinger, og om nødvendig forskrifter, dersom situasjonen tilsier behov for det. Det vil også vurderes behov for statlig fastsettelse av regionale tiltak. I tillegg vil fortsatt Rundskriv I-6/2020 og Folkehelseinstituttets Håndbok for oppdaging, vurdering og håndtering av covid-19-utbrudd i kommunen¹ (Kommunelegehåndboka) være viktige verktøy for kommunene i den videre håndteringen av pandemien, jf. nærmere omtale under kap. 8.1 Beredskap i kommunene.

2 Mål

Regjeringen legger til grunn at håndteringen av pandemien skal ivareta helse, redusere forstyrrelser i samfunnet og beskytte økonomien. Regjeringens mål er å beholde kontrollen på covid-19-pandemien slik at den ikke fører til en betydelig sykdomsbyrde og betydelig belastning på kapasiteten i kommunehelsetjenesten og i sykehusene, samtidig som offentlige tjenester kan ytes på et forsvarlig nivå og økonomien beskyttes.

Det er fem viktige forutsetninger for å nå dette målet:

¹ [Kommunelegehåndboka](#)

- Høy vaksinasjonsdekning bidrar til å redusere sannsynligheten for sykdomsbyrde over et tålbart nivå
- Epidemiens utvikling og belastning på helsetjenesten må følges nøye gjennom overvåkningssystemene slik at det oppdages tidlig dersom epidemien truer med å gi en betydelig sykdomsbyrde og betydelig belastning på behandlingsskapiteten
- Kommunene, helse- og omsorgstjenestene og statlige etater må ha beredskap for å sette i verk tiltak som kan bremse epidemien eller mildne dens konsekvenser ved behov, slik at antall pasienter er håndterbart og at alle er sikret faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Lav terskel for testing er viktig i denne perioden.
- Kommunene og regjeringen må ha evne og kapasitet til å veie trusselen fra epidemien mot byrde ved mulige tiltak og finne en håndtering som bidrar til å nå målene. Her er hensynet til barn og unge særlig viktig.
- God overholdelse i befolkningen av generelle smittevernråd og råd og regler om testing og isolasjon

Målet skal nås ved at det lokalt, regionalt eller nasjonalt innføres tiltak og strammes inn ved behov.

Vurdering av sykdomsbyrde skal utgjøre en grunnlinje i vurderingen av risiko som utgangspunkt for om tiltak bør iverksettes. For vurderingen av sykdomsbyrde er det behov for oversikt over nasjonal og lokal situasjon, da behandlingsskapiteten i både spesialisthelsetjenesten og i kommunene inngår i vurderingen. Kapasiteten i kommunene kan bli utfordret før kapasiteten i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at kommunene også gis god oversikt over kapasitetsutfordringene i spesialisthelsetjenesten, slik at dette også inngår i kommunenes helhetlige vurdering av hvorvidt tiltak skal iverksettes lokalt.

Følgende covid-19-spesifikke styringsindikatorer skal legges til grunn ved vurderingen av risiko og behov for eventuelt å iverksette tiltak:

- antall nye sykehusinnleggelser og antall samtidig inneliggende pasienter (totalbelegg)
- belegg på intensivavdelinger
- aldersfordeling av innlagte
- behandlingsskapitet i sykehusene
- kapasiteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- vaksinasjonsdekning
- smittetall

Vurderingen av risiko må videre sees i sammenheng med øvrig belastning på tjenestene, som for eksempel som følge av influensa og andre luftveisinfeksjoner. Både covid-19 og andre luftveisinfeksjoner vil kunne gi sykdom i denne sesongen, etter en lengere periode med lite smitte. Dette innebærer at man må gjøre en helhetlig vurdering av kapasiteten og den samlede belastningen på helse- og omsorgstjenesten og epidemiens utvikling. Se kap. 8.1 for mer om mulige styringsindikatorer og informasjonskilder for vurderinger i kommunene.

Vaksinasjon er nå vårt viktigste tiltak for å forebygge at epidemien blir så stor at den gir en betydelig sykdomsbyrde og betydelig belastning på helsetjenesten. Siden både beskyttelsen mot smitte og beskyttelse mot å smitte videre ikke er 100 prosent og synker med tiden, kan ikke vaksinene stoppe epidemien fullstendig. Vaksinasjon reduserer imidlertid i stor grad de alvorlige følgene av smitte. Alle som anbefales vaksinasjon skal ha et lett tilgjengelig, frivillig og gratis tilbud om grunnvaksinasjon og, om nødvendig og dersom fremtidige data tilsier det, også med oppfriskningsdoser. Koronavaksinasjonsprogrammet skal være til nytte for hele befolkningen.

3 Mulige utviklinger av pandemien

Covid-19-pandemien har vist seg ganske uforutsigbar og det er fortsatt mye usikkerhet om pandemiens og virusets videre utvikling. SARS-CoV-2 kommer til å være med menneskeheten fremover. Viruset vil kanskje gi årlige vinterepidemier slik som influensa. Usikkerheten taler for god overvåkning og tilstrekkelig beredskap for å håndtere flere mulige utviklinger av pandemien.

Det kan skisseres tre mulige og ulike utviklinger av pandemien. Disse beskriver situasjoner vi kan komme i hvis en rekke forutsetninger slår til. Disse mulige utviklingene av pandemien illustrerer ulik utvikling for vaksinasjon, nye virusvarianter, utvikling internasjonalt og andre forhold.

Det er særlig fem faktorer som vil kunne påvirke risikoen for at covid-19-epidemien skal kunne true med å gi en betydelig sykdomsbyrde eller betydelig belastning i helse- og omsorgstjenesten og samfunnet:

- Graden og varigheten av befolkningens beskyttelse mot smitte og alvorlig sykdom etter vaksinasjon eller infeksjon
- Vintersesongens påvirkning av virusets spredningsevne som følge av biologiske og atferdsmessige faktorer
- Ny virusvariant med endrede egenskaper som gir større spredningsevne enn deltavarianten og/eller vaksinene fungerer dårligere mot

- Befolkningens etterlevelse av allmenne smittevernråd og hyppighet av kontakt med andre
- Samtidig økt forekomst av andre luftveisinfeksjoner

Hensikten med å skissere mulige utviklinger av pandemien er å gi en bedre forståelse for hvilke alternative fremtidsbilder vi bør ha beredskap for. De ulike mulige utviklingsretningene for pandemien som presenteres er ikke prognoser, men illustrasjoner av hvordan pandemien kan utvikle seg framover gitt bestemte forutsetninger.

De mulige utviklingene av pandemien er ikke gjensidig utelukkende, og de kan også representere ulike trinn i en negativ utvikling. Det kan også være geografiske forskjeller i utviklingen.

Lavt nivå på innleggelser og ingen betydelige konsekvenser av

smittespredning for samfunnet: Det vil være noe smittespredning blant ikke-vaksinerte, spesielt hos barn, i tillegg til infeksjoner blant vaksinerte. Smitten vil ikke få alvorlige konsekvenser for pasientene, noe som vil reflekteres i et lavt belastningsnivå i sykehusene og få dødsfall. Dette kan skyldes at smittede grupper ikke er sårbare på grunn av fortsatt vaksineeffekt, at infeksjonen gir mindre alvorlig sykdom av samme årsak, eller at det er mulighet for god behandling. Kommunehelsetjenesten har få kapasitetsutfordringer.

Et noe høyere nivå av innleggelser og smittespredning som påvirker

samfunnet i noe grad: Det vil i denne mulige utviklingen av pandemien være spredning av viruset og eventuelt en stigning i antall daglige nye tilfeller. Det vil være noen grad av alvorlig sykdom, f.eks. ved et moderat nivå av antall innlagte og dødsfall. Dette vil kunne tilskrives redusert vaksineeffekt, nye virusvarianter og/eller lavere effekt av behandling. Dette vil ikke føre til en overbelastning av sykehusene i vesentlig grad med tanke på innlagte med covid-19. Det er økende og potensielt krevende kapasitetsutfordringer i kommunehelsetjenesten.

Høy grad av innleggelser og smittespredning som påvirker samfunnet i

alvorlig grad: Det vil være høy grad av smittespredning og det kan være en tydelig eksponentiell stigning i alt fra dager til uker i antall daglige smittetilfeller. Det vil være et høyt nivå av antall innlagte eller økt alvorlighet knyttet til sykdom hos den enkelte. Det vil kunne være ingen eller nedsatt vaksineeffekt og ingen eller nedsatt effekt av behandling. Kommunehelsetjenesten har svært utfordret kapasitet og har problemer med å ta imot utskrivningsklare pasienter og ivareta

sine oppgaver.

Det må planlegges for alle tre mulige utviklinger av pandemien fremover og tilrettelegges for mulig oppjustering av tiltak ved behov. Vintersesongen vil også i sesongen 2021/22 være spesiell med tanke på andre typer luftveisinfeksjoner som i liten grad har sirkulert under pandemien. Covid-19-tilfeller vil kunne utgjøre en ekstrabelastning i tillegg til belastning med et høyt antall innleggelser på grunn av andre årsaker.

Det er ikke ønskelig at vi nærmer oss en situasjon med høy grad av innleggelser og smittespredning som påvirker samfunnet i stor grad. I en slik situasjon vil de kommunale helse- og omsorgstjenestene ha svært utfordret kapasitet og problemer med å ta imot utskrivningsklare pasienter og ivareta sine oppgaver. Dersom situasjonen tilsier at et slikt scenario nærmer seg, bør beredskap operasjonaliseres og tiltak iverksettes. Tiltakene bør være målrettede og forholdsmessige og ta hensyn til at det er store geografiske forskjeller i smitteforekomst og belastning på helse- og omsorgstjenestene. Ved manglende og ikke tidsriktig reaksjon, både fra lokale og nasjonale myndigheter, i form av innføring av tiltak med lav tiltaksbyrde, vil situasjonen kunne utvikle seg i en negativ retning som medfører behov for sterkere virkemidler med større tiltaksbyrde. Det er derfor viktig at det strammes inn med balanserte tiltak tidsnok, for å unngå for stor tiltaksbyrde og at vi kommer i en ikke ønsket situasjon med høy grad av sykdomsbyrde og belastning på kapasiteten i helsetjenesten, som påvirker samfunnet i stor grad.

Dersom pandemien i Norge utvikler seg i en negativ retning lokalt eller nasjonalt, og truer med å gi en betydelig sykdomsbyrde og en betydelig belastning på helsetjenestens behandlingsskapasitet, må vi være beredt på en større omlegging av hvordan vi håndterer pandemien. Konkrete råd om den lokale håndteringen gitt mulige utviklinger i pandemien gis i Kommunelegehåndboka². Kommunelegehåndboka oppdateres fortløpende basert på endringer i situasjonen, erfaringer fra pandemien og innspill fra kommunene.

4 Strategi for håndteringen av covid-19-pandemien

Overgangen fra en kontrollstrategi til en beredskapsstrategi innebar en overgang fra hovedvekt på tiltak som skal holde **kontroll** med smitte ved å redusere kontakt mellom mennesker, spesielt mellom kjente smittede og andre, til et redusert nivå på tiltak med

² [Kommunelegehåndboka](#)

en **beredskap** for å oppjustere og/eller innføre nye tiltak for å begrense smittespredning og hindre overbelastning av helse- og omsorgstjenesten. Kommunene vedtar lokale forskrifter som gjeninnfører tiltak som er opphevet nasjonalt dersom situasjonen lokalt tilsier det. Dette krever at kommunene, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og andre med ansvar og oppgaver i pandemihåndteringen følger nøye med på utviklingen, slik at man reagerer lokalt, regionalt og/eller nasjonalt dersom situasjonen tilsier det.

Viruset vil fortsatt være til stede og spres i Norge og ellers i verden, men i Norge er det et mål at situasjonen ikke skal gi betydelig sykdomsbyrde eller betydelig belastning på helse- og omsorgstjenesten. Som ved andre luftveisinfeksjoner må vi akseptere noe smitte i samfunnet, og også tilfeller av sykehusinnleggelse og dødsfall. Håndteringen av pandemien avhenger av hvordan sykdomsbyrden og smittesituasjonen utvikler seg. Antall pasienter skal være håndterbart for helse- og omsorgstjenesten selv om antall syke periodevis kan øke og variere mellom geografiske områder.

Følgende vil fortsatt gjelde:

- God hånd- og hostehygiene
- Vær hjemme ved sykdom
- Test ved symptomer
- Krav om isolasjon ved påvist covid-19

Vi må fortsatt ha økt overvåkning og beredskap gjennom vintersesongen.

Beredskapsnivået må legges til grunn og gjelde ut april 2022, jf. kap. 8 Forventninger til beredskap. Vi legger videre til grunn at man i ett år eller to bør ha økt årvåkenhet og god beredskap mens man får erfaring med hvordan viruset oppfører seg i en befolkning med utbredt immunitet.

Smittevernberedskapen må ta utgangspunkt i gjeldende lov- og planverk og beredskapsprinsippene. Beredskapen må være på plass for å håndtere mindre utbrudd eller mer alvorlig utvikling og må kunne oppskaleres ved behov. Tidlig oppdagelse av uheldig utvikling er viktig, slik at situasjonen kan håndteres etter behov. Det er viktig med gode overvåkingssystemer for å kunne følge utviklingen av covid-19-pandemien tett og iverksette smitteverntiltak når det er behov, jf. kap. 7 Overvåkning som grunnlag for beredskap. Det gjelder både ved lokale utbrudd og generelt ved økende lokal eller nasjonal spredning.

Ved en alvorlig utvikling må risikoen og både nytte og negative konsekvenser av eventuelle nye tiltak vurderes. Staten, sykehusene og kommunene skal ha nødvendig beredskap med utgangspunkt i de kapasiteter og virkemidler som har vist seg nødvendige under pandemien til nå. Ved vurderingen av smitteverntiltak prioriteres

hensynet til barn og unge først, deretter hensynet til arbeidsplasser og næringsliv. Kompensatoriske tiltak for å redusere tiltaksbyrden skal vurderes. Dersom situasjonen tilsier behov for det, vil og må det strammes inn og iverksettes ytterligere tiltak.

5 Prinsipper for håndteringen av covid-19-pandemien

Håndteringen av pandemien skal være målrettet og samordnet. Samtidig kan en rekke smitteverntiltak også gripe inn i grunnleggende rettigheter etter Grunnloven, menneskerettighetene og andre folkerettslige forpliktelser som Norge er bundet av. Inngrep i slike rettigheter er bare lovlige dersom de er nødvendige og forholdsmessige. Det må i denne sammenheng vektlegges at vi nå har oppnådd en utbredt befolkningsimmunitet mot covid-19 gjennom vaksinasjon. Det er derfor viktig at før smitteverntiltak iverksettes bør det settes av tilstrekkelig tid og ressurser til å gjøre gode vurderinger av disse forholdene, samt at kommunene gis støtte til slike vurderinger.

Følgende prinsipper skal legges til grunn for håndteringen av pandemien:

- **Normalisering og balansert håndtering:** Samfunnsdriften skal i størst mulig grad normaliseres. Det innebærer at særregulering, særordninger og særlige tiltak vil kreve stadig sterkere begrunnelser etter hvert som stadig større deler av befolkningen er beskyttet mot covid-19 gjennom vaksinasjon. Det innebærer også at helse- og omsorgstjenestene og andre sektorer må integrere håndteringen av covid-19 i sitt ordinære arbeid og ordinære organisering, i tråd med likhetsprinsippet. Tiltak som iverksettes for å håndtere en uheldig utvikling i pandemien bør ha minst mulig negative virkninger. Smitteverntiltakene må stå i forhold til sykdomsbyrde og vurderingen av risiko, både i styrke og omfang. Ved behov for inngripende tiltak må det vurderes om det kan iverksettes kompenserende tiltak som reduserer tiltaksbyrden for de berørte på egnet måte. Dersom pandemien i Norge utvikler seg i en negativ retning, må vi være beredt på mindre grad av normalisering, og en større omlegging av hvordan vi håndterer pandemien.
- **Sykdomsbyrde:** Vurdering av sykdomsbyrde vil utgjøre en grunnlinje i håndteringen av covid-19 og i vurderingen av risiko som utgangspunkt for om tiltak bør iverksettes.
- **Kunnskaps- og erfaringsbasert:** Håndteringen skal bygge på god situasjonsforståelse og risikovurdering, og tiltak skal baseres på siste oppdaterte kunnskap, herunder om tiltakenes smitteverneffekt og eventuelle negative virkninger. Det samlede overvåkings- og kunnskapssystemet skal understøtte gode råd og gode beslutninger, samt bidra til god situasjonsforståelse. På denne måten kan vi raskt

identifisere behov for justering av tiltak og øke kunnskap om tiltakenes effekt, ringvirkninger og kostnader. Både mulighetene og forventningene for god kunnskap kan endre seg. Basert på kunnskap gjennom bl.a. evaluering, forskning, kunnskapsoppsummeringer, nytte-kostnadsanalyser og erfaring skal vi være forberedt på ulike mulige utviklinger av pandemien, samtidig som vi også høster erfaring og forbereder oss på neste pandemi.

- **Målrettet og samordnet:** Dersom epidemien gir betydelig lokal sykdomsbyrde eller truer kapasiteten i helse- og omsorgstjenestene, har kommunene etter smittevernloven ansvar for å håndtere situasjonen. Lokale tiltak må være målrettede, nødvendige og forholdsmessige. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet gir råd og veiledning og bidrar til lokal og regional risikovurdering og valg av tiltak. Ved regionale utfordringer bør kommunene raskt samordne sine tiltak i dialog med hverandre, helseforetak og statsforvalter. Statsforvalterne skal ved behov bidra til samordning mellom kommuner. Dersom den negative utviklingen er nasjonal eller situasjonen tilsier innføring av regionale tiltak, vil Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet gi råd til Helse- og omsorgsdepartementet og regjeringen.
- **Håndtering der hensynet til utsatte og sårbare grupper ivaretas:** Hensynet til utsatte og sårbare grupper henger tett sammen med prinsippet om balansert håndtering og behovet for kompenserende tiltak. Enkelte grupper har høyere risiko for smitte og alvorlig sykdomsforløp, og noen grupper er mer utsatt for byrdene ved smitteverntiltakene. Håndteringen bør ha et siktemål om rettferdighet og dermed ta hensyn til sosiale og personlige forskjeller i risiko for å bli smittet og risiko for alvorlig sykdomsforløp. De sårbare gruppene er gjerne mer utsatt for byrdene ved smitteverntiltakene og rammes ofte både av smitteverntiltakene og redusert sosial kontakt, samt av redusert tjenestetilbud i situasjoner med for høy sykdomsbyrde. For alle utsatte og sårbare grupper, og særlig sårbare barn og unge, er det viktig at relevante myndigheter og andre aktører sammen med de berørte finner gode kompenserende tiltak for å minske de negative konsekvensene av pandemien og eventuelle nødvendige smitteverntiltak. Tiltak som begrenser læring eller gir en ustabil skolesituasjon bør i størst mulig grad unngås. For å ivareta hensynet til utsatte og sårbare grupper bør det settes inn forsterket innsats for å nå frem med informasjon og råd.
- **Samfunnsøkonomiske konsekvenser og andre hensyn skal vektlegges:** Tiltak må være nødvendige og forholdsmessige, og samfunnsøkonomiske effekter av tiltak må vektlegges ved justering og innføring av tiltak så langt det er mulig. Dette innebærer at den smittevernfaglige effekten skal vurderes i forhold til andre helsemessige og sosiale konsekvenser for den enkelte, særlig for sårbare personer. Effekten skal videre også vurderes opp mot andre samfunnsmessige

konsekvenser av betydning for samfunnsfunksjoner og næringsliv.

Smitteverntiltak med store negative samfunnsmessige konsekvenser skal unngås så langt som mulig innenfor det som er smittevern faglig forsvarlig.

- **Tilpasse tiltakene en ny situasjon:** Ved høy vaksinasjonsdekning i befolkningen vil forutsetningene for tiltakenes virkning være endret fra tidligere, og innretningen av smitteverntiltak må derfor tilpasses en ny situasjon. Bedre beskyttelse i befolkningen gjør det mulig med noe mer tid til gradvis og erfaringsbasert opptrapping av tiltak basert på observasjoner i data og kortdisprognoser, samt styringsindikatorer som nevnt i kapittel 2.
- **Innsats for å tilrettelegge for bedre informasjon og etterlevelse:** Vi må ta hensyn til at arbeidssituasjon, boforhold, helsekompetanse, kulturelle forhold, språkkunnskaper mv. kan gjøre det vanskeligere å etterleve tiltak. Tiltakenes effekt avhenger av at de faktisk blir forstått og etterlevet. Informasjon på flere språk, i relevante kanaler og gjennom det ordinære sosiale sikkerhetsnett er avgjørende for oppslutning om og etterlevelse av tiltakene. Oppslutning om tiltakene innebærer også at vi må redusere barrierer for etterlevelse, og at vi må legge til rette for at alle har nødvendige forutsetninger for god etterlevelse. Dialog og samarbeid med ressurspersoner, arbeidsgivere, innvandrersamfunnsorganisasjoner og minoritetsmedier for sammen å kartlegge barrierer mot etterlevelse og mulige tiltak er viktig for å øke forståelsen av og etterlevelsen av tiltak.
- **Etter beredskapsprinsippene:** Håndteringen bør baseres på de grunnleggende prinsippene for samfunnssikkerhetsarbeidet: ansvar, nærhet, likhet og samvirke³⁴. En rekke beslutninger har blitt løftet til regjeringen, for en helhetlig håndtering nasjonalt. Justis- og beredskapsdepartementet er lederdepartement og har ansvaret for å koordinere håndteringen av pandemien på departementsnivå. Det er imidlertid det enkelte departements ansvar å formidle og følge opp råd og retningslinjer fra helsemyndighetene i egen sektor og ved behov fastsette ytterligere standarder og rutiner for sine sektorer. Helsemyndighetene vil bidra med generelle smittevern faglige råd og veiledning rettet mot næringslivet. Videre har sektordepartementene med sine underliggende etater ansvar og bidrar med sine virkemidler for å få gjennomført tiltak, med sikte på å oppnå full effekt av tiltakene i sin sektor.
- **Åpenhet:** Åpenhet om kunnskapsgrunnlaget og vurderingene skal bidra til tillit til beslutningene og forståelse for smitteverntiltakene. Responsen på pandemien

³ [Meld. St. 5 \(2020–2021\) Samfunnssikkerhet i en usikker verden](#)

⁴ [Innst. 275 S \(2020-2021\)](#)

skal i utgangspunktet utvikles i åpen samtale med befolkningen, helsetjenesten, fagmiljøer og på tvers av sektorer. Viktige temaer som bør diskuteres åpent er utfordringsbildet, grunnlaget for vurdering av risiko og begrunnelse for håndteringen og beredskapsnivået, herunder forholdsmessigheten av tiltak ved behov. Samtidig vil håndteringen i noen tilfeller kreve at beslutninger fattes raskt, uten tid til involvering i forkant. Det bør i slike tilfeller tilrettelegges for åpen dialog i etterkant, slik at vi kan justere og tilpasse den videre håndteringen basert på dialog og erfaring. Befolkningen i Norge har gjennomgående høy grad av tillit til myndighetene og det har vært god etterlevelse av de råd og krav som myndighetene har iverksatt. For å opprettholde tillit og motivasjon i befolkningen, blant annet om de viktige personlige smitteverntiltakene, er tydelig og god kommunikasjon avgjørende. Tydelig og god kommunikasjon er også viktig for at befolkningen skal dele situasjonsforståelsen og behovet for tiltak.

6 Regelverk og ansvarsforhold

De fleste smitteverntiltakene for håndteringen av covid-19-pandemien er hjemlet i smittevernloven. For at tiltak etter smittevernloven kan iverksettes må tiltaket ha en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet, og det må være tjenlig etter en helhetsvurdering. For ethvert smitteverntiltak skal man i tråd med smittevernloven ta utgangspunkt i frivillighet.⁵

Nedenfor redegjøres nærmere for ansvaret etter smittevernloven, helseberedskapsloven og folkehelseloven.

I samsvar med smittevernloven § 7-1 er det kommunen som har ansvar for det helhetlige smittevernarbeidet på lokalt nivå, herunder ansvar for å sikre nødvendige forebyggende tiltak og iverksette nødvendige tiltak. Kommunen skal ha løpende oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommene som forekommer i kommunen. Smittevernloven § 7-1 gjelder ikke på Svalbard. Det er gitt egne bestemmelser om helselovgivningens, herunder smittevernlovens anvendelse på Svalbard. Ansvar og oppgaver i smittevernberedskapen må tilpasses de lokale forholdene. Kommunene vil ha hovedansvaret for å vurdere iverksettelse av tiltak dersom spredning av covid-19, eventuelt samtidig med andre utfordringer, kan utfordre kapasiteten i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at kommunene gis god oversikt over kapasitetsutfordringene i spesialisthelsetjenesten, slik at dette også inngår

⁵ Se Rundskriv I-6/2021 om kommunale smitteverntiltak.

i kommunenes helhetlige vurdering av hvorvidt tiltak skal iverksettes lokalt for å opprettholde kapasitet til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester lokalt eller i spesialisthelsetjenesten.

Kommunene har plikt til å utarbeide beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenestene de plikter å tilby eller er ansvarlige for, jf. lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-2. Kommunene skal også utarbeide beredskapsplan for arbeidet med å beskytte befolkningens helse, jf. folkehelseloven kapittel 3. Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført, skal være et eget område i planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste. Disse planene må ta høyde for hvordan kommunen selv kan håndtere lokale utbrudd på en forsvarlig måte, eventuelt i samarbeid med andre kommuner og helseforetak. Kommunene har et selvstendig ansvar for å gjøre risikovurderinger og iverksette tiltak dersom situasjonen skulle kreve det. For at kommunene skal kunne være i stand til å gjøre gode vurderinger, kreves godt samspill mellom lokale, regionale og statlige aktører.

Det følger av smittevernloven § 7-4 at statsforvalteren skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevernet i fylket, herunder ha oversikt over og kunnskap om lokale planer om smittevern, samt yte bistand ved behov. Statsforvalteren har videre et ansvar for å legge til rette for at ansvarlige regionale aktører har tilstrekkelig oversikt og informasjon, og at aktørene samarbeider for å understøtte håndteringen lokalt. For Svalbard vises det til Instruks for statsforvalterens og Sysselmesteren på Svalbards arbeid med samfunnsikkerhet, beredskap og krisehåndtering. Statsforvalteren kan etter helsetilsynsloven føre tilsyn med kommunens smittevernarbeid, herunder om de kommunale smittevernplanene sannsynliggjør en forsvarlig håndtering av lokale utbrudd. Statsforvalteren er også klageinstans for kommunale vedtak etter smittevernloven. Statsforvalteren skal holde Statens helsetilsyn orientert om forholdene i fylket. Statens helsetilsyn har overordnet tilsyn med at den kommunale, fylkeskommunale og statlige virksomheten er i samsvar med loven og med forskrift eller enkeltvedtak med hjemmel i loven.

De regionale helseforetakene og sykehusene har etter helseberedskapsloven § 2-2 plikt til å utarbeide beredskapsplan for helsetjenestene de skal sørge for tilbud om, eller er ansvarlige for. De regionale helseforetakene skal etter smittevernloven § 7-3 sørge for at befolkningen i helseregionen er sikret nødvendige spesialisthelsetjenester for smittsomme sykdommer. De regionale helseforetakene er også pålagt å ha smittevernplaner for tiltak og tjenester, og gi tilbud om nødvendig smittevernbistand til kommunale institusjoner. De regionale helseforetakene skal videre ha et kompetansesenter i smittevern i helsetjenesten. Senteret skal samordne smittevernarbeidet og gi smittevernrådgivning og hjelp til oppklaring av utbrudd i det regionale helseforetakets

helseinstitusjoner i samarbeid med Folkehelseinstituttet. Regionale helseforetak og kommuner er pålagt gjensidig samarbeid og veiledning etter spesialisthelse-tjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven.

Folkehelseinstituttet skal, som statens smitteverninstitutt og kunnskapsprodusent (smittevernloven § 7-9), overvåke den epidemiologiske situasjonen og gi faglig bistand, råd, veiledning og informasjon om smittsomme sykdommer, smittevern og valg av smitteverntiltak til hele helsetjenesten, kommunene og samfunnet. Folkehelseinstituttet leder det nasjonale koronavaksinasjonsprogrammet og sørger for distribusjon av vaksiner og overvåking av vaksinasjonsdekningen, samt råd, retningslinjer og kommunikasjon om gjennomføringen av programmet.

Helsedirektoratet er myndighetsorgan og skal basert på sin myndighetsrolle etter smittevernloven § 7-10, blant annet gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak etter smittevernloven, samt medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer.

Under kriser og pandemier delegerer Helse- og omsorgsdepartementet i utgangspunktet til Helsedirektoratet å koordinere den nasjonale håndteringen. Regjeringen kan fremdeles fatte vedtak, også etter råd fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Som følge av smittesituasjonen og behov for å samordne tiltak, har regjeringen i håndteringen av pandemien i tiden etter 12. mars 2020 besluttet tiltakene. Helsedirektoratet har sammen med Helse- og omsorgsdepartementet et nasjonalt koordineringsansvar for helse- og omsorgssektoren. De øvrige etatene og virksomhetene forventes å ivareta egne roller og ansvar, og samtidig samarbeide om å løse oppgavene og understøtte Helsedirektoratets koordinering av sektorens samlede innsats.

Smittevernloven gir adgang til at det kan fattes vedtak om tiltak på lokalt eller nasjonalt nivå. Gjennom covid-19-forskriften reguleres tiltak nasjonalt. Kommunene kan vedta strengere tiltak lokalt, men kan ikke lempe på de nasjonale forskriftsbestemmelsene.

Sektordepartementene med sine underliggende etater skal ta ansvar og bidra med sine virkemidler for å få gjennomført tiltak med sikte på å oppnå full effekt av tiltakene i sin sektor. Den enkelte sektor må følge anbefalinger og bør innrette seg slik at både privat og offentlig virksomhet kan få i gang mest mulig normal aktivitet innenfor rammene av de generelle smittevern rådene, samt vurdere kompenserende tiltak dersom det er behov for å redusere tiltaksbyrden.

Det er fastsatt en midlertidig lov og forskrift om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen. Formålet med loven og forskriften er å begrense retten til

innreise for utlendinger som ellers vil ha lovlig adgang til innreise etter utlendingsloven, når det er nødvendig for å trygge folkehelsen ved utbruddet av covid-19.

I tråd med smittevernlovens system er ansvaret for å overvåke situasjonen fordelt på ulike nivåer. Kommunenes ansvar forutsetter oversikt over den lokale smittesituasjonen. Statsforvalteren skal ha oversikt over kommunenes smittevernplaner og smittevernkapasitet. Folkehelseinstituttet skal overvåke den nasjonale og internasjonale smittesituasjonen og vaksinasjonsdekningen, og Helsedirektoratet skal blant annet overvåke kapasiteten i helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet har også ansvar for koordinering og for å følge med på aktivitet, kapasitet og tilgang på utstyr/legemidler i helsetjenesten og å vurdere disse faktorene opp mot smittesituasjonen. Det er viktig at de ulike aktørene samarbeider for å sikre god overvåking og kontroll.

Etter smittevernloven og forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften) skal tilfeller av eller mistanke om smittsom sykdom meldes til Folkehelseinstituttet for å gi et nasjonalt bilde av smittesituasjonen⁶. Folkehelseinstituttet skal veilede kommunen og varsle videre til Helsedirektoratet, slik at smitteverntiltak kan samordnes, eventuelt med pålegg fra Helsedirektoratet. Eventuelle kapasitetsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten skal varsles til Helsedirektoratet. Slik varsling bidrar til oversikt og tilrettelegger for samarbeid mellom de ulike nivåene. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet rapporterer til Helse- og omsorgsdepartementet.

7 Overvåkning som grunnlag for beredskap

For å kunne følge med på om sykdomsbyrden er betydelig, og eventuelt reagere dersom en endring i situasjonen medfører at befolkningen ikke får faglig gode helsetjenester på alle nivå, vil det være viktig med gode systemer for overvåkning og formidling av oppdaterte situasjonsbilder.

Vi skal ha en oppmerksomhet knyttet til utviklingen av sykdomsbyrden og systemer for å fange opp utbrudd og uheldig utvikling tidlig. Formålet med overvåkingen er å bidra til et godt grunnlag for risikovurdering, strategivalg, tiltaksvurdering og risikokommunikasjon, samt kunnskapsgenerering. Overvåkning og systemer for risikovurdering må understøtte lokale og sentrale myndigheters ansvar og oppgaver.

Ved økende vaksinasjonsdekning mot covid-19 i befolkningen er det forventet lavere tall på alvorlige covid-19-tilfeller og -dødsfall, sammenliknet med tiden før vaksinerings.

⁶ [Ukerapporter om koronavirus og covid-19 - FHI](#)

Antallet smittede og innlagte vil imidlertid også påvirkes av andre faktorer, som f.eks. sesongvariasjon, økt kontakthypighet og en generell økning i forekomst av luftveisinfeksjoner inklusive covid-19 i vintersesongen. Overvåkingen av covid-19 må tilpasses utviklingen. Den epidemiologiske overvåkingen av covid-19 bør samkjøres med overvåking av andre luftveisinfeksjoner, inkludert styrking og bruk av felles løsninger med influensaovervåkingen.

Viktige temaer for overvåkingen er utbrudd (særlig i helseinstitusjoner), virusvarianter, vaksinasjonseffekt og sykehusinnleggelser. Lokale og nasjonale myndigheter må følge nøye med på utviklingen, slik at det raskt kan settes inn tiltak hvis situasjonen endrer seg.

Etter smittevernloven § 7-9 har Folkehelseinstituttet som statens smitteverninstitutt ansvar for å «overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen». Kommunene skal etter smittevernloven § 7-1 skaffe seg «oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen», og etter § 7-2 skal kommunelegen ha «løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen».

Kjernen i overvåkingen har vært de veletablerte Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), samt Referanselaboratoriet. I tillegg er mange nye systemer og datakilder kommet på plass for å dekke ulike formål i overvåkingen. Muligheten for å koble disse sammen i beredskapsregisteret Beredt C19 har vært en forutsetning for de grundige analysene som er levert. Beredt C19 vil også fremover være en viktig kilde til kunnskap om pandemiens utvikling. Den nokså nyetablerte MSIS labdatabase har vært et stort framskritt i å skaffe rask og komplett oversikt over nye smittetilfeller. Folkehelseinstituttet har gjennom hele pandemien samlet inn og analysert data og rapportert analyseresultater fra en rekke overvåkingssystemer og registre. Dette for å følge pandemiens utvikling fra flere synsvinkler og for å gi grunnlag for risikovurderinger og strategivalg. Overvåkingen har utviklet seg med behovene.

Overvåking av epidemiens utvikling, sykehusenes belastning, nye virusvarianter, vaksinasjonsdekning og vaksinasjonseffekt er avgjørende for å kunne vurdere utviklingen og oppdage uheldige utviklingstrekk tidlig. Det er viktig å sikre at de forbedringene som er gjort i sammenheng med pandemien, også i fremtiden kan bidra til å styrke eksisterende smittevernovervåking av influensa og andre luftveis sykdommer. Det er avgjørende med en videre utvikling av systemene for overvåking og kunnskap, både for denne pandemien og som beredskap for fremtidige helsekriser. Helhetlig og samordnet innsats forutsetter god informasjonsflyt og tilgang til sanntids-

data for effektiv håndtering av utbrudd. Arbeidet med å forberede overvåkingen ytterligere blir således viktig framover. For eksempel vil arbeidet som ble påbegynt i 2020 med styrket digitalisering av overvåkningssystemet fortsatt videreføres.

8 Forventninger til beredskap

Selv om vaksinedekningen er høy, vet vi ikke nok om varigheten av beskyttelsen. Det kan også komme nye virusvarianter som vaksinasjon beskytter dårligere mot. Det kan igjen bli nødvendig med flere nasjonale eller lokale tiltak.

Det skal opprettholdes økt beredskap sammenlignet med normalsituasjon hos Helse- og omsorgsdepartementet, statsforvalterne, kommunene, helseforetakene, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Statens legemiddelverk ut april 2022 i første omgang. Alle sektorer må ha oppdatert sine planer for å kunne håndtere mulige utviklinger av pandemien slik at offentlige tjenester ytes på forsvarlig nivå og økonomien beskyttes.

Enkelte andre luftveisinfeksjoner enn covid-19 kan gi stor sykdomsbyrde og belastning på helse- og omsorgstjenesten i vinter, grunnet at det er mindre immunitet i befolkningen etter to år med lite sirkulerende smitte. Det kan også bli økt sykefravær hvis mange holder seg hjemme med symptomer på luftveisinfeksjon. Terskelen for å holde seg hjemme bør derfor vurderes i lys av utviklingen. Beredskapen må ta høyde for dette.

Ved en lokal eller nasjonal større økning av smittespredningen som gir en betydelig sykdomsbyrde, må vi være forberedt på å begrense smittespredningen. Utviklingen i pandemien har vist at det kan komme bølger der det igjen kan være nødvendig med innstramminger. Ved nedskalering av tiltakene må vi nøye vurdere risikoen for ny økning og utfordringer i håndteringen. Dette innebærer blant annet at aktørene må ha beredskap for de kapasiteter og virkemidler som har vist seg nødvendige under pandemien til nå, herunder vedlikeholde nødvendig kompetanse for håndtering av pandemien og ha beredskap for å skalere opp personellressursene raskt nok til å få kontroll over nye utbrudd. Med utbredt immunitet i befolkningen kan det være tilstrekkelig med mindre inngripende tiltak for å bremse eller snu en uheldig utvikling, for eksempel forsterkede råd.

Det vil videre være behov for forsterket overvåking og beredskap for å trappe opp smitteverntiltak på kort varsel. Særlig bør det følges med på nye virusvarianter som har økt spredningsevne, økt sykdomsskapende evne eller omgår effekten av vaksiner brukt i Norge.

Det kan fortsatt oppstå situasjoner hvor man må handle under usikkerhet. Som følge av virusvarianter med større spredningsevne, har vi sett behovet for og betydningen av rask handling. Håndteringen av pandemien må da være målrettet og samordnet. Kommunene og andre aktører må derfor ut april 2022 planlegge en beredskap for eventuell betydelig sykdomsbyrde som følge av økt smittespredning. Ved en negativ utvikling av situasjonen tar vi med oss den erfaringen vi nå har fått med hvilke målrettede tiltak som kan være nødvendige i gitte situasjoner, samtidig med at økt vaksineringsreduserer risiko for en eskalerende smittespredning og reduserer sykdomsbyrden av covid-19.

Kommuner og de regionale helseforetakene må foreta sine vurderinger av risiko opp mot målbildet, som er å hindre at covid-19-pandemien fører til en betydelig sykdomsbyrde og belastning på behandlingsskapiteten i kommunehelsetjenesten og i sykehusene. Dette samtidig som offentlige tjenester kan ytes på forsvarlig nivå og økonomien beskyttes. Dette innebærer at sykdomsbyrden er håndterbar, slik at enkeltmennesker og pasienter får faglig gode tjenester. Mulige utviklinger av pandemien, som omtalt ovenfor i punkt 3, benyttes ved planlegging når det gjelder nivå av overvåkning, beredskap og mulighet for å innføre tiltak. Detaljer rundt hvilke tiltak som vil kunne være hensiktsmessig ut fra de ulike mulige utviklingene i pandemien fremover er nærmere omtalt i Kommunelegehåndboka.⁷

Under omtales noen særlige forventninger til beredskap hos kommuner og de regionale helseforetakene.

8.1 Beredskap i kommunen

I situasjoner som eksempelvis utfordrer kapasiteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må det foretas en helhetlig vurdering av behov for å iverksette nødvendige tiltak. Vurderingen må sees opp mot målbildet for kommunene, som er at sykdomsbyrden holdes innenfor det som er håndterbart i helse- og omsorgstjenesten i kommunen, slik at befolkningen får faglig gode tjenester på alle nivå. I tillegg er det gjensidig avhengighet mellom antall smittede med covid-19 i kommunene og belastningen på spesialisthelsetjenesten, men innleggelsene kommer gjerne én til to uker etter smittetidspunktet. Kommunene må også inkludere informasjon om belastningen på spesialisthelsetjenestene når lokale tiltak vurderes.

⁷ [Kommunelegehåndboka](#)

Behov for å iverksette tiltak må videre vurderes opp mot kostnader ved tiltak for samfunnet, inkludert hensynet til sårbare grupper. Kommunene bør veie nytte og kostnader ved tiltak opp mot hverandre. Spesielt bør tiltaksbyrden for barn og unge vurderes nøye, dersom tiltak som rammer denne gruppen vurderes. Her vil Folkehelseinstituttets veiledning til kommunene i Kommunelegehåndboka være et nyttig verktøy, både for å sikre gode vurderinger og for å hindre avvik i tiltak på tvers av kommuner og at ubegrunnede forskjeller oppstår. Håndboka gir god veiledning for hvordan kommunene bør vurdere og reagere ved ulike mulige utviklinger av situasjonen.

Kommunene må i en periode fremover ha kapasitet til både vaksinasjon og TISK (testing, isolasjon, sporing og karantenering). Som beredskap i tiden framover er det nødvendig å være forberedt med en effektiv vaksinasjonsstrategi i tilfelle situasjonen forverres. I første omgang må kommunene opprettholde vaksinasjonskapasiteten tilsvarende 400 000 doser i uken ut april 2022.

Dersom det skulle komme en lokal eller nasjonal større økning av smittespredningen som gir en svært belastende sykdomsbyrde, må kommunene være forberedt på å begrense smittespredningen gjennom lokale tiltak. Det kan også bli aktuelt å innføre nye, nasjonale tiltak.

TISK-arbeidet har vært avgjørende for å holde epidemien under kontroll med et nokså lavt nivå av kontaktreducerende tiltak. Formålet har vært å redusere smittespredningen så tidlig som mulig gjennom å finne og isolere smittede og følge opp deres eksponerte nærkontakter. Kommunenes og helseforetakenes beredskap for TISK legges på en grunnkapasitet tilsvarende at kommunene skal kunne distribuere hurtigtester til 10 prosent av befolkningen per uke. Kommunene må vurdere hvordan de best mulig kan fordele og benytte tilgjengelige hurtigtester ut fra lokalt smittetrykk. Kommunene og helseforetakene bør ha beredskap til å teste 1 prosent av befolkningen per uke og kunne øke kapasiteten i løpet av 5 dager til å teste 5 prosent av befolkningen per uke, samt ha kapasitet til å tilpasse de øvrige delene av TISK-arbeidet til situasjonen lokalt. Kapasiteten bør opprettholdes ut april 2022.

Enkelte andre luftveisinfeksjoner enn covid-19 kan i tillegg gi stor sykdomsbyrde og belastning på helse- og omsorgstjenesten i vinter, spesielt fordi det er mindre immunitet i befolkningen etter to år med lite sirkulerende smitte. Det er også foreløpig ukjent hvor godt årets influensavaksine vil beskytte mot de influensavirusene som kommer i årets sesong. Økt sykefravær gir ekstra utfordringer i helse- og omsorgstjenesten fordi mange holder seg hjemme med symptomer på luftveisinfeksjon, eller pga. syke barn. Beredskapen i helse- og omsorgstjenesten i kommunene må ta høyde for dette. Folkehelseinstituttet gir, som ellers, råd og veiledning til kommuner ved utbruddshåndtering.

Indikatorer og informasjonskilder for kommunen som gir mulighet til å fange opp og vurdere utviklingen kan være:

- Utbrudd i sykehjem eller hos andre sårbare grupper, i barnehager, skoler og i uvaksinerte grupper
- Kommunens evne til å opprettholde pålagte oppgaver, inkludert evne til å opprettholde og gjennomføre
 - vaksinasjon
 - TISK
 - drift av sykehjem
 - nødvendige hjemmetjenester
 - helsetjenester til barn og unge
 - fastlegetjenesten og legevakt
 - andre prioriterte kommunale oppgaver
- Sykefravær, spesielt i skole og helse- og omsorgstjenester (kommunale data)
- Konsultasjoner i allmennlegetjenesten – luftveisdiagnoser
- Vaksinasjonsdekning i kommunen - demografisk fordeling
- Antall registrerte tilfeller av covid-19 og andre luftveisinfeksjoner, samt trend i smitte
- Antall innleggelser i korttidsplasser/sykehjem/helsehus grunnet covid-19 og andre luftveisinfeksjoner
- Nye innleggelser og antall inneliggende i det lokale sykehuset
- Dødsfall i kommunen relatert til covid-19 og andre luftveisinfeksjoner, inkludert aldersfordeling

8.2 Beredskap i de regionale helseforetakene

Regionale helseforetak må ha planer for at mange pasienter kan bli innlagt med covid-19 på et tidspunkt der sykehusene har mange som er innlagt med andre luftveisinfeksjoner, som influensa, lungebetennelser og RS-virusinfeksjoner, dvs. planer for isolasjon, smittevern og eventuell omdisponering av personell og senger. Videre må helseforetakene ha planer for å kunne håndtere alvorlig syke pasienter med covid-19 og andre luftveisinfeksjoner samtidig, dvs. planer for å øke intensivkapasiteten. Det bør foreligge planer om eventuell nedskalering av elektiv aktivitet dersom det blir nødvendig.

De regionale helseforetakene må foreta sine vurderinger opp mot målbildet for spesialisthelsetjenesten, som er at sykdomsbyrden holdes innenfor det som er håndterbart, slik at pasienter får faglig forsvarlige tjenester. Dersom helseforetakene

vurderer at de nærmer seg overskridelse av kapasitet, må de umiddelbart melde fra om dette til Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er nødvendig å vedlikeholde kompetanse for håndtering av pandemien og ha beredskap for raskt å kunne omdisponere personellressurser, arealer og utstyr. Avtaler om samarbeid med andre helseforetak bør også vurderes fortløpende og oppdateres ved behov. Folkehelseinstituttet har anslått at sykehusene bør ha beredskap for anslagsvis 20 prosent økt sykefravær. Videre skal det planlegges for tilstrekkelig analysekapasitet i laboratoriene til å diagnostisere og overvåke luftveispatogener gjennom en vinter med antatt høyere belastning enn normalt. Helseforetakene skal ha beredskap til å analysere prøver fra 1 prosent av befolkningen per uke og kunne øke kapasiteten i løpet av 5 dager til 5 prosent av befolkningen per uke.

Indikatorer for de regionale helseforetakene, som gir mulighet til å fange opp utviklingen:

- Belegg og konsekvenser i spesialisthelsetjenesten.
 - Antall covid-19-pasienter (totalt inneliggende og per uke) på sykehus, intensivavdeling og på respirator. Dette må ses i sammenheng med belegg fra øvrige luftveisinfeksjoner og totalbelegg. Aldersfordeling, liggetid og vaksinasjonsstatus for inneliggende pasienter med covid-19.
 - Andre indikatorer: behov for omdisponering av personell/lokaler/ressurser, kapasitetsbrist for (laboratorie)tjenester, nedprioritering av elektiv drift eller andre tjenester, redusert tilgang på utstyr/personell, behov for avlastning fra andre helseforetak.

Slike data må være tilgjengelige for kommunene i opptaksområdet for det enkelte sykehus. Dette avklares gjennom samhandlingsprosessene mellom kommuner og sykehus.

9 Tiltak

Følgende nasjonale tiltak har vært gjeldende lenge og vil fortsatt være viktige i håndteringen av pandemien fremover: god hånd- og hostehygiene, være hjemme ved sykdom, å teste seg ved symptomer og krav om isolasjon ved påvist covid-19. Det bør gjennom vintersesongen og våren fortsatt være lett å få testet seg. Vaksinasjon er nå vårt viktigste tiltak for å forebygge at epidemien blir så stor at den gir en betydelig sykdomsbyrde og betydelig belastning på helsetjenesten. Flere tiltak kan bli aktuelle dersom situasjonen tilsier det. Situasjonen i helse- og omsorgstjenestene er sårbar og

det kan fortsatt bli aktuelt å innføre flere nasjonale tiltak. I tillegg til de nevnte virkemidlene har nasjonale og lokale myndigheter flere andre tiltak som kan benyttes.

Viktige prinsipper for forventningen til beredskapen i helse- og omsorgstjenesten er at vi kan opprettholde og iverksette smitteverntiltak innen hygiene, testing og isolering, smitteoppsporing og karantene, kontaktreduserende tiltak, reisetiltak og vaksinasjon. Mange av tiltakene kan være inngripende med stor tiltaksbyrde, og planleggingen bør derfor inkludere en grundig forholdsmessighets- og kost-nytte-vurdering, samt en vurdering av behov for kompensatoriske tiltak for å redusere tiltaksbyrden. Mindre inngripende tiltak bør velges først, og tiltakene bør i størst mulig grad være målrettet for å beskytte de mest utsatte gruppene.

9.1 Vaksinasjon

Regjeringen har lagt til grunn at koronavaksinasjonsprogrammet skal ha samme overordnede mål som regjeringens strategi og plan for håndtering av covid-19-pandemien: Ivareta helse, redusere forstyrrelser i samfunnet og beskytte økonomien. Direkte og indirekte vaksinebeskyttelse vil være en svært viktig del av arbeidet med pandemien. Regjeringen arbeider videre med tiltak som kan øke vaksineringsgraden. Vaksinasjon er frivillig.

Vaksinasjon har vært avgjørende for å holde epidemien under kontroll uten omfattende tiltak. Høy vaksinasjonsdekning bidrar i dag til å til å bremse, men ikke stoppe smittespredningen. Oppslutningen om koronavaksinasjonsprogrammet er høy. Enkelte grupper født i utlandet ligger lavere enn de som er født i Norge.

Vaksinasjonsprogrammet er regulert i Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram. Folkehelseinstituttet vil med bakgrunn i ny kunnskap fortløpende vurdere målgrupper, prioriteringer mellom dem, antall doser, doseintervall og eventuelt foreslå for regjeringen endringer i vaksinasjonsprogrammet. Regjeringen har vedtatt at det planlegges for oppfriskningsdoser til alle mellom 18 og 65 år.

Det er avgjørende å ha en strategi som tar høyde for at beslutninger om vaksinefordeling kan tas raskt med sikte på å begrense de samlede skadevirkningene av covid-19 for samfunnet. Vaksinasjonsstrategien er dynamisk og vurderes løpende basert på oppdatert kunnskap og pandemiens utvikling, og nye grupper kan inkluderes og flere doser kan etter hvert bli aktuelt.

Folkehelseinstituttet har ansvar for vaksineberedskap og gir faglige råd om vaksinasjon. Norge har god tilgang til vaksiner. Kommunene må opprettholde vaksineberedskap

tilsvarende 400 000 doser i uken ut april 2022 og en vaksinekapasitet på 200 000 doser ukentlig med mulighet til oppskalering frem til sommeren.

Regjeringen vil fortsette samarbeidet med EU for å sikre Norge nødvendige vaksiner. Norge er med i EUs felles innkjøp av vaksiner også for 2022 og 2023.

9.2 TISK

TISK-systemet justeres ved behov og må sees i sammenheng med kontakthypigheten i befolkningen. Systemet kan benyttes og justeres både nasjonalt og lokalt innenfor kommunens handlingsrom. Selv om sikre tall på antall smittede ved testing ikke er like viktig for å overvåke pandemien, vil testing fremover være viktig både for å raskt avdekke smitte, for å unngå fravær og for å beskytte de mest sårbare. Eventuelle justeringer og oppskalering av særlig smittesporingsdelen vil kunne forutsette at det innføres kontaktreduserende tiltak, slik at gjennomføring av TISK faktisk er gjennomførbar. Folkehelseinstituttet gir, som ellers, råd og veiledning til kommuner ved utbruddshåndtering.

9.3 Innreisetiltak

Innreiserestriksjoner og andre innreisetiltak har bidratt til å dempe smittepresset i landet både ved å redusere antall tilreisende og ved å redusere smittespredning fra de tilreisende. Disse tiltakene var og er viktigst i perioder med stor smittegradient mellom Norge og landene tiltakene er rettet mot, men tiltakene har også vært viktige for å redusere antall nye utbrudd i perioder med omfattende innenlands smittespredning. Dette var særlig viktig i perioden da befolkningen og tilreisende ikke var vaksinert og har mindre betydning nå i en befolkning med høy vaksinedekning.

Tiltakene har også vært benyttet for å forsinke introduksjonen til landet av nye virusvarianter med større spredningsevne (alfavarianten vinteren 20/21 og deltavarianten sommeren 2021). Innreisetiltakene bidro sannsynligvis til at kommunene slapp mange utbrudd og kunne forberede seg bedre på det som ville komme. Justering i innreisetiltakene må vurderes jevnlig i forhold til smittesituasjonen ute og hjemme. Innstramming i innreisetiltak kan bli aktuelt ved endringer i den internasjonale situasjonen, f.eks. dersom det oppstår nye varianter som vaksinasjon beskytter dårlig mot eller at pandemien øker i omfang slik vi har sett i en rekke land senhøsten 2021. Siden slike tiltak medfører stor byrde, må det først gjøres grundige vurderinger av smittevernmessig begrunnelse, forventet nytte og kostnader for økonomi og samfunn, samt tiltakenes forenelighet med våre folkerettslige (herunder EØS-rettslige) forpliktelser.

9.4 Kontaktreduserende tiltak

Redusert kontakthypighet i befolkningen, blant annet råd om avstand, antallsbegrensninger både på offentlige og private arenaer og tiltak som stenging av virksomheter, arrangementer mv., er effektive virkemidler i håndteringen av pandemien. Tiltakene varierer i tiltaksbyrde. For den enkelte kan slike tiltak potensielt ha negativ påvirkning for helsen, i form av redusert fysisk aktivitet, sosial isolasjon og negative konsekvenser for den enkeltes mentale helse. Kontaktreduserende tiltak kan videre ha svært negativ innvirkning på økonomien og på idretts- og kulturtilbudet, da målet er å redusere kontakt mellom folk som igjen bidrar til mindre aktivitet og redusert tilbud. Dette kan ha stor betydning for både næringsliv og arbeidsmarkedet. Dersom man vurderer iverksetting av kontaktreduserende tiltak, er det viktig at disse bl.a. er forholdsmessige og at tiltaksbyrde inngår i vurderingen, jf. prinsippene nevnt i kap. 5.

Hjemmekontor

Økt bruk av hjemmekontor reduserer mobiliteten i befolkningen. Dette medfører færre nærkontakter; både ved at man ikke bruker offentlig transport og ved at man ikke fysisk møter sine kollegaer. Dette reduserer risikoen for smittespredning i befolkningen og gjør også smittesporingsarbeidet for kommunen enklere. Hjemmekontor kan ha noen negative konsekvenser, som for eksempel reduserte sosiale treffpunkt med økt ensomhet og inaktivitet som resultat, og må vurderes opp mot signaleffekt og innvirkning på adferd. Den totale tiltaksbyrden vurderes likevel å være akseptabel. Hjemmekontor vil ikke være mulig for alle.

Tiltak i skolen

Stenging av skole og hjemmeskole har tidligere vært innført som tiltak i pandemien. Dette vurderes å være svært inngripende og kan ha negativ effekt på barns utvikling og læring, og må derfor forbeholdes situasjoner hvor man nøye har vurdert forholdsmessighet og hvor andre tiltak ikke er tilstrekkelig. Trafikklysmodellen vil fortsatt kunne brukes i skolene og det anbefales jevnlig testing i skoler i områder med høyt smittetrykk og stor belastning på helsetjenesten.

Arrangementsbegrensninger

For å redusere antall nærkontakter kan man innføre størrelsesbegrensninger ved arrangementer, eller innføre krav om avstand. Restriksjoner knyttet til størrelsen på arrangement vil redusere risikoen for et større utbrudd hos deltakerne. Avstandsbegrensninger vil redusere muligheten for overføring av smitte hos deltakerne. Slike begrensninger kan gjøres både ved private og offentlige arrangement, men vurderes også å kunne ha store negative konsekvenser. Negative konsekvenser kan

være sosial isolasjon og dermed påvirkning av den mentale helsen til befolkningen. Tiltakene kan også gå ut over fritidsaktiviteter hvor barn har store deler av sitt sosiale liv. Arrangementsbegrensninger og krav til avstand vil også ha store økonomiske konsekvenser for næringslivet. Andre krav som kan stilles til næringsvirksomheter er registrering av gjester og bordservering. Slike tiltak vil både redusere antall nærkontakter, og forenkle smittesporingsarbeidet som kommunen må gjøre. Forbud mot alkoholservering eller stenging for inntak av nye gjester ved bestemte tidspunkt er også mulige tiltak, men anses som inngripende på grunn av store negative konsekvenser for næringen. Bruk av koronasertifikat er aktuelt, se senere avsnitt som beskriver dette.

Munnbind, hygienetiltak

Økt bruk av munnbind vil redusere risikoen for smitteoverføring i situasjoner hvor mennesker er tett på hverandre. Offentlig transport er ofte preget av at mange personer er på et lite område, og hvor det er vanskelig å identifisere de aktuelle personene i etterkant ved eventuell smittesporing. Det kan derfor være aktuelt å innføre råd eller krav om munnbind på offentlig transport. Tiltaket anses for å være mest effektivt i situasjoner med økende og/eller høy smitte i samfunnet, og/eller kan målrettes mot områder hvor særlig utsatte personer oppholder seg. På den måten kan at man beskytter dem med høyest risiko for alvorlig sykdom. Eksempler er munnbindbruk på sykehjem og sykehus og i hjemmetjenesten.

9.5 Koronasertifikat

Koronasertifikat har i gjenåpningsfasen vært i begrenset bruk for å gi lettelse og raskere gjenåpning i noen sammenhenger. Koronasertifikatet kan være et nyttig verktøy i den videre håndteringen, dersom situasjonen tilsier behov for inngripende tiltak med store konsekvenser for næringslivet og idretts- og kulturliv. Ved behov for slike inngripende tiltak, som antallsbegrensninger eller stenging, kan koronasertifikatet benyttes for å holde mer åpent og dermed redusere de negative sosiale og økonomiske konsekvensene.

Regjeringen har besluttet at kommuner med smitteverntiltak kan ta i bruk koronasertifikat for å gi lettelse til fullvaksinerte, de som har gjennomgått infeksjon og de som har testet negativt for covid-19 de siste 48 timene. Forutsetningen for at kommuner kan begynne å bruke sertifikatet for visse virksomheter og arrangementer, er at de har fattet lokale vedtak om smitteverntiltak.

Internasjonalt kan bruken av koronasertifikat komme til å fortsette. Regjeringen vil her følge med på utviklingen i EU.

10 Internasjonalt samarbeid

En pandemi er en grensekryssende helsetrussel ingen land kan håndtere alene. Utviklingen i Norge avhenger av utviklingen i resten av verden og mange løsninger kan bare finnes ved samarbeid over landegrensene. Den nasjonale smittesituasjonen henger nøye sammen med hva som skjer utenfor våre grenser i våre naboland, i Europa og globalt. Vår håndtering og vårt handlingsrom påvirkes av hvilke tiltak andre land iverksetter. Utviklingen av EUs digitale koronasertifikater er et godt eksempel på at man raskt kan bli enig om en ordning som legger til rette for økt mobilitet under pandemien og samtidig forhindrer smittespredningen. Det er en styrke for Norge å være med på europeiske løsninger som dette.

EU er vår nærmeste og viktigste samarbeidspartner, både i den løpende pandemihåndteringen og for å sikre vaksiner til befolkningen. Som en global aktør har EU samarbeidsrelasjoner og markedsrett stor betydning for fremtidig helseberedskap. EUs helsesamarbeid er i sterk utvikling, og regjeringen støtter EUs ambisjoner om et nært helsesamarbeid mellom landene i Europa. Regjeringen arbeider for norsk tilknytning til EUs styrkede helseberedskap, inkludert den nye helseberedskapsmyndigheten HERA. Vi bidrar inn i arbeidet for å sikre at de nye beredskaps- og responskapasitetene blir en suksess. Norge er avhengig av tilknytning til den styrkede europeiske helseberedskapen både for å være best mulig forberedt på fremtidige helsekriser og for å håndtere denne pandemien.

EU-samarbeidet skaper også muligheter for økt interregionalt samarbeid, som innen den nordlige delen av Europa. Selv om de nordiske landene har hatt ulik tilnærming til nasjonale tiltak, er samarbeidet like fullt tett og tillitsfullt i alle ledd. For eksempel har de nordiske smitteverndirektørene og vaksinasjonsprogramansvarlige hatt regelmessige møter gjennom store deler av pandemien i tillegg til en rekke møtepunkter i EUs smittevernbyrå ECDC. Regjeringen arbeider for et styrket samarbeid innen helseberedskapsområdet gjennom Nordisk ministerråd, hvor Finland har tatt initiativ på statsministernivå. Videre har det vært et mål om at det nordiske samarbeidet skal sees i sammenheng og understøtte allerede pågående europeiske initiativer innen helseberedskapsområdet. Det arbeides kontinuerlig med å skape konstruktive samarbeidsflater med andre aktuelle medlemsland i EU. Gjennom EUs mekanisme for sivil beredskap har Norge bl.a. samarbeidet med Tyskland for å skaffe smittevernutstyr til Namibia.

EU åpner nå en større debatt om forsyningsikkerhet og strategisk autonomi innen sentrale områder som er viktige for helseberedskapen, eksempelvis for legemidler og smittevernutstyr. Norge ønsker å være konstruktiv deltaker i denne debatten. Som et lite

land med en åpen økonomi, er Norge avhengig av internasjonalt samarbeid og løsninger. Flere ganger har vi opplevd utfordringer på grunn av eksportrestriksjoner og markedssvikt, som vi som et lite land ikke klarer å løse alene uten tilknytning til den økonomiske og politiske slagkraften som EU har. Verden har i dag ikke en produksjonskapasitet for å møte landenes etterspørsel etter vaksiner. Det har skapt uforutsigbarhet og usikkerhet knyttet til vaksineleveranser, og enkelte land har tatt i bruk eksportrestriksjoner. Alle lands sårbarhet har blitt synliggjort gjennom denne pandemien. Norge må både kunne arbeide for globale solidariske løsninger gjennom Verdens helseorganisasjon (WHO), Verdens handelsorganisasjon (WTO) og andre deler av FN systemet, samt sikre vårt eget lands borgere gjennom samarbeid med EU. Vi vil fortsatt prioritere aktiv deltakelse i globale og europeiske prosesser for håndtering av krisen slik at Norge, Europa og verden kan stå bedre rustet ved fremtidige helsekriser. Å støtte opp om et velfungerende multilateralt handelssystem er en viktig del av dette.

Internasjonal innsats mot pandemien er viktig, også for Norge. Norge har over tid opparbeidet en sterk posisjon i globale helsespørsmål. Ved å dele vår kunnskap og investere i internasjonalt samarbeid, vil regjeringen bidra med en toneangivende stemme i utformingen av fremtidig global helseberedskap. Verdens helseorganisasjon vil fortsatt være sentral i dette arbeidet, og regjeringen vil derfor videreføre arbeidet for et sterkt og troverdig WHO som på en enda bedre måte kan lede og samordne det internasjonale arbeidet for å håndtere pandemien og fremtidige helsekriser.

Verden har etter hvert fått mye kunnskap om medisinske tiltak under pandemien, men etter halvannet år med inngripende tiltak verden over vet vi fortsatt for lite om effekter av ulike ikke-medisinske eller samfunnsmessige smitteverntiltak som skolestengning, innreisetiltak, nedstenginger mv. – og hvilke sosiale og økonomiske kostnader disse tiltakene har. Norge har derfor sammen med WHO tatt initiativ til å utvikle et rammeverk for forskning på denne type tiltak. Det er gjennom internasjonalt samarbeid vi har muligheten til å ivareta liv og helse bedre, og sammen har vi større mulighet til å lære og justere tiltakene riktig. Det etableres et senter ved Folkehelseinstituttet for forskning på effekt av ikke-farmakologiske tiltak under en pandemi (WHO collaborating center).

Globale tiltak for å bidra til at også land med svak helseberedskap kan håndtere krisen er viktig. Felles innsats og solidaritet gjennom internasjonalt samarbeid er avgjørende for å redusere smitteomfanget, og dermed risikoen også i våre egne nærområder. Pandemien er ikke over før det er global tilgang til vaksiner, diagnostikk og nødvendig utstyr. Norge vil fortsatt være en betydelig bidragsyter i dette arbeidet.

Selv om vaksinasjonen i Norge og resten av Europa har kommet langt, vil store deler av verdens befolkning trolig forbli uvaksinert i lang tid framover. Foruten de katastrofale lokale effektene dette har i områder med lav vaksinasjonsdekning, vil dette også kunne ha indirekte negative konsekvenser for høyinntektsland som Norge. Lav global vaksinasjonsdekning vil påvirke økonomien i negativ retning ved redusert handel og reiseaktivitet. I tillegg vil det kunne øke risikoen for fremvekst av nye virusvarianter med andre immunologiske egenskaper enn de variantene som dominerer i dag.

Det er betydelige forskjeller i vaksinasjonsdekning mellom rike land og de fattigere landene. Til tross for rekordrask vaksineutvikling har den globale tilgangen blitt hemmet av utilstrekkelig og fragmentert finansiering, eksportrestriksjoner og produksjonsproblemer hos sentrale vaksineprodusenter. Prognoser for global vaksine tilgang er usikre, og avhenger fortsatt av utviklingsprosesser og ikke-validerte produksjonslinjer. Det vil være vesentlig å sikre fortsatt oppskalering av global vaksineproduksjon gjennom finansiering og donasjon fra bilaterale innkjøpsavtaler. Det vil også være behov for støtte til implementeringen i lavinntektsland.

Det er behov for en betydelig oppskalert finansiering for fremtidig global helseberedskap, herunder bærekraftig, fleksibel og forutsigbar finansiering av WHO. Dette er løftet fram i flere av de globale evalueringsrapportene som nå foreligger, blant annet fra det uavhengige panelet for pandemiberedskap og -respons (IPPPR) og fra gjennomgangen av det internasjonale helsereglementets funksjon under pandemien. Hvordan de konkrete anbefalingene fra disse evalueringene nå følges opp vil ha varig betydning for den fremtidige globale helseberedskapen og for Norges og andre lands evne til å møte neste pandemi.

Det er behov for raskt å gjøre omfattende endringer i den globale helsearkitekturen for å kunne gjøre verden bedre forberedt for å kunne forebygge, oppdage, varsle og håndtere framtidige pandemier på en bedre måte. Den pågående koronapandemien har også blitt en pandemi av ulikhet mellom land. Gjennomgang av internasjonalt regelverk og avtaler som internasjonale helsereglementet (IHR), patentregelverket og avtaler om deling av biologisk materiale er en del av dette. Norge vil fortsette å ta en aktiv rolle i arbeidet med en mulig ny traktat for global helseberedskap.

11 Sammenhengen mellom strategi- og beredskapsplanen og andre relevante grunnlagsdokumenter

Forberedelsene til og håndteringen av covid-19-pandemien har blant annet vært basert på følgende planer og regelverk:

- Nasjonal helseberedskapsplan
- Nasjonal strategi for beredskap mot hendelser med farlige stoffer og smittsomme sykdommer
- Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer
- Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa
- Handlingsplan for et bedre smittevern
- Smittevernloven med forskrifter, herunder forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer og forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv.
- Helseberedskapsloven
- Folkehelseloven
- Forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet (covid-19-forskriften)
- Midlertidig lov og forskrift om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen

I tillegg har Koronakommisjonens rapport og Holden-gruppens samfunnsøkonomiske vurderinger blitt lagt til grunn for tidligere revisjoner av strategi- og beredskapsplaner. Strategi og beredskapsplanen må også ses i sammenheng med vaksinasjonsstrategien og Rundskriv I-6/2020⁸ om kommunale smitteverntiltak.

Samlet sett danner dette grunnlaget for regjeringens respons og håndtering av covid-19-pandemien. I tillegg kommer Kommunelegehåndboka⁹. Dette gir til sammen veiledning for kommunenes vurderinger, beslutninger og iverksettelse av tiltak.

8

<https://www.regjeringen.no/contentassets/caaee441fe19451a9bad3333d98a7a7a/ru ndskriv-i-6-2021-om-kommunale-smitteverntiltak.pdf>

⁹ [Kommunelegehåndboka](#)

Vedlegg - Ansvar for oversikt og tiltaksvurderinger i smittevernarbeidet

Skjematisk oversikt over ansvar i smittevernarbeidet på lokalt og nasjonalt nivå.

Trinn	Beskrivelse	Ansvar i kommune	Ansvar i region, landsdel, land
1 Overvåking, rapportering og deling av nødvendig informasjon	<p>Gjennom innsamling og analyse av en rekke data om atferd og sykdom er det mulig å følge trender og oppdage hendelser tidlig.</p> <p>Gjennom rapportering fra kommuner, statsforvaltere, regionale helseforetak, Legemiddelverket og andre sektorer (som f.eks. DSB og Politiets grensekontroll) etableres et helhetlig situasjonsbilde som gir grunnlag for å vurdere den epidemiologiske utviklingen i sammenheng med kapasitetsvurderinger og vurdering av behov for tiltak.</p>	Kommunen (§ 7-1)	<p>FHI (§ 7-9)</p> <p>Hdir (§ 7-10)</p>
2 Varsling og samarbeid	<p>Hendelser skal varsles til FHI slik at samarbeid kan starte mellom involverte kommuner og FHI.</p> <p>FHI skal gi Helsedirektoratet faglige råd, og umiddelbart varsle Helsedirektoratet om alvorlige utbrudd.</p>	Kommunen (§§ 2-3, 7-1)	<p>FHI (§§ 2-3, 7-9)</p> <p>Hdir (§ 7-10, MSIS-forskriften)</p>
3 Etterforskning	Hendelser skal etterforskes for å beskrive detaljer og forstå årsaker.	Kommunelegen (§ 7-2)	FHI (§ 7-9)
4 Risikovurdering	Hendelser skal analyseres for å vurdere sannsynligheten for forverring og konsekvenser av dette.	Kommunen (§ 7-1)	<p>FHI (§ 7-9)</p> <p>Hdir (§7-10)</p>
5 Tiltaksvurdering	Det skal vurderes hvilke tiltak som bør iverksettes mot den vurderte trusselen, og hvilket nivå tiltak bør iverksettes på etter en helhetlig vurdering	Kommunen (§ 7-1)	<p>FHI (§ 7-9)</p> <p>Hdir (§ 7-10)</p>

6 Håndtering (tiltak)	Tiltak iverksettes for å bringe hendelsen under kontroll samtidig som man kommuniserer med publikum om risikoen.	Kommunen (§§ 7-1, 4-1) etter råd fra kommunelegen (§ 7-2)	FHI (§ 7-9, MSIS § 3-3), Hdir (§§ 7-10, 4-1) etter råd fra FHI, og basert på en helhetlig og utvidet vurdering av situasjonsbildet
7 Forskriftsfesting av nasjonale eller regionale tiltak	Regjeringen ved Helse- og omsorgsdepartementet vedtar nødvendige endringer i covid-19-forskriften.	-	Helse- og omsorgsdepartementet etter råd fra Hdir og FHI (§ 4-1 andre ledd og Hdirs underordning av departementet)
8 Oppfølging	Etter justering eller gjeninnføring av tiltak må effekten vurderes gjennom overvåkingen, se ledd 1 over.	Kommunelegen (§ 7-2)	FHI (§ 7-9) Hdir (§7-10)
9 Evaluering	Etter hendelsen må håndteringen evalueres og resultatene rapporteres slik at andre kommuner kan lære.	Kommunelegen (§ 7-2)	FHI (§ 7-9) Hdir (§7-10)