



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Alle landets kommuner

Deres ref

Vår ref

Dato

21/3764-

24. september 2021

Informasjon til landets kommuner - endringer i covid-19-forskriften mm.

Jeg viser til tidligere møter med deltakelse fra landets kommuner, KS, statsforvalterne, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Jeg viser også til brev av 20.09.2021 til alle landets kommuner hvor kommunene ble oppfordret til å utarbeide utkast til nødvendige lokale forskrifter eller forskriftsendringer med hjemmel i smittevernloven dersom de så et behov for dette ved opphør av den nasjonale covid-19-forskriften. Det ble presisert at forskriftene bør klargjøres slik at de ved behov kan vedtas med virkning fra fredag 24. september d.å.

I dette brevet vil jeg redegjøre for strategi- og beredskap og innholdet i covid-19-forskriften ved overgang til "En normal hverdag med økt beredskap". Jeg vil også nevne to særskilte temaer som er viktige for grensekommunene, nemlig karantenehotell og teststasjoner på grensen.

1. Strategi og beredskap

Overgangen til en normal hverdag med økt beredskap innebærer at vi går fra en kontrollstrategi til en beredskapsstrategi. Tidligere var det en hovedvekt på proaktive kontaktreducerende tiltak, mens en etter gjeldende strategi nå vektlegger beredskap for reaktive behandlingstiltak for å begrense skade. Regjeringen vil mandag 27. september publisere en justert strategi- og beredskapsplan for håndteringen av covid 19-pandemien.

Et slikt strategisk skifte krever at kommunene og Folkehelseinstituttet følger nøye med på utviklingen, slik at man kan reagere lokalt og nasjonalt ved en truende utvikling.

I en normal hverdag med økt beredskap går vi over i en fase hvor de fleste smitteverntiltak er avvirket, slik at befolkningen i Norge i liten grad påvirkes av covid-19-pandemien i det

daglige. I denne fasen vil smittevernet mot covid-19 normaliseres ytterligere og innlemmes i ordinært smittevern. Særtjenester, covid-19-forskriften, innreiserestriksjoner for utlendinger og annen særregulering vil gradvis nedjusteres og avvikles.

Vi må være forberedt på å ha økt overvåkning og beredskap utover høsten og i vinter. Beredskapsnivået knyttet til en normal hverdag med økt beredskap må legges til grunn og gjelde ut året. Vi legger videre til grunn at man i ett år eller to år bør ha økt årvåkenhet og god beredskap mens man får erfaring med hvordan viruset oppfører seg i en befolkning med utbredt immunitet.

Kommuner 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 kapasiteten i kommunehelsetjenesten og i sykehusene samtidig som befolkningen opplever en normal hverdag, andre 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 bør benyttes ved planlegging når det gjelder nivå av overvåkning, beredskap og mulighet for å innføre tiltak. I situasjoner som eksempelvis utfordrer kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten i kommunen må det foretas en helhetlig vurdering av behov for å iverksette nødvendige tiltak. I tillegg er det gjensidig avhengighet mellom antall smittede i kommunene, og belastningen på spesialisthelsetjenesten. Gjennom pandemien har vi erfart at antall innlagte covid-19 pasienter i spesialisthelsetjenesten øker ca. 14 dager etter at smittetallene stiger, og antall innlagte i intensivavdelingene øker ca. en uke senere.

Kommunene må i en periode fremover ha kapasitet til både vaksinasjon og nedjustert TISK. Som beredskap i tiden framover er det nødvendig å være forberedt med en effektiv vaksinasjonsstrategi i tilfelle situasjonen forverres. Kommunene må opprettholde vaksinasjonskapasiteten tilsvarende 200 000 doser i uken ut året, og for en beredskap som gjør det mulig i løpet av én måned å øke kapasiteten betydelig ved behov.

Dersom det skulle komme en lokal eller nasjonal oppblomstring av smittespredningen som gir en svært belastende sykdomsbyrde, må kommunene være forberedt på å bringe denne under kontroll gjennom lokale tiltak. Det kan også bli aktuelt å innføre nasjonale tiltak.

TISK-arbeidet har vært avgjørende for å holde epidemien under kontroll med et nokså lavt nivå av kontaktreducerende tiltak. Kommunenes og helseforetakenes beredskap for TISK legges på en grunnkapasitet tilsvarende at kommunene skal ha kapasitet til å distribuere hurtigtester til 10 prosent av befolkningen per uke. 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, og til å skalere TISK-arbeidet ellers i samsvar med dette. Det tas sikte på å avvikle nedjustert TISK underveis i en normal hverdag med økt beredskap. Etter om lag fire uker med nedjustert TISK forventer vi å kunne avvikle forskriftsregulert isolasjon. Dermed kan covid-19 håndteres som andre luftveisinfeksjoner.

Enkelte andre luftveisinfeksjoner enn covid-19 kan gi stor sykdomsbyrde og belastning på helse- og omsorgstjenesten til høsten fordi det er mindre immunitet i befolkningen etter to år med lite sirkulerende smitte. Det kan også bli økt sykefravær hvis mange må holde seg hjemme med symptomer på luftveisinfeksjon. Beredskapen i helse- og omsorgstjenesten og kommunene må ta høyde for dette. Folkehelseinstituttet gir, som ellers, råd og veiledning til kommuner ved utbruddshåndtering.

Indikatorer for kommunen som gir mulighet til å fange opp utviklingen:

- Utbrudd i sykehjem eller andre sårbare grupper, barnehager og skoler.
- Kommunens evne til å opprettholde pålagte oppgaver, inkludert evne til å opprettholde og gjennomføre
 - vaksinasjon
 - gjeldende TISK-regime
 - belegg KAD-plasser og lignende, ev. korttidsplasser
 - kapasitet til å dekke behovet i hjemmetjenesten
 - helsetjenester til barn og unge
 - fastlegetjenesten og legevakt
 - andre prioriterte kommunale oppgaver
- Sykefravær, spesielt i skole og helsetjeneste
- Utbrudd i spesifikke undergrupper av befolkningen som uvaksinerte enklaver og sårbare grupper
- Konsultasjoner i allmennlegetjenesten f.eks. luftveisdiagnoser
- Vaksinasjonsdekning i kommunen herunder demografisk fordeling
- Antall registrerte tilfeller av covid-19 og andre luftveisinfeksjoner, også trend i smitte
- Andel positive av testede
- Antall innleggelse i korttidsplasser/sykehjem/helsehus grunnet covid-19 og andre luftveisinfeksjoner
- Dødsfall i kommunen relatert til covid-19 og andre luftveisinfeksjoner, ink. aldersfordeling

2. Innhold i covid-19-forskriften etter overgang til "En normal hverdag med økt beredskap"

Vedlagt følger covid-19-forskriften slik den vil fremstå etter overgangen til "En normal hverdag med økt beredskap". Endelig forskrift vil finnes på lovdata:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-03-27-470>

Vedlagt følger også en tabell med oversikt nasjonale råd og regler som gjelder i "En normal hverdag med økt beredskap".

Vi avviker de fleste nasjonale smitteverntiltakene ved overgangen til "En normal hverdag med økt beredskap". Det innebærer at reguleringene i covid-19-forskriften faller bort, bortsett fra reguleringene av innreise til Norge, kystcruise og særlige regler for Svalbard. Videre vil kravet om å gå i isolasjon ved bekreftet smitte fortsatt være et nasjonalt krav i covid-19-forskriften.

Kommunene får hovedansvaret for å iverksette tiltak. De må vurdere behovet for å vedta lokale forskrifter dersom situasjonen tilsier det. Det vises til rundskriv I-7-2020 om kommunale smitteverntiltak:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/f2f5986a816341d2a61f53d0ea48611a/rundskriv-kommunale-smitteverntiltak-februar.pdf>

Dette rundskrivet vil bli oppdatert i nær fremtid. Rundskrivet redegjør for de rettslige rammene for kommunale tiltak etter smittevernloven. Det er imidlertid viktig at ev. lokale tiltak er tilpasset den situasjonen vi nå står i, særlig mht. at en større andel av befolkningen er vaksinert. Det vises til punkt 1 ovenfor. Kommunen bør, slik det er beskrevet i rundskrivet, ha dialog med Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet når det er aktuelt å vurdere lokale tiltak.

Særlig om trafikklysmodellen i barnehager og skoler

Trafikklysmodellen skal fortsatt være utgangspunkt for kommunenes vurdering av smitteverntiltak i skoler og barnehager. Når covid-19-forskriften §§12b og 12c oppheves, vil det imidlertid ikke lenger være et nasjonalt forskriftsfestet krav om at skoler og barnehager skal drive smittevern faglig forsvarlig.

Tiltak som er beskrevet i trafikklysmodellen kan videreføres eller tas i bruk dersom den enkelte kommune mener at smittesituasjonen tilsier behov for tiltak som ikke allerede følger av gjeldende regelverk, jf. særlig forskrift 1. desember 1995 nr. 928 om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. §§ 13 og 17. Dersom slike tiltak begrenser aktivitet i barnehager og skoler eller griper inn i barn og unges rettigheter, må det imidlertid treffes lokalt vedtak om dette med hjemmel i smittevernloven § 4-1. Eventuelle tiltak må på vanlig måte også oppfylle grunnleggende krav for iverksetting av smitteverntiltak, jf. loven § 1-5. Den enkelte kommune må som lokal smittevernmyndighet derfor vurdere om de i en normal hverdag med økt beredskap vil ha behov for særskilte smitteverntiltak i skoler og barnehager.

3. Særskilt om karantenehotell

Karantenehotellordningen har vært et viktig smitteverntiltak for å begrense importsmitten. Samtidig er det et inngripende tiltak som ikke kan opprettholdes lenger enn nødvendig. Plikt til å gjennomføre innreisekarantene på karantenehotell opphører ved overgang til "En normal hverdag med økt beredskap" for alle reisende.

Hovedregelen vil etter dette være at reisende kan gjennomføre innreisekarantene i egen bolig eller annet egnet oppholdssted hvor det er mulig å unngå nærkontakt med andre, med enerom, eget bad og eget kjøkken eller matsservering.

Personer som allerede oppholder seg på karantenehotell på ikrafttredelsestidspunktet skal gis mulighet til å fullføre innreisekarantenen på karantenehotellet.

Regjeringen vil om kort tid vurdere om det er behov for å opprette et frivillig tilbud om oppholdssted til personer som ikke har annet egnet karantenested. Inntil denne vurderingen

foreligger videreføres karantenehotellordningen som et *frivillig tilbud* for de som ikke har et annet egnet oppholdssted.

Selv om hovedregelen om plikt til å oppholde seg på karantenehotell bortfaller ved overgang til "En normal hverdag med økt beredskap" er det viktig at arbeids- og oppdragstakere fra såkalte "grå land" (tredjeland som ikke er "lilla land") gjennomfører innreisekarantenen på egnet oppholdssted.

Utenlandske arbeids- og oppdragstakere som har fått innreise etter de søknadsbaserte ordningene som forvaltes av Sjøfartsdirektoratet og Landbruksdirektoratet skal derfor gjennomføre innreisekarantenen på et egnet oppholdssted godkjent av Arbeidstilsynet eller på karantenehotell. Virksomhetene har allerede en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidstaker gjennomfører innreisekarantene på egnet karantenested og et slikt krav vil bidra til at denne plikten overholdes.

4. Særskilt om testtilbud på grensen

Siden august 2020 er det opprettet teststasjoner ved flere grenseoverganger. Per i dag er det opprettet 35 teststasjoner ved åpne grenseoverganger. Grensekommunene med teststasjoner har lagt ned et betydelig arbeid for å hindre importsmitte og ha kontroll på pandemien.

I en normal hverdag med økt beredskap blir det færre personer som har krav til å teste seg ved grensepassering. Av det grunn har regjeringen besluttet at teststasjonene gradvis bygges ned over tre faser. Testtilbudet spisses gradvis mot grenseovergangene hvor sannsynligheten for å avdekke smittede personer vurderes som størst.

I fase 1 opprettholdes teststasjoner ved flyplasser med utenrikstrafikk og ved Svinesund og Storskog. For øvrig eksisterende teststasjoner beslutter grensekommunene selv om testingen skal skje på teststasjon på grenseovergangen eller i ordinær teststasjon i kommunen. Ved den enkelte åpne grenseovergang må det være tydelig informasjon om hvor de med testplikt skal teste seg. Informasjonen må også være tilgjengelig digitalt.

Stengte grenseoverganger på indre Schengen-grense vil gjenåpnes når grensekommunene har et testtilbud klart og det er utarbeidet god informasjon til de reisende om hvor og hvordan de skal overholde sin testplikt. Det legges til grunn at kommunene har et tilbud på plass tentativt en uke etter innføring av fase 1.

I fase 2 skal teststasjonene på Gardermoen, Svinesund og Storskog opprettholdes, mens øvrige teststasjoner avvikles. Reisende med testplikt over andre grenseoverganger enn Gardermoen, Svinesund og Storskog, tester seg i fase 2 i destinasjonskommunen.

I fase 3 vil det ikke være tilbud om testing på grensen, men kommunene må ha beredskap til å kunne igangsette grensetesting i løpet av få dager med forventning om drift med full kapasitet i løpet av 2 uker.

Kommunesektoren vil få dekket covid-19-kostnadene sine på samme måte som tidligere. Teststasjonene på grensen som videreføres, finansieres fortsatt over den statlige tilskudsordningen til teststasjoner på grensen. Testing ved innreise som gjennomføres ved ordinære kommunale teststasjoner finansieres over kommunerammen.

Med hilsen



Bent Høie

2 vedlegg:

- Covid-19-forskriften slik den vil fremstå etter overgang til fasen "En normal hverdag med økt beredskap
- Tabell - Nasjonale råd og regler som gjelder i normal hverdag med økt beredskap

Kopi:

Folkehelseinstituttet
Helsedirektoratet
Kommunesektorens organisasjon
Statsforvalteren i Agder
Statsforvalteren i Innlandet
Statsforvalteren i Møre og Romsdal
Statsforvalteren i Nordland
Statsforvalteren i Oslo og Viken
Statsforvalteren i Rogaland
Statsforvalteren i Troms og Finnmark
Statsforvalteren i Trøndelag
Statsforvalteren i Vestfold og Telemark
Statsforvalteren i Vestland
Politidirektoratet
Utdanningsdirektoratet
Landets helseforetak
Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap