

Covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom

FOLKEHELSEINSTITUTTET 2.10.2023

Innhold

Oppsummering og anbefaling	3
1. Oppdrag	4
2. Bakgrunn.....	4
3. Covid-19 og kriterier for allmennfarlig smittsom sykdom.....	5
Departementets oppdrag	5
Allmennfarlig smittsom sykdom	5
Kriteriene i loven.....	5
Konkret vurdering	7
Konklusjon	17
4. Konsekvenser dersom covid-19 ikke lenger klassifiseres som allmennfarlig smittsom sykdom ...	18
Departementets oppdrag	18
Bakgrunn.....	18
Undersøkelsesplikt (§§ 3-5, 5-1 og 5-2).....	19
Gratis tjenester og tiltak (§§ 6-1 og 6-2)	19
Informasjon og smittevernveiledning (§§ 2-1 og 5-1).....	21
Smitteoppsporing (§§ 3-6 og 5-1)	21
Isolering og karantene (foreslått § 4-3a).....	21
Tvangsisolering i sykehus (§§ 5-3 – 5-9)	22
Kontaktreduserende tiltak (§ 4-1).....	22
Innreisebestemmelser (§ 4-3).....	22
Unntak fra taushetsplikt (§ 2-2).....	23
Melding, varslings og registre (§§ 2-2 og 4-10 og helseberedskapsloven § 2-4)	23
Ilandstigningsforbud på Svalbard (covid-19-forskriften § 9)	24
Konklusjon	25
5. WHO's vurdering av utbruddet som alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse («PHEIC»).....	26
6. Skandinavisk sammenlikning	26

7. Økonomiske og administrative vurderinger	27
Departementets oppdrag	27
Vurdering.....	27
8. Folkehelseinstituttets anbefaling.....	27

Oppsummering og anbefaling

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt FHI i oppdrag å vurdere om covid-19 oppfyller smittevernlovens kriterier for allmennfarlige smittsomme sykdommer, og om vurdering av konsekvensene dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert slik.

FHIs vurdering i denne besvarelsen er:

- at covid-19 ikke lenger oppfyller smittevernlovens kriterier for allmennfarlig smittsom sykdom og at slik klassifisering heller ikke er nødvendig av hensyn til smittevernet (kapittel 3),
- at en fjerning av klassifiseringen som allmennfarlig smittsom sykdom ikke får noen uheldige konsekvenser for smittevernet, men kan gi noen fordeler (kapittel 4),
- at Norge uansett klassifiseringen kan følge WHO's anbefalinger om stående tiltak (kapittel 5),
- at Sverige 1. april 2022 og Danmark 1. april 2023 opphevet deres klassifisering av covid-19 som allmennfarlig sykdom etter deres lovverk (kapittel 6),
- og at en fjerning av klassifiseringen som allmennfarlig smittsom sykdom ikke får noen uheldige økonomiske eller administrative konsekvenser, men kan gi økonomiske fordeler (kapittel 7).

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

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

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

Dersom klassifiseringen av covid-19 endres nå, kan man på kort varsel i en framtidig situasjon, for eksempel med en variant med betydelig verre egenskaper, igjen klassifisere covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom hvis den oppfyller flere av kriteriene, og flere av rettsvirkningene vurderes som nødvendige.

Folkehelseinstituttet anbefaler at covid-19 nå fjernes fra lista over allmennfarlige smittsomme sykdommer. Vi vurderer at dette ikke får noen uheldige konsekvenser for smittevernet mot covid-19 eller for økonomien og er i tråd med regjeringens strategi mot covid-19.

1. Oppdrag

Helse- og omsorgsdepartementet ga 1. september 2023 Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet følgende oppdrag med frist 20. oktober og med Øystein Riise i departementet som kontaktperson:

«Regjeringens strategi- og beredskapsplan for covid-19 er justert og forlenget ut juni 2024. Helse- og omsorgsdepartementet vil ved behov og senest høsten 2023 vurdere om covid-19 fremdeles oppfyller kriteriene i smittevernloven for allmennfarlig smittsom sykdom og fortsatt bør klassifiseres slik. Departementet ber Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet vurdere om kriteriene er oppfylt, jf. smittevernloven § 1-3 nr. 3.

Dersom etatene vurderer at covid-19 ikke lenger tilfredsstillende kriteriene for allmennfarlig smittsom sykdom, bes det om en redegjørelse av konsekvensene og etatenes vurdering av konsekvensene. Det bes også om at det innhentes vurdering fra Sysselmasteren på Svalbard. Det vises til eget oppdrag om legemidler til forebygging og behandling av covid-19. Besvarelsen skal inneholde økonomiske og administrative vurderinger.»

2. Bakgrunn

Etter at den nye sykdommen covid-19 var oppdaget og vist å være forårsaket av det nyoppdagete viruset SARS-CoV-2, klassifiserte Helse- og omsorgsdepartementet den 31. januar 2020 sykdommen som allmennfarlig smittsom sykdom. Pandemien ble senere klassifisert som et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, jf. smittevernloven § 1-3. Dette åpnet for at myndighetene kunne benytte en rekke virkemidler i smittevernloven.

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

I februar 2022 fjernet regjeringen nesten alle tiltakene som forutsatte at covid-19 var klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom. Det er nå bare én bestemmelse igjen (mulighet for ilandstigningsforbud på Svalbard) som er knyttet til at covid-19 er allmennfarlig smittsom sykdom. Det er ikke lenger noen forsøk på å bremse pandemien i Norge med tiltak som krever hjemmel i lov eller forskrift. Vaksinasjon tilbys de mest utsatte for direkte å beskytte dem, ikke for å bremse epidemien.

Folkehelseinstituttet konkluderte 31. mars 2023 i et svar på departementets oppdrag om innspill til justering av strategi og beredskapsplan mot covid-19 det følgende om covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom

«Vi vurderer at covid-19 neppe oppfyller smittevernlovens kriterier for å klassifiseres som en allmennfarlig smittsom sykdom.»

«Vi vurderer at det ikke er nødvendig for smittevernet at covid-19 er klassifisert som en allmennfarlig smittsom sykdom.»

Vi besvarer dette oppdraget i stor grad med en gjentakning og oppdatering av vurderingene vi ga for et halvt år siden. Vi viser derfor til vårt svar fra 31. mars og til oppdateringene i dette notatet.

Vi vurderer altså i dette notatet om covid-19 fortsatt kan og bør være klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom. Vurderingen tar utgangspunkt i situasjonen nå og forventet utvikling videre. Vi gjør også oppmerksom på at vi om noen uker utgir en risikovurdering av covid-19-epidemien for vinteren.

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

Helsedirektoratet har innhentet vurdering fra Sysselmesteren på Svalbard.

3. Covid-19 og kriterier for allmennfarlig smittsom sykdom

Departementets oppdrag

Oppdragsteksten lyder:

«Helse- og omsorgsdepartementet vil ved behov og senest høsten 2023 vurdere om covid-19 fremdeles oppfyller kriteriene i smittevernloven for allmennfarlig smittsom sykdom og fortsatt bør klassifiseres slik. Departementet ber Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet vurdere om kriteriene er oppfylt, jf. smittevernloven § 1-3 nr. 3.»

Allmennfarlig smittsom sykdom

En rekke av pliktene, tiltakene og rettighetene som er hjemlet i smittevernloven, er knyttet til at den aktuelle sykdommen er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom. Det er et stort spenn i spredningspotensial og sykdomsalvorlighet blant sykdommene som i dag er klassifisert som allmennfarlig smittsomme sykdommer¹.

Kriteriene i loven

Etter smittevernloven § 1-4² fastsetter departementet i forskrift hvilke sykdommer som er allmennfarlige smittsomme sykdommer. Forskriftshjemmelen er benyttet i Forskrift om allmennfarlig smittsomme sykdommer. Etter lovens punkt 3 er slike sykdommer definert slik:

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

¹ Per xx. september er det følgende sykdommer: Alvorlig, akutt luftveissyndrom – sars; Botulisme; Chlamydiainfeksjon, genital; Covid-19 utløst av viruset SARS-CoV-2; Difteri; Flekktufus; Gonore; Gulfeber; Hemoragisk feber; Hepatitt A-virusinfeksjon; Hepatitt B-virusinfeksjon; Hepatitt C-virusinfeksjon; Hepatitt D-virusinfeksjon; Hepatitt E-virusinfeksjon; Hiv-infeksjon; Kikhoste; Kolera; Kopper; Legionellose; Lepra; Meningokokksykdom; Meslinger; Middle East Respiratory Syndrome – mers; Miltbrann; Mpox; Paratyfoidefeber; Pest; Poliomyelitt; Rabies; Rubella; Shigellose; Syfilis; Tilbakefallsfeber; Tuberkulose; Tyfoidefeber; Sykdom forårsaket av meticillin-resistente gule stafylokokker; Sykdom forårsaket av multiresistente pneumokokker; Sykdom forårsaket av vancomycin-resistente enterokokker; Sykdom forårsaket av enteropatogen E. coli (enterohemoragisk E. coli/EHEC, enteroinvasiv E. coli/EIEC, enteropatogen E. coli/EPEC, enterotoksigen E. coli/ETEC, enteroaggregativ E. coli/EAggEC).

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

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

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

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

Kriteriene åpner for betydelig skjønn med begreper som «særlig», «høy», «stor» og «vanligvis». Ordet «kan» benyttes i både 2, 3 og b, men uten noen kvantifisering. Menes en teoretisk mulighet, eller menes en reell sannsynlighet? Ingen av begrepene over har noen kvantifisering i epidemiologisk forstand.

Videre omhandler kriteriene i de to settene delvis de samme forhold, for eksempel kriterium 2 og b, og 3 og a. Også innenfor hvert sett er det overlapp, særlig mellom 1 og 2 og mellom a og c.

Det er videre uklart hva som menes med «særlig smittsom». Her gir forarbeidene til smittevernloven litt veiledning. I NOU 1990:2³ heter det fra Helsedirektoratet:

«Sykdommen er særlig smittsom og kan derfor raskt få stor utbredelse i befolkningen – enten fordi den smitter lett fra person til person ved dråpesmitte, eller fordi mange personer kan bli smittet samtidig ved å bli infisert fra samme kilde f.eks. matvarer og drikkevann, noe som kan resultere i eksplosive utbrudd.»

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

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

Konkret vurdering

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

Vår vurdering etter de rettslige vilkår i § 1-3 følger først nedenfor. Deretter vurderer vi tilleggsvilkårene a, b og c:

«1. Sykdommen er særlig smittsom.»

Covid-19 smitter fortsatt ganske lett ved deponering av spyttdråper på slimhinner i ansiktet eller ved innånding av aerosoler med virus. Immunitet etter smitte eller vaksinasjon beskytter godt mot ny infeksjon, men bare i noen måneder. Deretter kan man lett bli smittet igjen dersom man eksponeres for viruset. Det kreves ikke noen aktiv handling for å bli smittet; det holder å være nær eller i samme, mindre rom en smitteførende person, og denne personen behøver ikke ha tydelige symptomer.

→ Vi vurderer at kriteriet er oppfylt.

«2. Sykdommen kan opptre hyppig.»

Covid-19 har gjennom 2022 og 2023 smittet så å si hele befolkningen. Det er nå utbredt immunitet i befolkningen, men beskyttelsen mot å bli smittet på nytt svekkes ganske raskt. Vi venter at de fleste vil bli smittet igjen flere ganger de kommende årene. Også i 2022 og 2023 har epidemien kommet i bølger, men disse vil bli mindre uttalte etter hvert som befolkningen får stadig bredere immunitet etter eksponering for flere varianter av viruset og vaksinen. Vi anslår at inntil en tredel av befolkningen ble smittet vinteren 2022-23 og kanskje en tidel gjennom våren og sommeren. Vi må fortsatt regne med at hundretusener smittes hvert år, men de store bølgene fra våren 2022 vil vi neppe se igjen.

→ Vi vurderer at kriteriet er oppfylt.

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

Alvorlige eller varige skader av covid-19 forekommer nå i betydelig mindre grad enn før vaksinasjon og før omikronvarianten smittet nesten hele befolkningen.

I mars 2020 forårsaket SARS-CoV-2 i alvorlige tilfeller et nytt klinisk syndrom der pasienter i første uken ble syke med hoste, kroppssverk og feber, men så i andre uken progredierte til en kraftig inflammasjon som hovedsakelig involverte lungene og forårsaket en progressiv lungesvikt. Den kraftige inflammasjonen var karakterisert av forhøyde inflammasjonsmarkører, lavere lymfocytter, en utbredd bilateral lungeinflammasjon, behov av høye mengder oksygen og en høy risiko for tromboser⁴.

⁴ Se blant annet: Park C et al. Inflammatory biomarkers differ among hospitalized veterans infected with Alpha, Delta, and Omicron SARS-CoV-2 variants. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20: 2987. Iqbal S et al. Clinical and biochemical characteristics of COVID-19 patients during the Delta-Omicron wave with risk assessment of adverse outcomes. *J Coll Physicians Surg Pak* 2023; 33: 297-302. Wang C et al. Clinical and immune response

De som får covid-19 nå, utvikler et betydelig mildere klinisk sykdomsbilde, der inflammasjonen er betydelig mildere, lungeforandringene betydelig mindre og oksygenbehovet mye lavere. Covid-19 som sykdom likner i dag i stor grad andre virusinfeksjoner, og gjennomsnittlige liggetid på sykehus for personer hospitaliserte grunnet covid-19 er i dag halvert sammenlignet med tidligere under pandemien⁵. Infeksjon med SARS-CoV-2 er nå i større grad en øvre luftveisinfeksjon. Symptomprofilen ved covid-19 likner nå i stor grad og er til dels mildere enn ved influensa, RSV-infeksjon og forkjølelse av rhinovirus eller endemiske koronavirus⁶. I tillegg må vi regne med en betydelig andel asymptomatisk infeksjon⁷.

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

Beregningene viser at infeksjonsletaliteten i denne perioden var omtrent 8 til 10 per 10 000 smittede (altså opp til én promille). Dette er i samme størrelsesorden som infeksjonsletaliteten ved sesonginfluensa i den norske befolkning.

Infeksjonsletaliteten ved SARS-CoV-2-infeksjon er sterkt aldersavhengig. Blant personer over 80 år var infeksjonsletaliteten de første fjorten månedene med omikron sannsynligvis et sted mellom 1,2 og 1,6 prosent, og blant 70-79-åringer mellom 0,20 og 0,26 prosent. Ni av ti dødsfall forekom hos personer over 70 år og 97 prosent hos personer over 60 år. Blant middelaldrende (40-59 år) var infeksjonsletaliteten et sted mellom 7 og 9 av 100 000. Blant barn under 20 år var infeksjonsletaliteten et sted mellom 5 og 7 av 1 000 000.

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

characteristics among vaccinated persons infected with SARS-CoV-2 delta variant: a retrospective study. *J Zhejiang Univ Sci B* 2022; 23: 899-914. Crombé A et al. Impact of vaccination and the Omicron variant on COVID-19-related chest CT findings: A multicenter study *Radiology* 2023; 222730.

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

⁶ Geismar C et al. Symptom profiles of community cases infected by influenza, RSV, rhinovirus, seasonal coronavirus, and SARS-CoV-2 variants of concern. *Scientific Rep* 2023; 13 : 12511.

<https://doi.org/10.1038/s41598-023-38869-1>

⁷ Buitrago-Garcia D et al. Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: Update of a living systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2022; 19: e1003987.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003987>

Den utbredte immuniteten i befolkningen bidrar til at SARS-CoV-2-infeksjon nå er en mindre alvorlig sykdom. Det er rimelig å regne med at risikoanslagene over er blitt enda lavere nå som en større andel av befolkningen er smittet for andre, tredje og senere ganger, og mange i tillegg får enda en oppfriskningsdose.

Da omikronvarianten kom og overtok for deltavarianten, viste det seg snart at andelen smittede som utviklet alvorlig forløp, sank. Infeksjon med omikron var betydelig mindre farlig enn med delta. Siden har man diskutert om dette skyldes lavere iboende virulens ved omikron enn med delta eller bedre immunitet i befolkningen⁸. I det siste tilfellet kunne man tenke seg at for ikke-immune, ville SARS-CoV-2-infeksjon fortsatt være like farlig som i deltaperioden. Siden har flere studier vist at omikronvariantens virulens er betydelig lavere enn deltavariantens og mer i størrelsesordenen med det opprinnelige viruset (Wuhan-varianten)⁹. Immunitet fører så til ytterligere redusert risiko for alvorlig forløp.

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

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

Beskyttelsen mot alvorlig sykdom ser derimot som regel ut å vedvare over lang tid. Dette skyldes at immunforsvarets viktigste komponent for beskyttelse mot alvorlig sykdom består av en mer langvarig hukommelsesrespons som består av T-celler og hukommelses B-celler. Denne delen av immunresponsen er langlivet og potent, men det er en variasjon i varigheten. Eldre personer og mennesker med nedsatt immunforsvar har en kvalitativt og kvantitativt svakere hukommelsesrespons, og i disse grupper er derfor antistoffnivåene særlig viktige for å oppnå en beskyttelse, noe som er bakgrunnen for vaksinasjonsanbefalingene om oppfriskningsdoser¹⁰.

Typen av immunitet spiller også en viktig rolle. Vaksinasjon gir som regel en høyere stimulering av antistoffproduksjon, grunnet en høy antigendose, mens antistoffnivåene etter infeksjon er mer variabelt på individnivå. Infeksjon gir samtidig en bredere immunrespons, rettet mot alle deler av

⁸ Sigal A. Milder disease with omicron: is it the virus or the pre-existing immunity? *Nat Rev Immunol* 2022; 22: 69–71. <https://doi.org/10.1038/s41577-022-00678-4>.

⁹ Wong JY et al. Intrinsic and effective severity of coronavirus disease 2019 cases infected with the ancestral strain and omicron BA.2 variant in Hong Kong. *J Infect Dis* 2023; jiad236. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiad236>, Nyberg T, et al. Comparative analysis of the risks of hospitalisation and death associated with SARS-CoV-2 omicron (B.1.1.529) and delta (B.1.617.2) variants in England: a cohort study. *Lancet* 2022; 399: 1303-12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00462-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00462-7), Robinson ML et al. Impact of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Variants on inpatient clinical outcome. *Clin Infect Dis* 2023; 76: 1539-49. <https://doi.org/10.1093/cid/ciac957>, Paredes MI et al. Associations between Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) variants and risk of coronavirus disease 2019 (COVID-19) hospitalization among confirmed cases in Washington State: A retrospective cohort study. *Clin Infect Dis* 2022; 75: e536-44. <https://doi.org/10.1093/cid/ciac279>.

¹⁰ SARS-CoV-2-related mortality decrease in nursing home residents given multiple COVID-19 boosters Blom K et al. *Lancet Infect Dis* 2023; 23: e393-4. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(23\)00548-0](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(23)00548-0)

viruset, og gir samtidig en immunrespons (både cellemediert og antistoffmediert) i slimhinnene, noe som er viktig for å redusere virus ved infeksjon.

Hvilken virusvariant man har blitt infisert med, spiller sannsynligvis en rolle i graden av beskyttelse mot nye virusvarianter. De sirkulerende virusvariantene i dag deler likheter eller er undervarianter av de opprinnelige omikronvariantene BA.1/BA.2, som dominerte i Norge under den store vinterbølgen i 2022. I en dansk registerstudie, fant man svært høy beskyttelse mot alvorlig sykdom ved infeksjon med BA.2 (91,2 %) eller BA.5 (96,4 %) dersom man hadde tidligere gjennomgått infeksjon med en omikronvariant¹¹. Lignende funn er vist i publisert systematisk gjennomgang av 65 studier, der man fant at tidligere gjennomgått infeksjon gav en høy beskyttelse mot alvorlig sykdom (90 %) som ser ut å vedvare over lengre tid¹².

Kombinasjonen vaksineindusert og infeksjonsindusert immunitet, ofte kallet hybrid immunitet¹³, ser ut å gi den bredeste og beste immunresponsen. I en nylig publisert WHO-sponset systematisk gjennomgang, fant man at hybrid immunitet, både ved primærvaksinasjon og ved oppfriskningsvaksinasjon, gav en svært høy beskyttelse (>95 %) mot sykehusinnleggelse og død, og ser ut å vedvare over tid¹⁴.

Det er en del metodologiske utfordringer med dagens studier. Siden de aller fleste har blitt smittet, ofte udiagnostisert, vil kontrollgrupper med «uvaksinerte» være vanskelige å sikre, slik at både beskyttelse fra tidligere infeksjon, vaksinasjon eller begge deler i noen grad sannsynligvis blir underestimert. Dette kan også ses i epidemiologisk data, der mange studier savner estimat for beskyttelse mot alvorlig sykdom, grunnet generelt for få tilfeller av alvorlig sykdom. Vi bør derfor sannsynligvis regne med noe høyere beskyttelse mot alvorlig sykdom, enn det som ses i mange studier¹⁵.

Samlet sett kan vi ikke lenger kalle dødeligheten av covid-19 for «høy», men sykdommen «kan» gi alvorlig sykdom og død, men dette er heldigvis lite vanlig.

→ Vi vurderer at kriteriet kanskje er oppfylt.

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

¹¹ Hansen CH et al. Risk of reinfection, vaccine protection, and severity of infection with the BA.5 omicron subvariant: a nation-wide population-based study in Denmark. *Lancet Infect Dis* 2023; 23: 167-76.

¹² COVID-19 Forecasting Team. Past SARS-CoV-2 infection protection against re-infection: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2023; 401: 833-42.

¹³ Sette A, Crotty S. Immunological memory to SARS-CoV-2 infection and COVID-19 vaccines. *Immu Rev* 2023; 310: 27-46.

¹⁴ Bobrovitz N et al Protective effectiveness of previous SARS-CoV-2 infection and hybrid immunity against the omicron variant and severe disease: a systematic review and meta-regression. *Lancet Infect Dis* 2023; S1473-3099: 1-5. Andersson NW. Comparative effectiveness of bivalent BA.4-5 and BA.1 mRNA booster vaccines among adults aged ≥50 years in Nordic countries: nationwide cohort study. *BMJ* 2023; 382: e075286.

¹⁵ Tan CY et al. Protective immunity of SARS-CoV-2 infection and vaccines against medically attended symptomatic omicron BA.4, BA.5, and XBB reinfections in Singapore: a national cohort study. *Lancet Infect Dis* 2023; S1473-3099: 60-9. Chemaitelly H et al. Protection against Reinfection with the Omicron BA.2.75 Subvariant. *N Engl J Med* 2023; 388: 665-7.

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

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

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

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

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

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

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

Det er utfordrende å studere forekomst av seinfølger etter covid-19 fordi mange av plagene er slike som forekommer hyppig ellers også, og andre hendelser under pandemien kan ha ført til ulike plager. Derfor er det avgjørende med kontrollgrupper¹⁶. Mange av studiene av forekomsten av seinfølger etter covid-19 mangler kontrollgruppe, og det gjør at det er vanskelig å vite om symptomene deltakerne rapporterer skyldes covid-19 eller ikke. Det er veldig stor forskjell på hvor ofte de ulike symptomene blir rapportert. Forskjellene kan skyldes at studiene har brukt ulike definisjoner og metoder for å kartlegge symptomene, og at studiene har ulik kvalitet. De færreste studiene har undersøkt hvor alvorlige symptomene er. Da er det vanskelig å vurdere om de rapporterte symptomer går ut over livskvalitet og daglig funksjon.

Fortsatt er de fleste studiene fra den første fasen av pandemien. Det har likevel kommet noen nyere studier som har undersøkt seinfølger av covid-19. Studiene har sammenliknet vaksinerte med ikke

¹⁶ Høeg TB et al. How methodological pitfalls have created widespread misunderstanding about long COVID. BMJ Evidence-Based Med 2025; <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2023-112338>

vaksinerte, og de som er vaksinerte ser ut til å ha mindre seinfølger enn de som ikke er vaksinerte. Studiene har også sammenliknet dem som har vært smittet av omikron med dem som har vært smittet med andre virus-varianter. Omikron-smittede ser ut til å ha mindre risiko for seinfølger, sammenliknet med dem som har vært smittet med tidligere virusvarianter.

FHIs seneste systematiske oversikt ble publisert i desember 2022¹⁷ og omfatter i hovedsak studier av personer smittet før omikronvarianten ble dominerende. Vi inkluderte kontrollerte studier med minst seks måneders oppfølging som omfattet mer enn 500 deltakere med hovedsakelig laboratoriebekreftet covid-19. Vi fant 19. september 2022 ti retrospektive og fire prospektive kohortstudier. Pasientene ble i hovedsak rekruttert i 2020, tre studier fortsatte inn i 2021, og én studie inn i 2022. Oppfølging ble utført ved klinikker, gjennom spørreundersøkelse, eller ved å innhente registerdata. Syv studier inkluderte både pasienter som hadde vært innlagt på sykehus og deltakere som ikke hadde vært innlagt, syv inkluderte kun pasienter som hadde vært innlagt.

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

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

Åtte retrospektive kohortstudier sammenlignet langvarige symptomer eller nyoppstått sykdom etter covid-19 med det tilsvarende etter andre luftveisinfeksjoner (LVI). Alle studiene brukte registrerte diagnosekoder for å hente ut informasjon om oppfølging. Én studie brukte kun diagnosekoder knyttet til gjeninnleggelse på sykehus. I alt ble 55 mulig nyoppståtte diagnoser rapportert i de inkluderte studiene, hvorav to var mer enn dobbelt så sannsynlig etter covid-19 sammenlignet med etter andre LVI, og fem sykdommer var mindre enn halvparten så sannsynlig blant pasienter med covid-19. Mulige nevrologiske tilstander var vanligere etter covid-19 enn etter andre LVI. Informasjon om psykiske lidelser pekte i ulike retninger uten tydelige forskjeller mellom grupper, mens respiratoriske tilstander så ut til å være litt mindre vanlig hos covid-19-pasienter. Kardiovaskulære diagnosekoder viste ingen klare gruppeforskjeller. To studier viste at muskel- og skjelettplager var mindre vanlig etter covid-19. Det ser ikke ut til at oppfølgingstiden opptil to år endret resultatene for sammenligningen mellom covid-19 og andre LVI.

Oversiktens konklusjon er at alvorlig covid-19, som krever sykehusinnleggelse eller intensivbehandling, ser ut til å gi flere symptomer ved seks- og tolv-måneders oppfølging sammenlignet med mindre alvorlig covid-19. Pasienter som har gjennomgått covid-19 blir diagnostisert med lignende tilstander som pasienter som har gjennomgått andre alvorlige

¹⁷ Senfølger etter covid-19 og nyoppstått sykdom etter covid-19: hurtigoversikt.

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

luftveisinfeksjoner, dog med noen forskjeller som at nevrologiske symptomer er vanligere etter covid-19. Kvinner har høyere risiko for å utvikle seinfølger enn menn. Pasienter som har hatt mild og moderat covid-19 (ikke innlagt på sykehus) rapporterer vedvarende symptomer seks til tolv måneder etter infeksjon hyppigere enn personer i kontrollgrupper som ikke har fått påvist SARS-CoV-2. Effekten av seinfølger etter covid-19 på livskvalitet i den generelle befolkningen er fortsatt usikker ettersom livskvalitet i hovedsak er målt blant pasienter som har vært alvorlig syke.

Etter denne oversikten er det kommet en stor kohortstudie fra Israel der man har benyttet journalene i et helsesystem til å følge medlemmer i ett år etter positiv SARS-CoV-2-test (en gang mellom mars 2020 og oktober 2021) og sammenliknet med matchede medlemmer uten positiv test¹⁸. Forskerne fant at de uvaksinerte smittede hadde flere helsetjenestekontakter med noen diagnoser enn det de uvaksinerte usmittede hadde, men at de absolutte tallene var små og sank over tid. Helsetjenestekontakt for svekket hukommelse og konsentrasjon en gang i perioden 180-360 etterpå skjedde hos 33 av 10 000 smittede (altså 0,33 prosent) og 20 av 10 000 usmittede. For hodepine var tilsvarende andeler 247 av 10 000 smittede og 256 usmittede. For muskelsmerter var andelene 1200 av 10 000 smittede og 1184 av 10 000 usmittede. Det var få symptomer som forekom hyppigere hos dem som hadde vært smittet.

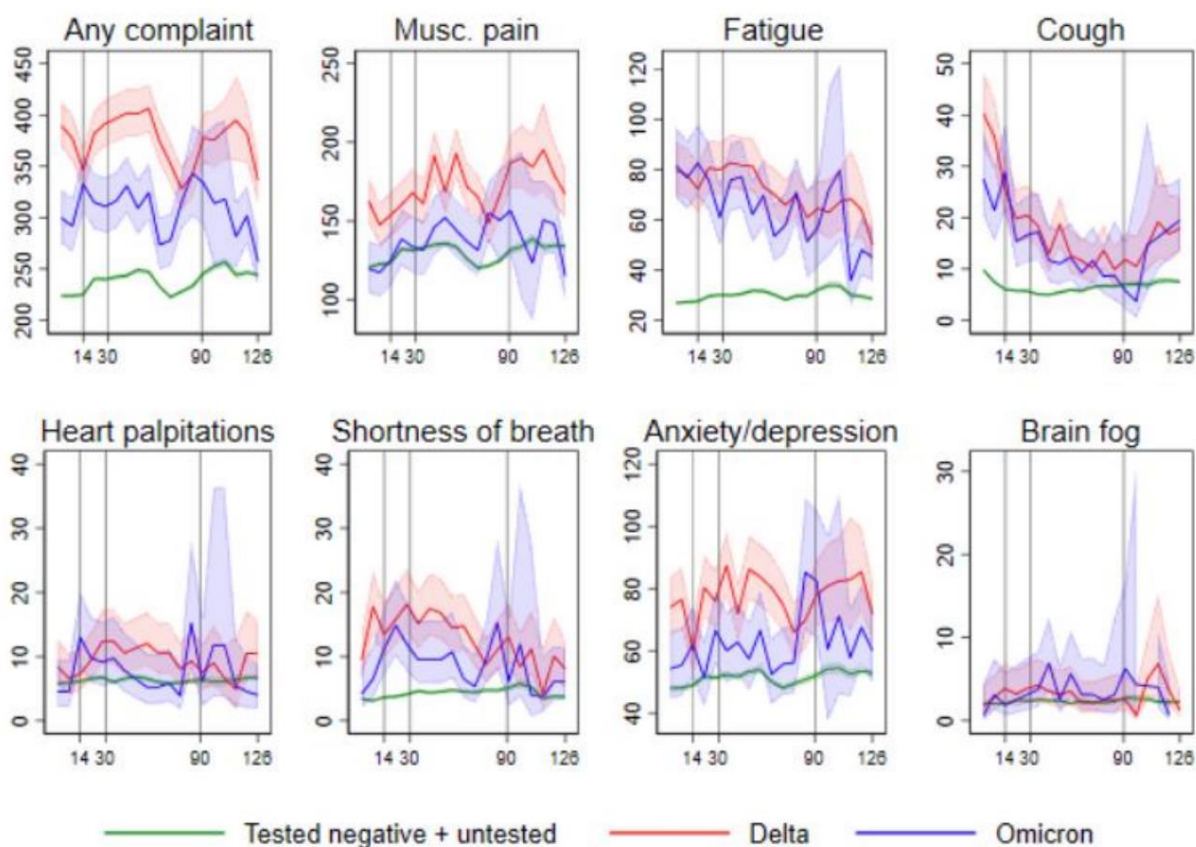
Ved FHI studerte vi alle som hadde minst én PCR-test i Norge mellom 8. og 31. desember 2021¹⁹. I denne perioden overtok omikron for delta. Personer med positiv test, men ukjent variant ble ekskludert. Man undersøkte så forekomst av legekontakter for visse diagnosekoder gjennom KUHR-data i omtrent fire måneder etterpå. Figuren nedenfor viser antall per 10 000 i de tre gruppene som uke for uke hadde legekontakt for visse symptomer. Det er verdt å merke seg fire forhold: antallet legekonsultasjoner er veldig lavt, antallet for noen av symptomer er høyere blant smittede, og det er små forskjeller mellom delta- og omikron-smittede.

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

Dersom SARS-CoV-2-infeksjon hadde forårsaket langvarige og alvorlige symptomer hos en stor andel av smittede, ville vi forventet en betydelig økning i sykemeldinger i Norge etter at store deler av befolkningen ble smittet første gang i løpet av 2022. Data fra SSB for andre kvartal 2023 viser ikke noen betydelige endringer i sykefraværet sammenliknet med tidligere år; trenden har vært jevnt økende. Slike data må tolkes med forsiktighet og sier ikke noe definitivt om belastningen av seinfølger etter covid-19, men taler mot en sterk økning i langvarig sykefravær forårsaket av SARS-CoV-2-infeksjon.

¹⁸ Mizrahi B et al. Long covid outcomes at one year after mild SARS-CoV-2 infection: nationwide cohort study. *BMJ* 2023; 380: e072529.

¹⁹ Magnusson K et al. Post-covid medical complaints following infection with SARS-CoV-2 Omicron vs Delta variants. *Nature Comm* 2022; 13: 7363.



Det er nå svært få igjen i Norge som ikke har vært smittet. Det betyr at infeksjoner de kommende årene vil være blant folk som har vært smittet (og sannsynligvis vaksinert) før. De seneste data fra UK²⁰ antyder at risikoen for seinfølger er lavere etter reinfeksjoner enn etter første infeksjon. Deltakerne i en prevalensundersøkelse for infeksjon mellom november 2021 og oktober 2022 ble 12-20 uker etter en positiv SARS-CoV-2-test spurt om mer enn fire uker etter covid-19 fortsatt opplevde symptomer som ikke hadde noen annen forklaring. Fire prosent av voksne og 1 prosent av barn (2-15 år) svarte ja etter første infeksjon mot henholdsvis 2,4 og 0,6 prosent etter andre infeksjon. For plager som forstyrret daglige aktiviteter var andelen for voksne 2,8 prosent og 1,6 prosent og for barn 0,6 prosent og 0,4 prosent.

I en helt fersk norsk studie²¹ inkluderte forskere fra FHI ved hjelp av beredskapsregisteret Beredt C19 alle som hadde sin første positive PCR for SARS-CoV-2 mellom 1. juli 2020 og 23. januar 2022, men som ikke ble lagt inn i sykehus. Etter 180 dager målte man om pasientene hadde vært hos lege med plager som kunne omfattes av diagnosen seinfølger etter covid-19. Det gjaldt 0,42 % av pasientene. De fant også at risikoen for seinfølger var om lag dobbelt så vanlig hos personer som *før* de fikk covid-19, hadde fått psykiske helseplager, pustepplager eller uspesifiserte helseplager.

²⁰

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

²¹ Reme B-A et al. Predictors of the post-COVID condition following mild SARS-CoV-2 infection. Nature Comm 2023; 14: 5839.

I en studie fra Australia²² ble pasienter med positiv PCR-test for SARS-CoV-2- eller influensavirus i juni 2022 etter 12 uker bedt om å oppgi varige symptomer eller funksjonsnedsettelse. Forekomsten var omtrent lik i de to gruppene.

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

Samlet sett er det ikke tilfelle at covid-19 «vanligvis» fører til langvarig behandling, sykefravær, rekonvalesens eller til sykehusinnleggelse. Dette er uvanlige utfall.

→ Vi vurderer at kriteriet ikke er oppfylt.

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

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

Bølgene av covid-19-epidemien siden våren 2022 har gått snudd ganske raskt uten inngripende tiltak overfor befolkningen eller pasienter og uten ekstra vaksinasjonsrunder som respons. Dette tyder på at befolkningsimmuniteten i seg selv er nok til å begrense epidemiens utbredelse. Tidligere immunitet mot smitte samt styrket immunitet hos dem som smittes i en bølge, er tilstrekkelig til å bringe befolkningen over flokkimmunitetsterskelen slik at bølgen går over.

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

Beskyttelse mot alvorlig sykdom og død kan derimot opprettholdes av andre deler av immunforsvaret som kan angripe viruset på en rekke ulike måter. Det foregår ikke det samme presset på viruset for å unnsnippe disse deler av immunforsvaret siden de i liten grad påvirker virusets spredningsevne. I tillegg har disse delene av immunforsvaret så mange ulike angrepspunkter mot viruset at det er svært vanskelig for viruset å unnsnippe disse gjennom sine forandringer. Det anses derfor svært lite sannsynlig at det vil oppstå nye varianter nå med betydelig økt dødelighet. Tvert imot anses det sannsynlig at vi får en videre gradvis reduksjon i alvorlighetsgrad av viruset i befolkningen frem til det stabiliserer seg i likhet med andre endemiske virus, inkludert andre

²² Brown M et al. Ongoing symptoms and functional impairment 12 weeks after testing positive for SARS-CoV-2 or influenza in Australia: an observational cohort study. *BMJ Public Health* 2023; 1: e000060.

koronavirus. Når dette skjer, og hvor stor alvorligheten vil bli, er vanskelig å spå, men SARS-CoV-2 vil nok i noen år framover fortsatt være en viss trussel for de eldste og skrøpeligste.

For noen uker siden var det en del oppmerksomhet rundt en nyoppdaget variant av SARS-CoV-2 kalt BE.2.86. Den hadde et betydelig antall mutasjoner som påvirket spikeproteinet. Denne varianten er ennå ikke påvist i pasientprøver i Norge, men er trolig til stede ettersom deler av den er påvist i avløpsvann. BE.2.86 har ikke vokst betydelig i andel, og det er usikkert om og eventuelt når den vil bli dominerende variant. Laboratorieanalyser tyder på at BA.2.86 i ganske stor grad omgår nøytraliserende antistoffer (humoral immunitet), men samtidig sannsynligvis har lavere iboende smittsomhet slik at den samlede spredningsevnen ikke nødvendigvis er større enn andre varianter som sirkulerer nå²³. Så langt tyder informasjonen på at BA.2.86 gir samme sykdomsbilde som de andre omikronvariantene²⁴.

Covid-19 ga sammen med influensa og RSV-infeksjon en betydelig belastning på sykehusene i desember 2022 og januar 2023. Samlet sett var det flere innleggelseser for covid-19 enn influensa (som ikke er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom), men det var kombinasjonen, ikke covid-19 aleine, som skapte utfordringer i noen sykehus. Senere bølger av covid-19 har ikke utfordret sykehusenes kapasitet på noen måte.

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

→ Vi vurderer at kriteriet ikke er oppfylt.

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

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

Befolkningen har god grunnimmunitet mot covid-19 fordi de aller fleste har vært smittet og de aller fleste voksne har vært vaksinert minst to ganger. Beskyttelsen mot alvorlig covid-19 avtar imidlertid noe over tid, spesielt i de eldste aldersgruppene. Dette, sammen med nye varianter som i mer eller mindre grad unnslipper tidligere ervervet immunitet, gjør at det trolig er behov for ytterligere oppfriskningsdoser til de mest utsatte gruppene. Behovet for videre vaksinasjon og omfanget av vaksinasjon avhenger blant annet av hvordan viruset utvikler seg videre, og hvor lenge immunitet opparbeidet gjennom vaksinasjon og tidligere gjennomgått infeksjon vedvarer i ulike grupper av befolkningen.

Folkehelseinstituttet anbefaler denne høsten en oppfriskningsdose (med oppdatert vaksine) til aldergruppen 65 år og eldre og risikogrupper under 65 år.

²³ Sheward DJ et al. Sensitivity of the SARS-CoV-2 BA.2.86 variant to prevailing neutralising antibody responses. Lancet Infect Dis 2023. ([https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00588-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00588-1)). Yang S et al. Antigenicity and infectivity characterisation of SARS-CoV-2 BA.2.86. Lancet Infect Dis 2023. ([https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00573-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00573-X)). Wang Q. Antigenicity and receptor affinity of SARS-CoV-2 BA.2.86 spike. Biorxiv 2023. (<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2023.09.24.559214v2>).

²⁴ Lucy R. High attack rate in a large care home outbreak of SARS-CoV-2 BA.2.86, East of England, August 2023. Euro Surveill 2023; 28: pii=2300489. (<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.39.2300489>)

Det finnes også antiviral behandling. Tidlig behandling med legemidlet Paxlovid skal redusere risikoen for alvorlig forløp av SARS-CoV-2-infeksjon hos særlig utsatte personer. En rekke observasjonsstudier tyder på god effekt hos eldre dersom behandlingen kommer i gang tidlig²⁵. Det finnes imidlertid ikke noen randomisert studie fra en befolkning der omikron er dominerende variant, og der de smittede er vaksinert, har vært smittet før eller begge deler. Det er fare for at effekten her er den relative risikoreduksjonen her er mindre, og at den absolutte risikoreduksjonen er mye mindre.

Inntil videre er det rimelig å anta at slik behandling kan være nyttig for pasientene i målgruppene.

→ Vi vurderer at kriteriet ikke er oppfylt.

Konklusjon

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

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

Vi vurderer altså at covid-19 ikke oppfyller smittevernlovens kriterier for å klassifiseres som en allmennfarlig smittsom sykdom. **Enda viktigere er det at det ikke lenger er nødvendig at sykdommen er klassifisert slik fordi a) landet ikke lenger har en strategi for å bremse epidemien**

²⁵ Se for eksempel: Lin D-Y et al. Nirmatrelvir or molnupiravir use and severe outcomes from omicron infections. JAMA Netw Open 2023; 6: e2335077.

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2809779>,

Wan EYF et al. Effectiveness of molnupiravir vs nirmatrelvir-ritonavir in non-hospitalised and hospitalised patients with COVID-19: a target trial emulation study. eClinicalMedicine 2023; 64: 102225.

[https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(23\)00402-9](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(23)00402-9),

Bajema KL et. Effectiveness of COVID-19 treatment with nirmatrelvir-ritonavir or molnupiravir among U.S. veterans: target trial emulation studies with one-month and six-month outcomes. Ann Intern Med 2023;

<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M22-3565>, Butt AA et al. Nirmatrelvir/ritonavir use and

hospitalizations or death in a previously uninfected nonhospitalized high-risk population with COVID-19: A

matched cohort study. J Infect Dis 2023; jiad393. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiad393> og Lewnard JA et al.

Effectiveness of nirmatrelvir-ritonavir in preventing hospital admissions and deaths in people with COVID-19: a cohort study in a large US health-care system. Lancet Infect Dis 2023; 23: 806-15.

<https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099%2823%2900118-4>

betydelig og b) ingen av tiltakene som slik klassifisering åpner for, trengs eller har vært i bruk siden våren 2022.

Ved alle andre allmennfarlige smittsomme sykdommer er målet ett av følgende: utrydding (poliomyelitt), eliminering (meslinger), nullvisjon eller rask stopping av hvert utbrudd. Et tilsvarende mål har vi ikke for covid-19. Det er ikke noe mål å slå ned eller bremse epidemien kraftig og iallfall ikke å eliminere sykdommen. Kort sagt: det er ikke behov for de virkemidlene som klassifisering som allmennfarlig smittsom sykdom åpner for. Covid-19 krever ikke lenger særlige forholdsregler.

Her er det relevant å vise til lovens forarbeider, jf. Helsedirektoratets omtale i NOU 1990:2 av allmennfarlige smittsomme sykdommer som sykdommer «som kan utgjøre en trussel mot folkehelsen og som krever særlige forholdsregler» (vår understreking).

Konklusjon: Covid-19 oppfyller ikke lenger smittevernlovens kriterier for allmennfarlig smittsom sykdom og slik klassifisering er heller ikke nødvendig av hensyn til smittevernet

4. Konsekvenser dersom covid-19 ikke lenger klassifiseres som allmennfarlig smittsom sykdom

Departementets oppdrag

Oppdragsteksten lyder:

«Dersom etatene vurderer at covid-19 ikke lenger tilfredsstillende kriteriene for allmennfarlig smittsom sykdom, bes det om en redegjørelse av konsekvensene og etatenes vurdering av konsekvensene.»

Bakgrunn

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

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

Vi nevner her de viktigste av disse bestemmelsene og vurderer konsekvensene for smittevernet mot covid-19 dersom sykdommen ikke lenger er allmennfarlig smittsom sykdom.

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

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

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

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

Vurdering: Regjeringens strategi går ikke lenger ut på å finne flest mulig av de SARS-CoV-2-smittede. I stedet har vi et generelt råd til personer med nyoppståtte luftveisinfeksjoner om å holde seg hjemme. De som måtte ønske testing, kan teste seg selv eller oppsøke lege. Personer som er aktuelle for antiviral behandling, og som ønsker dette, kan også teste seg. Tvungen undersøkelse er helt uaktuelt.

Den gjeldende undersøkelsesplikten kan være uheldig ved at den kan føre til helt unødvendige legebesøk for svært milde symptomer som kan indikere covid-19, men kanskje mer sannsynlig er influensa eller forkjølelse av annen årsak. Slike legebesøk får ingen betydning for behandling eller smittevern, men kan føre til sløsing med legeressurser. Det er uheldig å pålegge befolkning og leger en plikt til å gjøre noe som vi egentlig ikke ønsker at de skal gjøre.

Konklusjon: Dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, vil ikke lenger befolkningen og legene pålegges en undersøkelsesplikt. Denne plikten kan føre til unødvendig bruk av helsetjenester. Vi har imidlertid inntrykk av at få innbyggere og leger er klar over at covid-19 omfattes av denne undersøkelsesplikten så det er ikke sikkert at innsparingen blir så stor.

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

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

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

Blåreseptforskriften § 4 slår fast at legemidler til forebygging eller behandling av allmennfarlig smittsomme sykdommer kan gis på blå resept uten egenandel for pasienten. Det antivirale midlet mot covid-19 Paxlovid forskrives på blå resept nå.

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

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

Vurdering: Tidlig behandling med legemidlet Paxlovid skal redusere risikoen for alvorlig forløp av SARS-CoV-2-infeksjon hos særlig utsatte personer. Kunnskapsgrunnlaget er begrenset, se drøftingen over. Inntil videre er det rimelig å anta at slik behandling kan være nyttig for pasientene i målgruppene, men behandlingen vil knapt ha noen målbar effekt på smittespredning. Vi mener likevel at slik behandling fortsatt bør være gratis eller svært billig for pasienten. Staten har kjøpt inn et antall behandlingskurer for å kunne gi behandlingen gratis.

Dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, blir ikke lenger legemidlet automatisk gratis for pasienten. Dersom departementet ønsker fortsatt gratis behandling, kan man videreføre dagens ordning ved å sette inn følgende endring i blåreseptforskriften § 4 punkt 1:

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

(Her vil vi bemerke at dette kan vurderes som en løsning også for andre sykdommer der av ulike grunner kan være ønskelig at behandlingen skal bli gratis, men ellers ikke er ønskelig at sykdommen klassifiseres som allmennfarlig smittsom sykdom, som skabb og genital herpes.)

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

Det bør nå være greit at pasienter må betale egenandel hos lege på vanlig måte ved covid-19. Vi har ikke noen strategi for å oppfordre alle mistenkt smittede til legeundersøkelse, testing, kontroll eller smitteoppsporing. Tvert imot er det en fordel om man kan redusere unødvendige legebesøk og fremme egenpleie av akutte, kortvarige milde luftveisplager hos voksne.

Dersom man i primærhelsetjenesten venter seg til å kode mange pasienter med luftveissymptomer som covid-19 slik at egenandelen bortfaller (jf. legehjelpsforskriften § 3 punkt 7), kan det føre til store utgifter for Folketrygda. Kodepraksisen kan påvirke overvåkingen i NorSySS.

Konklusjon: Dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, må pasienter på vanlig måte betale egenandel hos lege for konsultasjoner som dreier seg om mistanke om, undersøkelse for, behandling for, kontroll for eller smitteoppsporing ved covid-19. Dette vil kanskje redusere unødvendige legebesøk for akutte, kortvarige milde luftveisplager hos voksne.

Dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, må blåreseptforskriften justeres dersom man ønsker at Paxlovid skal være gratis for pasienter som anbefales denne behandlingen etter Helsedirektoratets retningslinjer. Vanlige regler for egenandel ved legebesøkene vil gjelde.

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

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

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

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

Konklusjon: Dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, kan befolkningen fortsatt få råd om smittevern fra Folkehelseinstituttet og pasienter kan få smittevernveiledning fra legen.

Smitteoppsporing (§§ 3-6 og 5-1)

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

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

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

Konklusjon: Dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, bortfaller legens og pasientens plikt til smitteoppsporing. Det har sannsynligvis ingen konsekvenser ettersom smitteoppsporing ikke lenger er en anbefalt del av smittevernet mot covid-19 og neppe praktiseres noe særlig. Smitteoppsporing kan fortsatt gjøres i særlige tilfeller hvis det skulle være ønskelig.

Isolering og karantene (foreslått § 4-3a)

Gjeldende rett: Smittevernloven § 4-3a ble opphevet i sommer. I Stortinget ligger til behandling et forslag til ny § 4-3a som gir departementet mulighet ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom å gi forskrifter om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten på visse vilkår.

Vurdering: Det er ikke lenger nødvendig av hensyn til smittevernet at pasienter med covid-19 pålegges isolering med trussel om straff. Det er heller ikke nødvendig at nærkontakter holder seg hjemme i karantene. Generelt rådes folk med luftveissymptomer til å holde seg hjemme de første dagene. Det har fungert greit siden februar 2022.

Konklusjon: Dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, endres gjeldende rett lite på dette området. Pasienter kan fortsatt rådes til å holde seg hjemme de første dagene med nyoppståtte luftveissymptomer, men dette er ikke lenger del av den personlige smittevernveiledningen, jf. §§ 2-1 og 5-1. I praksis er dette av liten betydning. De færreste pasienter med covid-19 er i kontakt med helsetjenesten.

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

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

Vurdering: Utenfor helseinstitusjoner er det ikke lenger nødvendig av hensyn til smittevernet med isolering og heller ikke tvungen isolering av pasienter med covid-19. Så vidt vi vet, har bestemmelsen aldri vært benyttet overfor pasienter med covid-19 og iallfall ikke etter februar 2022. I helseinstitusjoner foregår frivillig isolering av innlagte med covid-19 der det vurderes som nødvendig.

Konklusjon: Dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, kan ikke lenger pasienter med sykdommen tvangsisoleres. Det er heller ikke nødvendig.

Kontaktreduserende tiltak (§ 4-1)

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

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

Konklusjon: Dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, kan ikke lenger kommunestyret innføre lokale kontaktreduserende tiltak etter loven. Det er heller ikke nødvendig.

Innreisebestemmelser (§ 4-3)

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

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

Konklusjon: Dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, kan ikke Kongen gis bestemmelser om innreisetiltak. Det er heller ikke nødvendig.

Unntak fra taushetsplikt (§ 2-2)

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

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

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

Konklusjon: Dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, kan vi ikke legen i visse situasjoner omgå taushetsplikten. Det er vanskelig å se at det skal være behov for dette.

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

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

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

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

Vurdering: Overvåkingen av covid-19 i MSIS, Referanselaboratoriet (sekvensering), Symptometer, sKUHR og avløpsvannsovervåkingen er uavhengig av statusen som allmennfarlig smittsom sykdom.

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

Statusen for beredskapsregisteret Beredt C19 må løpende vurderes etter hjemmel for selve registeret og bruken av det, jf. § 2-2 siste ledd, jf. helseberedskapsloven § 2-4. Statusen til registeret avhenger av om formålet med registeret er oppfylt, om pandemien er «avklart og evaluert» og dersom hendelsen vurderes som avklart, hvorvidt departementet bestemmer fortsatt behandling av helseopplysninger for å gi kunnskap om langtidseffekter.

Det er dermed ingen direkte sammenheng mellom på den ene siden kriteriene i § 1-3 for klassifisering av allmennfarlig smittsom sykdom og på den andre siden kriteriene i helseberedskapsloven § 2-4 femte ledd for opphør av et beredskapsregister. Klassifiseringen kan likevel være et moment i vurderingen av begrepet «avklart og evaluert» i helseberedskapsloven. Dataminimering og nedskalering gjøres fortløpende i Beredt C19 der mange tilganger på opplysninger nå er lukket, enda registeret fortsatt er i drift.

Etter vårt syn er det også etter en eventuell omklassifisering av covid-19 fortsatt behov for Beredt C19 «for å gi oversikt og kunnskap om utbredelse, årsakssammenhenger og konsekvenser» av covid-19, jf. helseberedskapsloven § 2-4 første ledd. Det er fortsatt behov for god overvåking for å kunne fange opp eventuelle endringer i viruset, epidemiens utbredelse eller sykdomsbildet slik at håndteringen eventuelt kan justeres. Det er videre fortsatt behov for evaluering av en rekke av tiltakene som ble iverksatt, herunder vaksinasjon og TISK-tiltakene. Instituttet har flere evalueringsprosjekter på disse feltene, herunder i samarbeid med andre nordiske land.

Konklusjon: Dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, kan overvåkingen hjemlet i smittevernloven og MSIS-forskriften fortsette som før. Endringen får ikke direkte konsekvens for Beredt C19, men blir et moment i vurderingen av registerets framtid, jf. helseberedskapsloven § 2-4 første og femte ledd.

Ilandstigningsforbud på Svalbard (covid-19-forskriften § 9)

Gjeldende rett: Sysselmasteren på Svalbard kan under hensyn til de stedlige forholdene i forskrift fastsette forbud mot å gå i land på Svalbard, samt unntak fra ilandstigningsforbud og vilkår for slikt unntak. Hensikten med bestemmelsen da den ble innført, var å beskytte Svalbard mot utbrudd av covid-19 ettersom sykehuskapasiteten der er begrenset. Siden har begrunnelsen utviklet seg til å være beskyttelse mot overbelastning av sykehuset.

Vurdering: Vi har vurdert hvordan et ilandstigningsforbud kan ha betydning for covid-19-epidemien på Svalbard og for belastningen på sykehuset der i tre situasjoner.

1. Normalsituasjonen: Norske myndigheter har valgt en strategi som er den samme for Svalbard som for resten av landet. Det innebærer at covid-19-epidemien vil komme i bølger også på Svalbard. Landet har ikke noen strategi for å bremse epidemien mer på Svalbard enn i andre deler av landet. Å nekte ilandstigning fra noen skip ville uansett vært et lite bidrag siden det ankommer rundt 15 fly fra fastlandet til Svalbard hver uke, flere av dem med passasjerer til cruiseskipene. Det vil dermed kreve betydelig strengere tiltak dersom man vil holde covid-19 borte fra Svalbard eller over tid beholde et lavere nivå av covid-19 på Svalbard.

Vi bør derfor legge til grunn at covid-19 (og influensa) vil spre seg på Svalbard som ellers i landet. Det innebærer at det også på Svalbard er forholdet mellom befolkningens immunitet og virusets evolusjon som vil bestemme epidemiens utvikling. Dersom man vil bremse epidemien på Svalbard, vil man der på sikt risikere å få en befolkning med dårligere befolkningsimmunitet enn ellers i landet. Man kan altså få en immunitetsgjeld på Svalbard, noe som igjen legger grunnlag for større bølger seinere. Alternativet ville være å ha en annen vaksinasjonsstrategi på Svalbard, for eksempel ved årlig covid-19-vaksinasjon av alle voksne. Fordeler og ulemper med et slikt tiltak måtte vurderes særskilt. Uansett vil god praktisering av dagens vaksinasjonsanbefalinger være nyttig.

2. Under en bølge: Dersom en allerede pågående covid-19-bølge på Svalbard skulle belaste sykehuset betydelig, vil kortere ilandstigning av passasjerer fra cruiseskip i liten grad øke denne belastningen. Eventuelle passasjerer som smittes under ilandstigningen, vil bli syke først etter noen dager og eventuelt så syke at de trenger sykehusbehandling etter ytterligere noen dager, til sammen kanskje 10-14 dager etter ilandstigningen.
3. Utbrudd på et skip: Dersom et cruiseskip ved Svalbard skulle oppleve et utbrudd av covid-19, vil befolkningsimmuniteten blant passasjerene gjøre at utbruddet blir nokså begrenset. Dersom de syke holder seg for seg selv, kan utbruddet reduseres ytterligere. Det skal mye til at mer enn hver femte passasjer blir smittet. Av disse vil kanskje inntil en halv prosent trenge sykehusinnleggelse (avhengig av aldersfordeling). De som trenger akutt innleggelse, må fraktes til sykehus, om nødvendig i Longyearbyen. Et ilandstigningsforbud vil da ikke ha noen rolle og kan ikke fjerne kapasitetsbelastningen på sykehuset. Man kan ikke nekte innleggelse for øyeblikkelig hjelp ved hjelp av et ilandstigningsforbud. Et ilandstigningsforbud for de lite syke passasjerene eller for de friske passasjerene har heller ikke noen hensikt, jf. punkt 1 over.

Samlet sett ser vi ikke at ilandstigningsforbudet i covid-19-forskriften har noen rolle. Det kan oppheves.

Helsetjenesten på Svalbard må, som helsetjenesten ellers i landet, være forberedt på at epidemier av luftveisinfeksjoner, som influensa og covid-19, kan føre til innleggelser på sykehus. Turister på Svalbard eller på cruiseskip ved Svalbard kan belaste helsetjenesten med en rekke ulike sykdommer, som skader etter ulykker og fall, hjerneslag, hjerteinfarkt, akutte kirurgiske sykdommer og akutte infeksjoner. Sykehusets kapasitet må tilpasses denne risikoen. Sykehuset må ta seg av akutte sykdomstilfeller (der rask sykehusbehandling er indisert) blant passasjerene uansett om de er om bord på skipene eller har gått på land.

Alternativet er å begrense cruisetrafikken rundt Svalbard fordi det er risikabelt å sende tusenvis av mennesker, gjerne eldre, på skip i et arktisk område med enorme avstander, liten befolkning og begrenset transport- og sykehuskapasitet. En slik begrensning må reguleres annet sted enn i smittevernloven.

Konklusjon: Dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, må et ilandstigningsforbud på Svalbard oppheves eller hjemles i annet regelverk. Vi vurderer at et slikt forbud i dagens situasjon har liten hensikt som middel mot covid-19 og ikke tar bort kapasitetsrisikoen ved sykehuset i Longyearbyen.

Konklusjon

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

Konklusjon: Vi vurderer at det ikke får noen uheldige konsekvenser om covid-19 ikke lenger er klassifisert som en allmennfarlig smittsom sykdom.

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

WHO avsluttet covid-19-pandemien som PHEIC den 4. mai 2023.

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

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

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

WHO har med virkning fra 9. august 2023 gitt landene [anbefalinger om stående tiltak \(Standing Recommendations\)](#), som gjelder til 30. april 2025. Dette er «*non-binding advice issued by WHO for specific ongoing public health risks*», jfr. IHR artikkel 1. WHO har en forventning om at landene følger anbefalingene. Etter vår vurdering, oversendt departementet 22. august 2023, kan disse anbefalingene følges opp uten også uten at covid-19 er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom.

Konklusjon: Dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, kan Norge uansett følge WHO's anbefalinger om stående tiltak.

6. Skandinavisk sammenlikning

De tre skandinaviske landene har nokså lik, men ikke identisk, regulering på dette området.

I Sverige ble klassifiseringen av covid-19 under den svenske smittskyddslagen endret fra *allmänfarlig sjukdom* til *smittsam sjukdom* den 1. april 2022 etter en vurdering og konsekvensanalyse²⁶.

I Danmark ble klassifiseringen av covid-19 endret fra *alment farlig sygdom* til *smittsom sygdom* den 1. april 2023 etter en vurdering²⁷ av sykdommen etter den danske epidemilovens kriterier, som langt på vei er kopiert fra den norske smittevernloven.

²⁶ Regeringen. Ändring av klassificering av covid-19 i Smittskyddslagen. Stockholm, 2022. (<https://www.regeringen.se/contentassets/06d6feed34a6465682dba5e3d72250a3/andring-av-klassificering-av-covid--19-i-smittskyddslagen.pdf>)

²⁷ Sundhedsstyrelsen. Vedrørende kategorisering af covid-19 som alment farlig sygdom. København, 2023. (<https://sst.dk/da/udgivelser/2023/Kategorisering-af-covid-19-som-alment-farlig-sygdom>).

Per 2. oktober 2023 er klassifiseringen i de tre landene som merket med grønt i tabellen:

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

7. Økonomiske og administrative vurderinger

Departementets oppdrag

Oppdragsteksten lyder:

«Besvarelsen skal inneholde økonomiske og administrative vurderinger.»

Vurdering

Folketrygda kan spare noe ved at pasienter som selv mistenker, eller som legen mistenker har covid-19, ikke lenger kan få legekonsultasjoner med egenandelene refundert etter legehjelpsforskriften § 3 punkt 7.

Primærhelsetjenesten kan spare ressurser dersom terskelen for legebesøk heves noe.

Vi har foreslått en forskriftsendring som sikrer at pasienter som er anbefalt Paxlovid-behandling, kan få legemidlet gratis som i dag. Dette gir ingen nye økonomiske konsekvenser.

Konklusjon: Dersom covid-19 ikke lenger er klassifisert som allmennfarlig smittsom sykdom, vil dette ikke få noen uheldige økonomiske eller administrative konsekvenser.

8. Folkehelseinstituttets anbefaling

FHIs vurdering i denne besvarelsen er:

- at covid-19 ikke lenger oppfyller smittevernlovens kriterier for allmennfarlig smittsom sykdom og at slik klassifisering heller ikke er nødvendig av hensyn til smittevernet (kapittel 3),
- at en fjerning av klassifiseringen som allmennfarlig smittsom sykdom ikke får noen uheldige konsekvenser for smittevernet, men kan gi noen fordeler (kapittel 4),
- at Norge uansett klassifiseringen kan følge WHO's anbefalinger om stående tiltak (kapittel 5),
- at Sverige 1. april 2022 og Danmark 1. april 2023 opphevet deres klassifisering av covid-19 som allmennfarlig sykdom etter deres lovverk (kapittel 6),

- og at en fjerning av klassifiseringen som allmennfarlig smittsom sykdom ikke får noen uheldige økonomiske eller administrative konsekvenser, men kan gi økonomiske fordeler (kapittel 7).

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

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

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

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

Dersom klassifiseringen av covid-19 endres nå, kan man på kort varsel i en framtidig situasjon, for eksempel med en variant med betydelig verre egenskaper, igjen klassifisere covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom hvis den oppfyller flere av kriteriene, og flere av rettsvirkningene vurderes som nødvendige.

Folkehelseinstituttet anbefaler at covid-19 nå fjernes fra lista over allmennfarlige smittsomme sykdommer. Vi vurderer at dette ikke får noen uheldige konsekvenser for smittevernet mot covid-19 eller for økonomien og er i tråd med regjeringens strategi mot covid-19.