

rapport

COVID-19-EPIDEMIEN:

Risiko ved covid-19- epidemien i Norge – en oppdatering

Folkehelseinstituttet, 9. februar 2022

Notat

Risiko ved covid-19-epidemien i Norge – en oppdatering

Folkehelseinstituttet 9. februar 2022

Innhold

Innhold	2
Om denne rapporten	3
Hovedpunkter	4
Epidemien	4
Omikronvarianten	4
Risikovurdering for covid-19	4
Risikovurdering for influensa	5
Håndtering	5
1. Bakgrunn	6
2. Situasjonen i Norge	7
2.1 Covid-19-epidemien	7
2.2 Belastning på helsetjenesten	10
2.3 Covid-19 hos barn	10
2.4 Covid-19 i helseinstitusjoner	14
2.3 Influensa	15
2.4 RS-virusinfeksjon	16
3. Omikronvarianten	17
3.1 Innledning	17
3.2 Situasjonen i noen andre land	17
3.3 Viktig ny kunnskap	20
4. Risikovurdering for februar - mars 2022	22
4.1 Vurdering for covid-19	22
4.2 Vurdering for influensa	24
4.3 Vurdering for RS-virusinfeksjon	25
5. Videre håndtering av epidemien	26

Korreksjon 11.2.2022: Figurteksten til figur 7, 8, 9 og 10 er korrigert med «per 100 000».

Om denne rapporten

Folkehelseinstituttet vurderer utviklingen av covid-19-epidemien i Norge i ukentlige situasjonsrapporter samt i besvarelser av oppdrag til Helse- og omsorgsdepartementet. Denne rapporten gir en mer helhetlig vurdering av risiko ved covid-19-epidemien i Norge med vekt på utviklingen fram til mars, særlig i lys av den nye omikronvarianten av SARS-CoV-2. Vi har også med vurderinger om andre luftveisinfeksjoner der dette er relevant for risikovurderingen.

Formålet er å støtte Helse- og omsorgsdepartementet i dets strategiske valg i bekjempelsen av epidemien og kommunene i håndtering av epidemien.

Rapporten følger mandatet Folkehelseinstituttet er tillagt i Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og i smittevernloven.

Vi har tidligere levert følgende relevante risikovurderinger og notater om risiko¹:

Dato	Tittel
2020	
28. januar - 21. desember	Fjorten rapporter om risikovurdering
19. desember	Foreløpig vurdering av nylig påvist SARS-CoV-2-variant
21. desember	Covid-19-epidemien: kunnskap, situasjon, prognose, risiko og respons i Norge etter uke 51
22. desember	Svar på forespørsel fra HOD om informasjon om varianter av SARS-CoV-2 viruset
27. desember	Nye varianter av SARS-CoV-2: kunnskap, risiko og respons.
2021	
13. januar	Nye varianter av SARS-CoV-2: kunnskap, risiko og respons. Første oppdatering.
27. januar	Nye varianter av SARS-CoV-2: kunnskap, risiko og respons. Andre oppdatering.
7. februar	Situasjonen med nye virusvarianter basert på flere sekvenseringsresultater
27. februar	Varsel og rask vurdering av situasjonen med nye virusvarianter i Oslo og Viken
12. mai	Oppdrag fra HOD nr. 441C om den indiske virusvarianten
28. mai	Risiko ved variant B.1.617.2
16. juni	Risiko ved Delta-varianten av SARS-CoV-2 – første oppdatering
3. juli	Risiko ved Delta-varianten av SARS-CoV-2 – andre oppdatering
13. juli	Risiko ved andre luftveisinfeksjoner enn covid-19 høsten og vinteren 2021/2022 ²
26. juli	Risiko ved covid-19-epidemien i Norge i lys av framveksten av Delta-varianten av SARS-CoV-2
17. november	Risiko ved covid-19-epidemien i Norge
28. november	Risiko ved omikron-varianten av SARS-CoV-2 i Norge
7. desember	Risiko ved covid-19-epidemien og ved omikronvarianten i Norge
13. desember	Risiko ved covid-19-epidemien og ved omikronvarianten i Norge
22. desember	Risiko ved covid-19-epidemien og ved omikronvarianten i Norge
2022	
12. januar	Risiko ved covid-19-epidemien og ved omikronvarianten i Norge
26. januar	Risiko ved covid-19-epidemien og ved omikronvarianten i Norge

¹ <https://www.fhi.no/publ/2020/covid-19-epidemien-risikovurdering/>

² <https://www.fhi.no/publ/2021/risiko-ved-andre-luftveisinfeksjoner-enn-covid-19-hosten-og-vinteren-202120/>

Hovedpunkter

Epidemien

- Det er usikkert hvor langt vinterbølgen er kommet. Epidemien vokser saktere nå enn i januar, men effekten av BA-varianten og fjerningen av de kontaktreduserende tiltakene 1. februar kan gi ny økning. Vi vet ikke når epidemien når toppen og hvor lenge denne bølgen vil vare. Hele landet vil ikke nå bølgetoppen samtidig.
- Antallet registrerte tilfeller flatet ut i uke 5 på rundt 130 tusen etter flere uker med sterk økning. Det er vanskelig å tolke dette ettersom det har skjedd en betydelig overgang til selvtesting.
- Etter økning fra 119 nye sykehusinnleggelser for covid-19 i uke 2 til 218 i uke 4 sank tallet til 215 i uke 5. Antallet nye innleggelser på intensivavdeling har vært i nedgang siden uke 49 med 71 innleggelser, men antallet har vært 16 i både uke 4 og 5.
- De fleste land i Europa opplever nå en kraftig bølge av epidemien som følge av omikronvarianten. Noen land er allerede over toppen. Bølgene har ført til mindre sykdomsbyrde og belastning enn tidligere bølger.
- Så langt denne vinteren har det vært 110 innleggelser i sykehus for influensa, og bare 0,3 % av analyserte prøver forrige uke var positive.

Omikronvarianten

- Nyere resultater og utviklingen i andre land bekrefter bildet fra forrige risikovurdering og gjør at vurderingene nå er sikrere.
- Omikronvarianten har større spredningsevne enn deltavarianten fordi viruset sammenliknet med deltavarianten har større iboende smittsomhet, større evne til å omgå kroppens immunforsvar og trolig kortere generasjonstid.
- Omikronvarianten gir mindre alvorlig sykdom enn deltavarianten i alle aldersgrupper. Dette kan skyldes lavere iboende virulens, mer utbredt immunitet i befolkningen nå eller begge deler.
- En undergruppe, BA.2, av omikronvarianten ser ut til å kunne forskyve undergruppe BA.1 og bli dominerende. Siden BA.2 har enda større spredningsevne, kan epidemien snart gå enda raskere. Det ser ikke ut til at BA.2 gir mer alvorlig sykdom eller mindre vaksinebeskyttelse enn BA.1.

Risikovurdering for covid-19

- Vi regner med at epidemien vil øke enda noen uker, eventuelt med noe utflating i vinterferieukene, før denne bølgen snur og når et lavt nivå i slutten av mars.
- Vi regner med at vinterbølgen vil smitte tre-fire millioner mennesker, og at rundt en halv million kan smittes i de verste ukene. Vi tror at noen tusen vi trenger sykehusbehandling, men at sykehusene aldri vil ha flere enn tusen samtidig innlagt totalt og heller ikke flere enn hundre pasienter samtidig på respirator. I tillegg kommer pasienter med andre innleggingsårsaker, men påvist SARS-CoV-2-infeksjon.
- Størrelsen på vinterbølgen kan nå påvirkes særlig av smitteverntiltak og befolkningens egenvalgte atferdsendringer. Nyten av tiltak er å redusere bølgetoppen og forlenge bølgen, men bare i liten grad å redusere antall smittede til sammen.

- Konsekvensene av vinterbølgen for samfunnet er særlig økt belastning på fastlegene, hjemmebaserte tjenester, sykehjemmene og sykehusene, men også på resten av samfunnet ved at mange flere må være borte fra arbeidet på grunn av sykefravær og isolering. For individene er konsekvensene at mange blir smittet tidligere enn de ellers ville blitt.
- Etter vinterbølgen må vi regne med en ny bølge av denne varianten, trolig til høsten eller vinteren, eller en ny bølge av en ny variant allerede i sommerhalvåret. Befolkningens grunnimmunitet vil sannsynligvis beskytte godt mot alvorlig sykdom, uansett variant.

Risikovurdering for influensa

- Det er vanskelig å vurdere risikoen for en influensaepidemi denne sesongen. Det er svært uvanlig at vi i begynnelsen av februar ennå ikke har sett starten av epidemien. Årsakene kan være tiltak mot covid-19-epidemien samt influensavaksinasjon, og muligens viral interferens.
- Det er nå trolig at influensaepidemien og sykdomsbyrden den forårsaker, blir liten også denne vinteren. Selv om epidemien skulle bli liten, kan den gi mer alvorlig sykdom blant de smittede, særlig hos små barn. Det er nå flere barn som aldri har møtt influensavirus før.
- Dersom influensaepidemien uteblir denne vinteren også, vil neste vinters epidemi kunne bli betydelig større på grunn av lite immunitet i befolkningen.

Håndtering

- Spredningsevnen til epidemien er nå så stor at en betydelig bremsing av epidemien ville ha krevd svært sterke tiltak over tid.
- Det er ingen klare fordeler med å forskyve epidemien ut i tid.
- Samfunnet kan i løpet av kort tid gå tilbake til normal hverdag uten særlige smitteverntiltak mot covid-19 uten at det vil gi betydelig økt sykdomsbyrde fra covid-19.
- Grupper med økt risiko for alvorlig forløp bør sikres god vaksinasjon og gode råd for atferd som reduserer smittefaren gjennom vinterbølgen.
- Epidemien må overvåkes, og helsetjenestene og andre virksomheter må ha beredskap for forverring og stort fravær.
- Befolkningen bør være forberedt på samt vise forståelse for at tjenester kan ta lenger tid enn normalt, og at virksomheter kan være mindre tilgjengelige.

1. Bakgrunn

Viruset som forårsaker covid-19, SARS-CoV-2, er under stadig utvikling. Varige endringer i virusets arvestoff, RNA, har gitt viruset endrede egenskaper, og dette har fått konsekvenser for epidemien og smittevernet.

Sist vinter overtok alfavarianten. Den ble så i sommer skjøvet ut av deltavarianten som hadde enda større spredningsevne. Fra midten av august steg antallet påviste tilfeller og innleggelser for covid-19. Årsakene var sannsynligvis økt kontakt mellom folk etter sommerferien og fjerningen av de siste kontaktreduserende tiltakene. Sesongeffekten og den gradvise svekkelsen av vaksinebeskyttelsen mot smitte har sannsynligvis også hatt betydning.

Omikronvarianten av koronaviruset SARS CoV-2 ble kjent for verden den 23. november 2021 etter en raskt økende spredning i Sør-Afrika etterfulgt av spredning til flere titalls land. En rekke tiltak ble innført for å forsinke introduksjon og spredning av denne varianten i Norge, men den ble dominerende ved årsskiftet.

I dette notatet beskriver vi covid-19-epidemien i Norge per 9. februar 2022 og vurderer den videre utviklingen fram til mars. Notatet er en kortere oppdatering av notatet fra 26. januar der kunnskapsgrunnlaget er mer utførlig beskrevet og grunnlaget for den videre håndteringen grundigere drøftet.

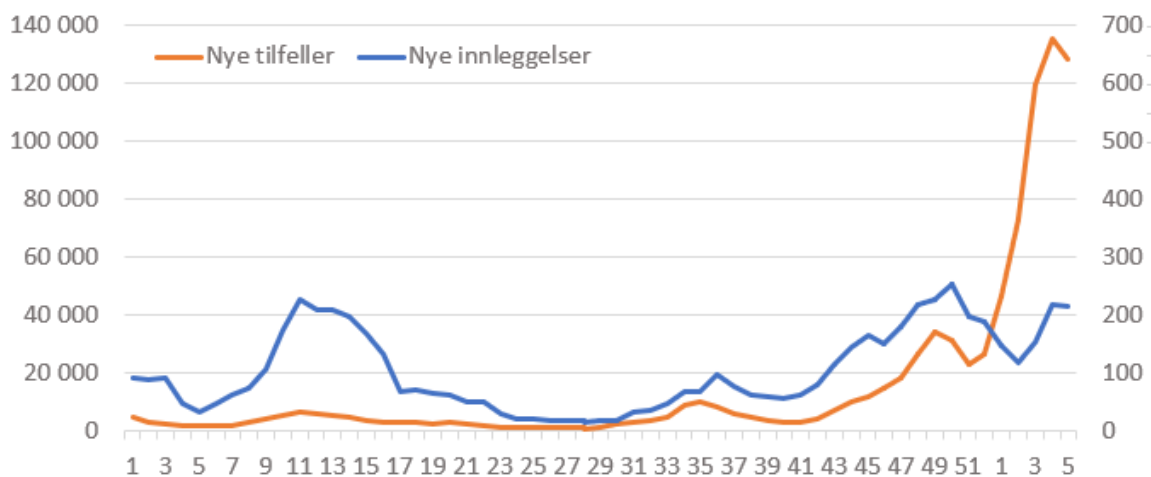
Vi viser ellers til tidligere risikovurderinger av 7., 13. og 22. desember 2021 samt 12. og 26. januar 2022.

2. Situasjonen i Norge

Vi beskriver situasjonen i Norge. De ukentlige situasjonsrapportene for covid-19 og for influensa gir flere detaljer.

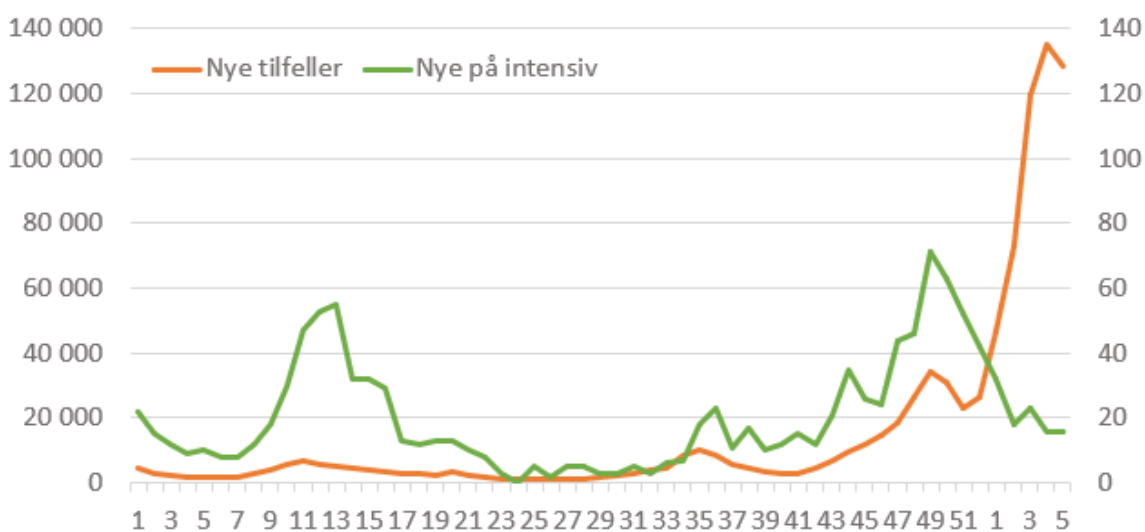
2.1 Covid-19-epidemien

Antallet registrerte tilfeller flatet ut i uke 5 etter flere uker med sterk økning. Det er vanskelig å tolke dette ettersom det har skjedd en betydelig overgang til selvtesting der de positive testene ikke blir registrert i MSIS. Også antall nye innleggelser for covid-19 flatet ut i uke 5, jf. figur 1.



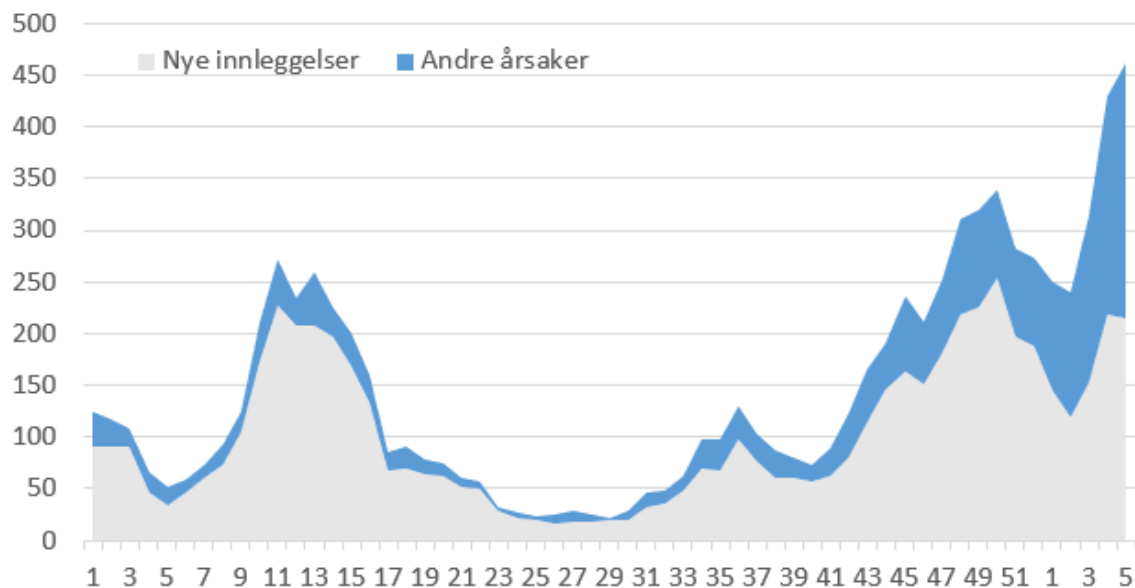
Figur 1. Ukentlig antall diagnostiserte tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon og sykehusinnleggelse for covid-19 i 2021 og uke 1-5, 2022. Merk at tallene for uke 5 fortsatt kan endres litt. Kilde: MSIS og Beredt C19 med data fra Norsk intensiv- og pandemiregister.

Antallet nye innleggelser på intensivavdeling har vært i nedgang, men denne nedgangen stoppet opp i uke 5, jf. figur 2.



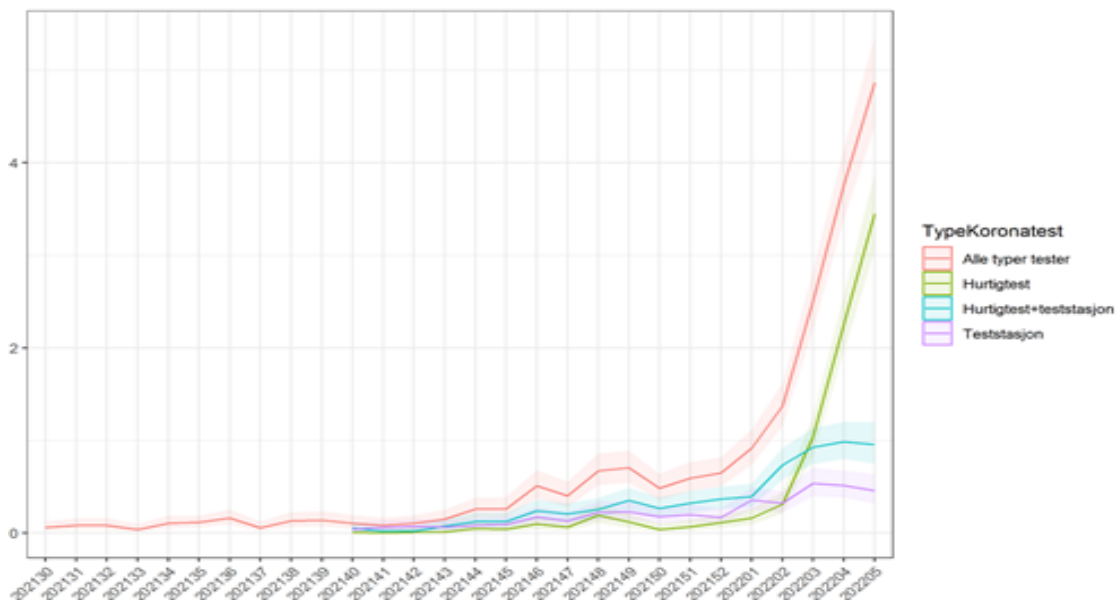
Figur 2. Ukentlig antall diagnostiserte tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon og innleggelser på intensivavdeling for covid-19 i 2021 og uke 1-5, 2022. Merk at tallene for uke 5 fortsatt kan endres litt. Kilde: MSIS og Beredt C19 med data fra Norsk intensiv- og pandemiregister.

I takt med den voksende epidemien legges det inn på sykehus stadig flere pasienter som er SARS-CoV-2-smittet, men som har en annen hovedårsak til innleggelsen. Disse pasientene er nå flere enn dem som legges inn for covid-19, se figur 3.



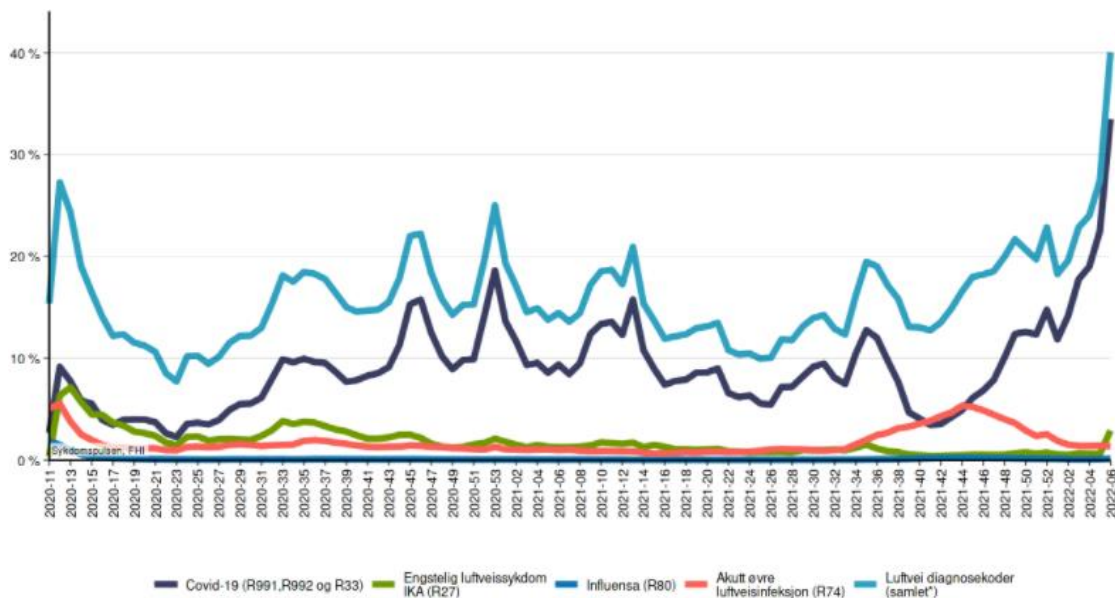
Figur 3. Antall ukentlige sykehusinnleggelser for covid-19 og antallet ukentlige innleggelser med positiv SARS-CoV-2-test hos pasienter som er lagt inn med annen hovedårsak. Kilde: MSIS og Beredt C19 med data fra Norsk intensiv- og pandemiregister.

Blant deltakerne i Folkehelseinstituttets panel kalt Symptometer har testing blitt mye vanligere og økt fra rundt 4 % sist uke i uke 41 til 22 % sist uke blant dem som besvarte skjemaet i uke 5. Andelen med positiv test har økt veldig raskt i 2022, med 4,9 % i uke 5, jf. figur 4.



Figur 4. Andel (%) med positivt resultat per uke blant dem som testet seg sist uke blant Symptometer-deltakere som besvarte skjemaet. Kilde: Symptometer.

Fra begynnelsen av september sank andelen av legekonsultasjoner kodet med en covid-19-relatert diagnose fra rundt 12 % til rundt 4 % før andelen igjen begynte å øke og for uke 5 lå på 33 %. Covid-19-relaterte konsultasjoner utgjør altså hver tredje konsultasjon hos fastleger og ved legevakter, men de fleste av disse er telefonkonsultasjoner og e-konsultasjoner. Andelen konsultasjoner med koden akutt øvre luftveisinfeksjon har økt fra rundt 2 % til rundt 5 % og så ned til 2 % i samme periode, jf. figur 5.



Figur 5. Den ukentlige andelen (%) av legekonsultasjoner med koder for luftveisinfeksjoner fra pandemias start til uke 6 (per onsdag). Merk at data for uke 5 og 6 er ufullstendige og usikre.

I 2022 har det vært 895 sykehusinnleggelser, 113 intensivinnleggelser og 158 dødsfall av covid-19 i Norge, jf. tabell 1. I denne perioden er 18 % av landets barn/unge under 20 år registrert smittet.

Utfall	Indikator	Alle	Etter aldersgrupper					
			0 - 19 år	20 - 39 år	40 - 59 år	60 - 69 år	70 - 79 år	80 år +
Befolkning	Antall	5 391 369	1 237 790	1 444 431	1 433 754	588 519	450 468	236 407
	Andel av befolkningen	100 %	23 %	27 %	27 %	11 %	8,4 %	4,4 %
Død	Antall	158		11		26	31	90
	Per 100 000 innbyggere	2,9		0,27		4,4	6,9	38
	Andel av døde	100 %		7,0 %		16 %	20 %	57 %
Intensiv- innleggelse	Antall	113	5	14	35	26	20	13
	Per 100 000 innbyggere	2,1	0,40	0,97	2,4	4,4	4,4	5,5
	Andel av intensivpasienter	100 %	4,4 %	12 %	31 %	23 %	18 %	12 %
	Andel av sykehusinnlagte	13 %	4,6 %	8,7 %	14 %	27 %	15 %	9,2 %
Sykehus- innleggelse	Antall	895	109	161	252	95	137	141
	Per 100 000 innbyggere	16,6	8,8	11	18	16	30	60
	Andel av sykehusinnlagte	100 %	12 %	18 %	28 %	11 %	15 %	16 %
	Andel av påvist smittede	0,18 %	0,048 %	0,10 %	0,25 %	0,89 %	3,6 %	7,5 %
Påvist smittet	Antall	505 529	226 098	160 951	102 035	10 718	3 851	1 876
	Per 100 innbyggere	9,4	18	11	7,1	1,8	0,85	0,79
	Andel av påviste	100 %	45 %	32 %	20 %	2,1 %	0,76 %	0,37 %

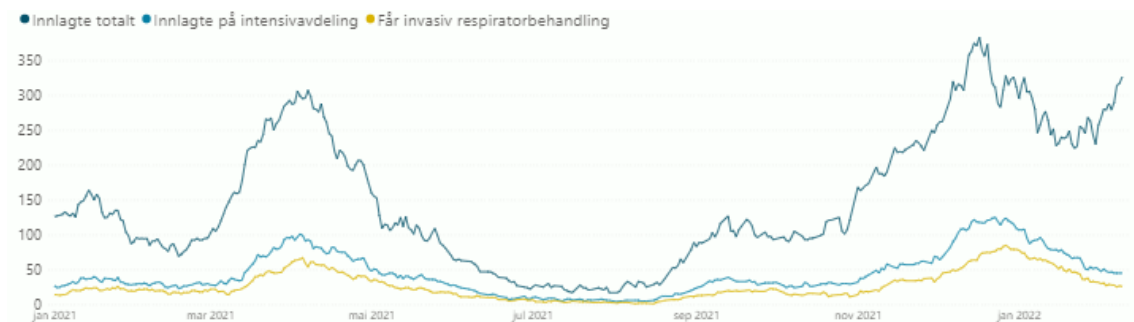
Tabell 1. Antall registrerte tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon og antall sykehusinnleggelser, intensivinnleggelser og dødsfall av covid-19 etter aldersgruppe i perioden 1. januar – 6. februar 2022.

2.2 Belastning på helsetjenesten

Helsedirektoratet har ansvar for å monitorere belastningen på helsetjenesten. I dette kapitlet gjengir vi data fra Helsedirektoratet.

Sykehusene

Den 9. februar lå det på norske sykehus 326 pasienter med positiv SARS-CoV-2-test hvorav 45 lå på intensivavdeling, og av dem trengte 26 pasienter kunstig respirasjonsstøtte, jf. figur 6. Tallene inkluderer pasienter som var lagt inn på sykehus av andre grunner, men som var smittet med SARS-CoV-2.



Figur 6. Antall inneliggende på sykehus hver dag fra 1. januar 2021 til 9. februar 2022. Kilde: Helsedirektoratet.

Kommunehelsetjenesten

I rapportering fra kommunene til statsforvalterne meldte kommunene sin belastning for uke 5 som god, utfordrende eller kritisk (kilde: Helsedirektoratet). 48 % av kommunene meldte om utfordrende tilgang til personell eller kritisk kompetanse mens resten hadde god tilgang. 40 % av kommunene meldte om utfordrende kapasitet i institusjoner og hjemmetjenester mens resten hadde god kapasitet. For fastlegekapasitet var andelen med utfordrende kapasitet 33 %. For legevaktskapasitet var andelen 20 %.

2.3 Covid-19 hos barn

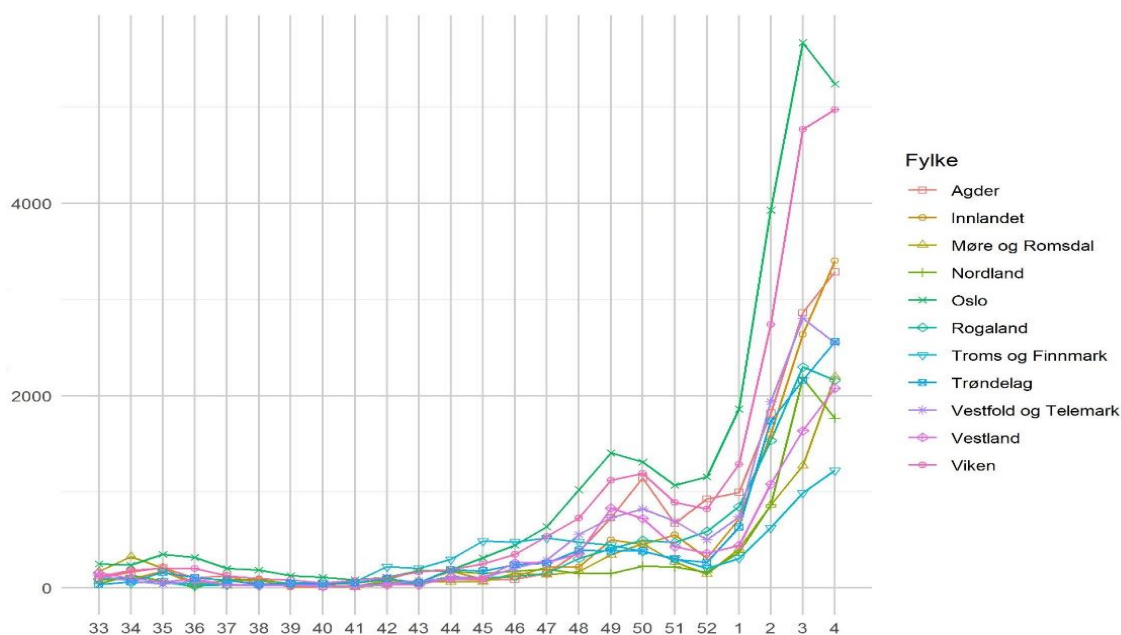
Forekomst

Hittil i pandemien (per 2. februar 2022) har 276 938 barn og unge i alderen 0-17 år fått påvist covid-19. Av disse er 125 615 i alderen 5-11 år og 89 253 i alderen 12-15 år. Dette tilsvarer at omkring 33% av barn i alderen 5-11 år og 35% av ungdom i alderen 12-15 år. Det er sannsynligvis betydelige mørketall. Tidligere i pandemien har man anslått at om lag halvparten av tilfellene blir registrert, men denne andelen kan være høyere nå som sykdomsbildet antas å være enda mildere.

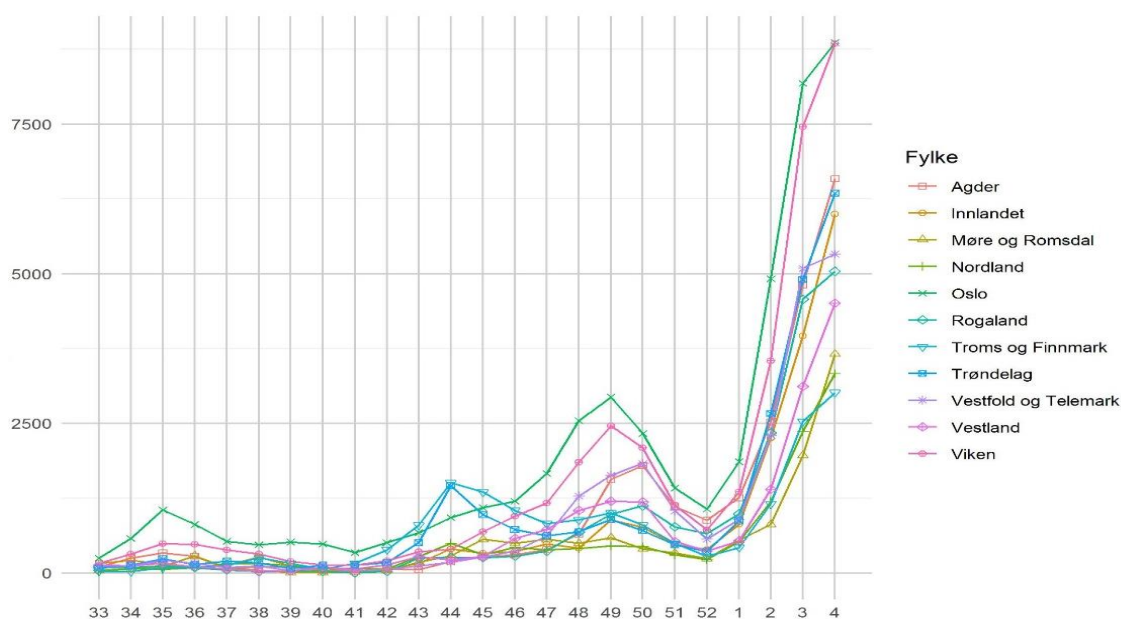
Rundt 90 % av de samlede tilfellene i alderen 5 – 15 år har vært registrert fra uke 33, 2021 (skolestart) til starten av uke 5, 2022.

I uke 4/5 ble test-anbefalingene endret, slik at barn og ungdom nå bare oppfordres til testing ved symptomer på covid-19. Jevnlig testing anbefales heller ikke lenger som virkemiddel for å redusere smittespredning. Dermed vil forekomsttallene fra uke 5 og utover fange opp en lavere andel av de som reelt er smittet, og gi dårligere oversikt over den egentlige smitteforekomsten.

Som figur 7-10 viser, er vi inne i en periode med omfattende smittespredning i alle aldersgrupper, med høyest forekomst blant elever i barneskolen og ungdomsskolen.

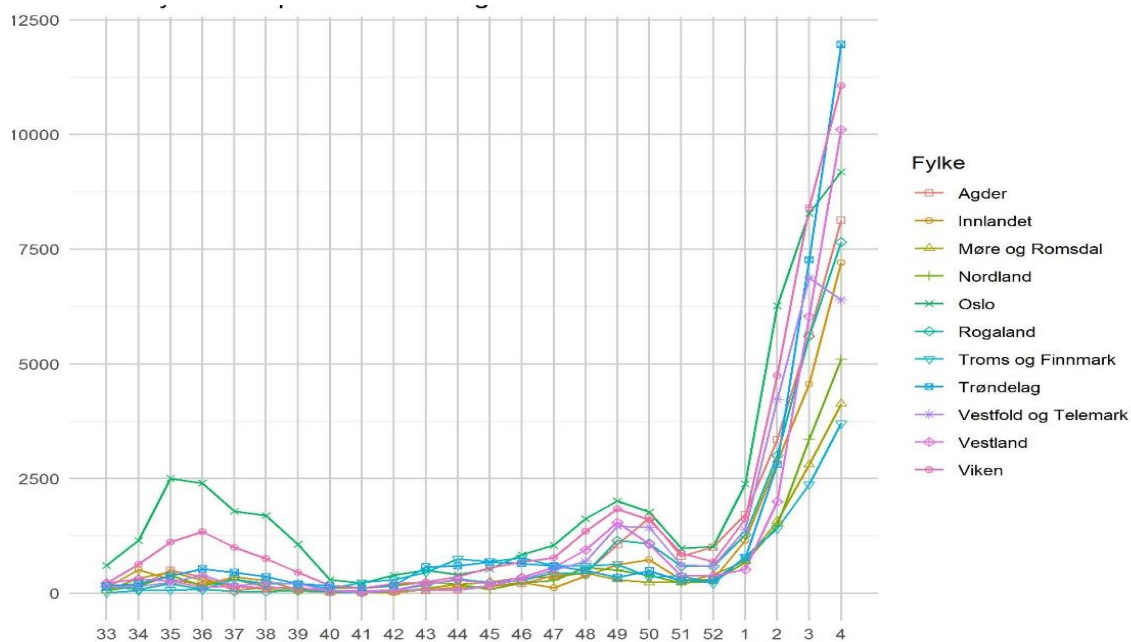


Figur 7. Antall nye registrerte tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon per 100 000 blant barn i barnehagealder (0 – 5 år) etter fylke for ukene 33, 2021 (skolestart) – 4, 2022.

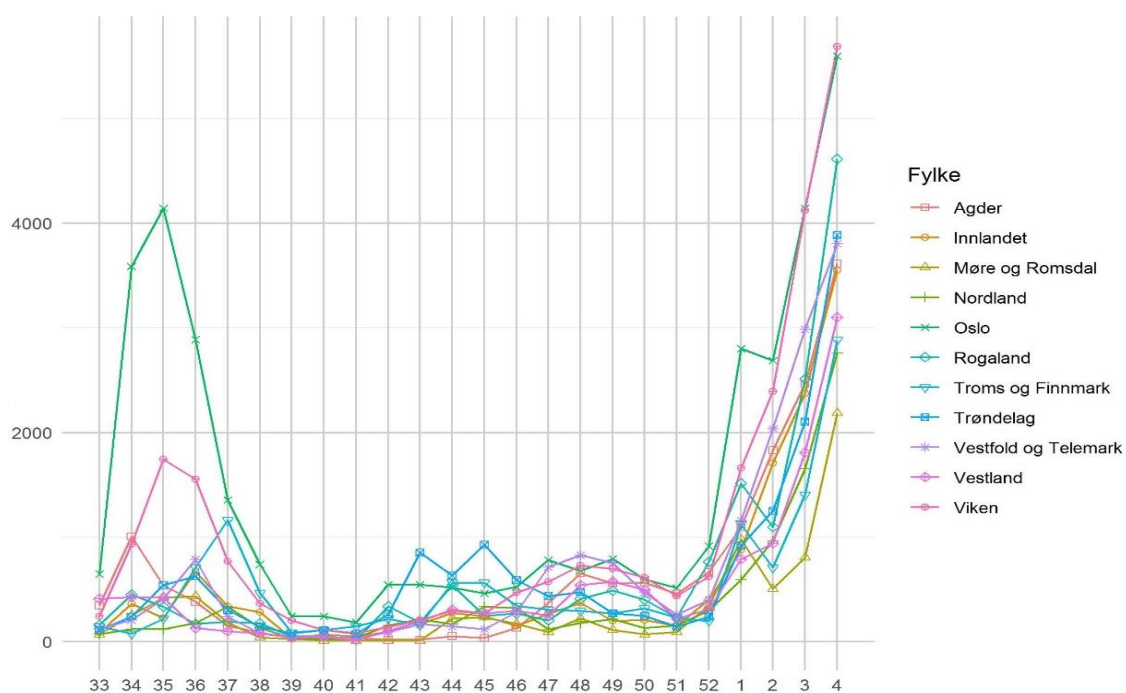


Figur 8. Antall nye registrerte tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon per 100 000 blant barn i barneskolealder (6 – 11 år) etter fylke for ukene 33, 2021 (skolestart) – 4, 2022.

Siden jul har det vært en sterk økning i antall påviste smittetilfeller i Norge, og barn og ungdom har hatt den høyeste smitteforekomsten. Etter at omikronvarianten ble dominerende, har hver uke mellom 1 % og 12 % av barna blitt registrert smittet hver uke, med betydelig variasjon mellom fylkene og aldersgruppene. I enkelte fylker var det over 10 % av ungdomsskoleelevene som fikk påvist covid-19 i uke 4 alene. Så mye høyere er det ikke mulig å komme. Vi regner med at disse fylkene befinner seg nær toppen av omikronbølgen nå. I fylkene med lavere andeler er det fortsatt rom for stigning. Vi regner med at et flertall av barna i mange kommuner har vært smittet.



Figur 9. Antall nye registrerte tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon per 100 000 blant barn i ungdomsskolealder (12 – 15 år) etter fylke for ukene 33, 2021 (skolestart) – 4, 2022.



Figur 10. antall nye registrerte tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon per 100 000 blant ungdom i videregående skole-alder (16 – 19 år) etter fylke for ukene 33, 2021 (skolestart) – 4, 2022.

Sykdomsalvorlighet

Den individuelle risikoen for alvorlig sykdom hos barn og ungdom har vært lav med alle varianter av koronaviruset. Kunnskapen vi har om omikronvarianten, tyder på at den er mindre virulent og sjeldnere fører til sykehusinnleggelse sammenliknet med tidligere varianter.

Vårt britiske søsterinstitutt publiserte i sin tekniske rapport fra 31.12.21 at det er mer enn halvert risiko for sykehusinnleggelser hos barn i alderen 5-17 år med omikronvarianten sammenliknet med deltavarianten (HR 0,42 (0,28 – 0,63)).³

En studie (preprint) fra USA sammenliknet utfall blant SARS-CoV-2 smittede i en periode der deltavarianten dominerte og en periode da omikronvarianten var i ferd med å ta over (15.-24. desember).⁴ Resultatene viser færre legevaktskonsultasjoner og innleggelser for barn og ungdom i alle aldersgrupper (0-17 år) smittet i «omikronperioden» sammenliknet med «deltaperioden» (forskerne undersøkte ikke virusene hos hver enkelt pasient). I «omikronperioden» var i virkeligheten bare mellom en firedel og en halvdel av pasientene i USA smittet med omikronvarianten. Dette indikerer at risikoreduksjonene kan være enda større enn det man har observert. En annen studie fra samme forskningsgruppe (preprint) konkluderte med at for barn < 5 år som ble smittet for første gang i perioden da omikronvarianten dominerte (prevalens >92%), hadde signifikant mindre risiko for alvorlig sykdomsforløp sammenliknet med barn smittet for første gang i perioden da deltavarianten dominerte.⁵

I Norge har det vært i underkant av 200 innleggelser for covid-19 blant barn og unge i alderen 0-17 år gjennom hele pandemien, altså færre enn 1 av 1000 med påvist smitte. 103 av dem har vært under ett år, og i denne gruppa har det vært en markant økning etter at omikronvarianten overtok.

Andel innlagte blant smittede barn har gått ned gjennom pandemien. Median innleggelsestid ved akutt covid-19 er kort. Selv om det har vært svært mange smittede barn og unge i høst, har det ikke ført til økning i innleggelser av barn. Andelen som får multiinflammatorisk syndrom (MIS-C) har også sunket, uten at vi kjenner årsaken til dette.

Til sammenligning er det hver vintersesong normalt et par tusen innleggelser av barn 0-4 år for RSV-infeksjon og et halvt tusen innleggelser av barn 0-17 år for influensa.

Når smitteforekomsten øker blant barn og unge, vil flere få påvist SARS-CoV-2 i forbindelse med at de legges inn for andre årsaker. I uke 4 og 5 var det flere slike innleggelser av barn 0-17 år *med* SARS-CoV-2-infeksjon enn det var av barn som ble lagt inn *for* covid-19.

Til tross for svært utbredt epidemi blant barn, er det få innleggelser. Det er ikke sannsynlig at innleggelser med covid-19 vil bli noen stor belastning for sykehusenes barneavdelinger, verken med covid-19 som hovedårsak eller med covid-19 som tilfeldig funn.

Fra en del andre land rapporteres det nå om et høyt antall innleggelser av barn med covid-19. Det er vanskelig å vurdere informasjonen fra land som ikke skiller mellom innleggelser på grunn av covid-19 eller der koronaviruset påvises tilfeldig. I tillegg er det mange land hvor barns helse og tilgang til helsetjenester ikke er direkte sammenliknbare med Norge.

3

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1045619/Technical-Briefing-31-Dec-2021-Omicron_severity_update.pdf

⁴ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.30.21268495v1>

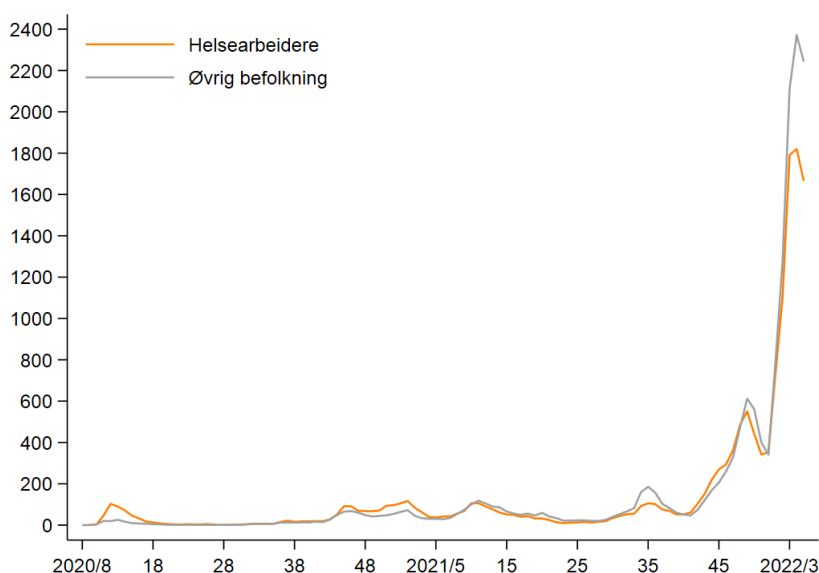
⁵ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.12.22269179v1.full>

2.4 Covid-19 i helseinstitusjoner

Gjennom pandemien har det vært et mål å beskytte risikogruppene, inkludert beboere i sykehjem og pasienter i sykehus, og ansatte i helsetjenesten. Dette har lyktes ganske bra, men har i perioder krav inngripende tiltak ved helseinstitusjoner.

Helseinstitusjonene blir utsatt når det er mye smitte i samfunnet utenfor. Hyppigheten av infeksjon hos ansatte følger kurven for befolkningen ellers, jf. figur 11. Smitte kommer gjerne inn i institusjonene gjennom smittede ansatte som er smittet av et husstandsmedlem. Derfor har vi også de siste par månedene fått varslet flere utbrudd i helseinstitusjoner og flere tilfeller smittet i helsetjenesten.

Inntrykkene fra sykehjemmene er at de fleste smittede beboere har milde symptomer. Det kan forklares ved at de fleste beboere har fått tre vaksinedoser, og at omikronvarianten gir mindre alvorlig sykdom. Data fra Beredt C19 viser at dødsratene ved sykehjemsutbrudd er gått ned sammenliknet med perioder med andre sirkulerende covid-19 virusvarianter. Likevel må vi regne med flere dødsfall i sykehjem når vinterbølgen fortsetter. Hos de svakeste kan også omikronvarianten være dødelig.



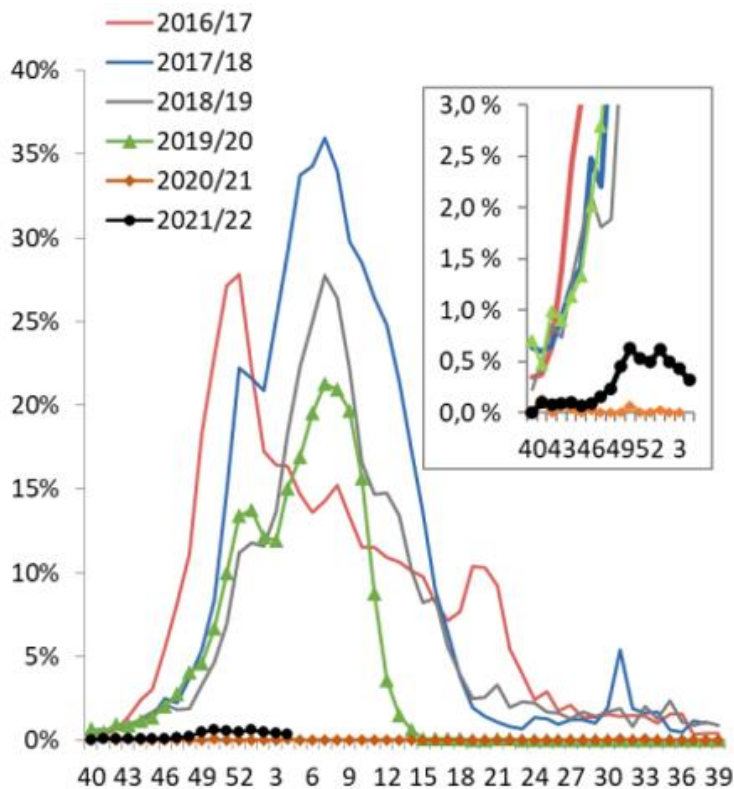
Figur 11. Antall tilfeller av covid-19 blant helsepersonell og den øvrige befolkningen per 100 000 personer per år under pandemien.

Vi venter større belastning på helseinstitusjonene som følge av flere smittede pasienter (som legges inn for covid-19, som blir smittet under oppholdet, eller som har en annen sykdom, men er smittet) og økt sykefravær blant personellet. Dette kan få betydning for driften, for eksempel ved at avdelinger midlertidig har inntaksstopp eller må utsette annen virksomhet.

I sykehusene må smitteverntiltakene stort sett fortsette som før. I sykehjem er det vanskelig med strenge smitteverntiltak uten at det går ut over kvalitet på pleie og omsorg, samt beboernes livskvalitet. Siden risikoen for alvorlig sykdom er redusert, må man fortløpende vurdere hvor forholdsmessige tiltakene er og eventuelt tilpasse tiltakene etter den lokale situasjonen. Vi vil følge situasjonen i dialog med kommunelegene og andre og eventuelt tilpasse våre anbefalinger.

2.3 Influensa

I uke 4/2022 ble 30 537 personer testet for influensavirus, og det ble påvist influensavirus hos 97. Andelen positive prøver var 0,3 %, jf. figur 12. Så langt denne sesongen har det vært 110 innleggelser i sykehus for influensa og under fem på intensivavdeling for influensa.



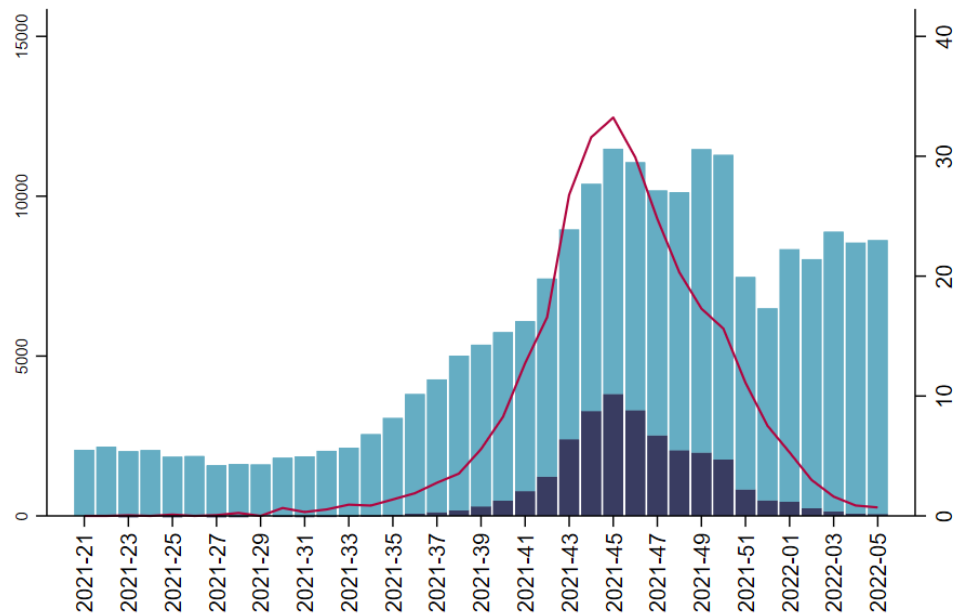
Figur 12. Andel positive av prøver undersøkt for influensavirus i Norge per uke i Norge fra uke 40, 2016 til uke 4, 2022⁶.

Det er fortsatt ingen sikre tegn på en begynnende influensaepidemi i landet. En svakt økende trend i desember ble brutt i jula. Normalt starter influensaepidemiene i Norge i desember-januar og varer til mars-april. Influensa A(H3N2)-virus er i klart flertall i Europa og Norge. Både influensa A- og B-virusene har endret seg en del siden de sist var i landet vi vet derfor ikke hvor godt årets influensavaksiner vil virke på disse virustypene.

⁶ <https://www.fhi.no/publ/2021/influensasesongen-norge-21-22/>

2.4 RS-virusinfeksjon

Epidemien av RS-virusinfeksjon er over, se figur 13. Det er særlig barn under fem år som rammes. Epidemien kom mye tidligere enn tidligere års epidemier, som har hatt en topp i desember-februar. Det er ikke lenger stor belastning på barneavdelingene.



Figur 13. Antall testede (lyseblå), antall positive (blå) og andel positive (rød linje) for RSV-infeksjon i Norge fra uke 21, 2021 til uke 4, 2022. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

3. Omikronvarianten

3.1 Innledning

Etter det første kjente utbruddet med omikronvarianten (undergruppe BA.1.) i Norge (med indekspasienten 26. november) ble omikronvarianten dominerende i løpet av få uker. Nå er undergruppe BA.2 av omikronvarianten i ferd med å overta.

I risikovurderingen av 26. januar presenterte vi kunnskapsgrunnlaget for vår vurdering av omikronvarianten. Her oppdaterer vi med de viktigste nyhetene og endringene siden da.

3.2 Situasjonen i noen andre land

Omikronvariant fortsetter å spre seg og dominerer i store deler av verden. På grunn av begrenset variantovervåking i mange land er det vanskelig å følge spredningen. Samtidig har det de siste ukene vært en bratt økning i antall meldte tilfeller fra flere av kontinentene, noe som kan skyldes omikronvarianten⁷.

I EØS-området er det forventet at omikronvarianten blir dominerende i samtlige land, i løpet av de neste ukene. Av de landene der omikronvarianten allerede har vært dominerende, ser det ut til at antallet nye smittede har eller er på vei til å nå toppen på bølgen. ECDC viser fortsatt en bekymring for mulig økning i antall alvorlige tilfeller og død, da man nå ser en økning i andelen smittet i de eldre aldersgruppene. Foreløpig er antallet med alvorlig forløp langt mindre enn ved de andre variantbølgene⁸.

Nedenfor omtaler vi tre land som har god overvåking og har en pågående smittebølge der omikronvarianten er dominerende.

Danmark

Økningen i antall tilfeller, sykehusinnleggelser og dødsfall ser ut til å fortsette i Danmark, se figur 14. Merk at innleggelsestallene inkluderer pasienter som legges inn for andre årsaker enn covid-19, men som har positiv test for SARS-CoV-2.

Det forventes at BA.2-varianten vil fortsette sin økning fra dagens 80 % til 100 % av smittetilfellene i midten av mars⁹.

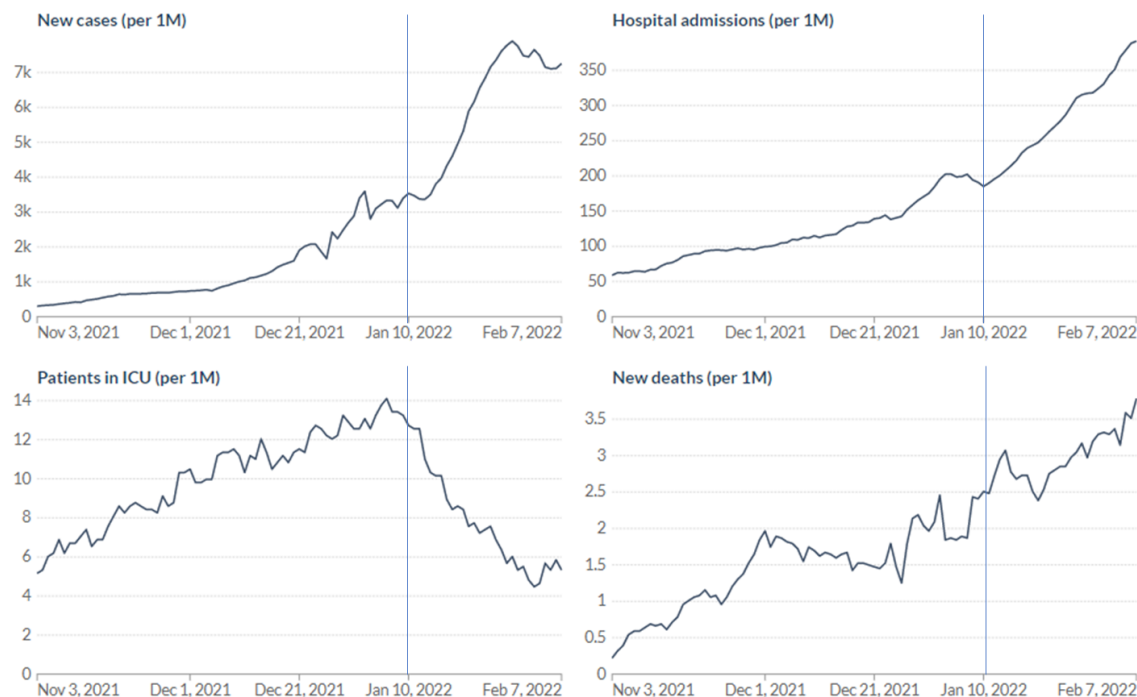
Det ses en nedgang i antall tilfeller meldt fra Hovedstaden, som har hatt høyest insidens av smittetilfeller gjennom hele pandemien, men dette kan skyldes endrede testrutiner. Samme trend sees i de yngste aldersgruppene. Økningen sees nå i de eldre aldersgruppene, spesielt i aldersgruppen 50-79 år og sist uke var økningen hovedsakelig sett på Nord- og Midtjylland¹⁰. SSI antar at den nedadgående trenden i antallet tilfeller som sees i de aldersgruppene og geografiske områdene som tidligere har hatt høyest andel smittede vil fortsette. Samtidig tyder den økende andelen positive prøver på at antallet ukjente tilfeller er økende.

⁷ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20220118-weekly-epi-update-75.pdf?sfvrsn=3f8800dc_5&download=true

⁸ <https://www.ecdc.europa.eu/en/current-risk-assessment-novel-coronavirus-situation>

⁹ <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2022/omikronvarianten-ba2-udkonkurrerer-ba1>

¹⁰ <https://experience.arcgis.com/experience/aa41b29149f24e20a4007a0c4e13db1d/page/Regionalt/>



Figur 14. Antall tilfeller nye tilfeller, nye sykehusinnleggelser, inneliggende på intensiv og nye dødsfall av covid-19 i Danmark per dag per uke fra 3. november til 7. februar. Kilde: Our World in Data.

Videre ser man en risiko for videre økning i antall sykehusinnleggelser og dødsfall, grunnet økende antall tilfeller i de eldste aldersgruppene¹¹. Selv med en økende trend i dødsfall relatert til covid-19, ser man en fallende trend i overdødeligheten i aldersgruppen over 75 år etter at omikronvarianten ble dominerende, jf. figur 17. Dette kom etter en økning i overdødelighet de siste månedene i 2021, mye grunnet deltavarianten¹².

Fra den 1. februar var ikke covid-19 lengre kategorisert som en samfunnskritisk sykdom¹³, og de siste restriksjonene ble løftet. Restriksjonene er byttet ut med en rekke tiltak og anbefalinger som skal bidra i å skåne risikogrupper. Et eksempel er anbefalingen om bruk av hurtigtest før man skal møte mange mennesker, spesielt risikogrupper¹⁴.

England

I England har antall tilfeller vært nedadgående siden starten av januar. Antall sykehusinnleggelser og dødsfall har vært nedadgående siden midten av januar, jf. figur 15¹⁵. Det har vært en høyere andel reinfeksjoner hos deltakerne i den britiske covid-19-undersøkelsen¹⁶ den siste måneden etter at omikron ble dominerende. *Office of National Statistics* (ONS) estimerer at ca. 1 av 20 innbyggere var smittet med covid-19 i uke 3¹⁷. BA.2-varianten er i ferd med å overta for BA.1-varianten.

England løftet de en del av de tidligere restriksjonene den 27. januar og gikk fra plan B til plan. Det er lovpålagt 10 dager isolasjonstid ved covid-19, men dette kan avsluttes etter 5

¹¹ <https://www.ssi.dk/-/media/cdn/files/covid19/tendensrapport/rapport/ugentlige-tendenser-covid19-andre-luftvejs-uge5-2022-4md8.pdf?la=da>

¹² <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2022/doedeligheden-i-danmark-falder>

¹³ Tilsvarer «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» i Norge.

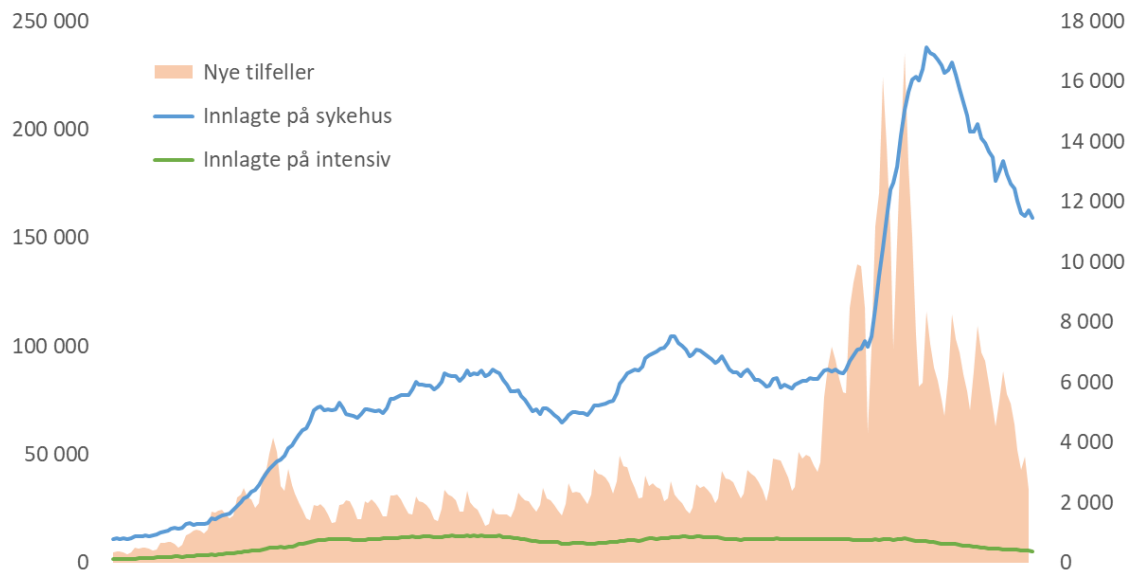
¹⁴ <https://coronasmitte.dk/nyt-fra-myndighederne/pressemoeeder/stm-om-coronasituationen-i-danmark>

¹⁵ <https://coronavirus.data.gov.uk/>

¹⁶ <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/methodologies/covid19infectionsurvey/pilotmethodsandfurtherinformation>

¹⁷ <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/articles/coronaviruscovid19latestinsights/infections>

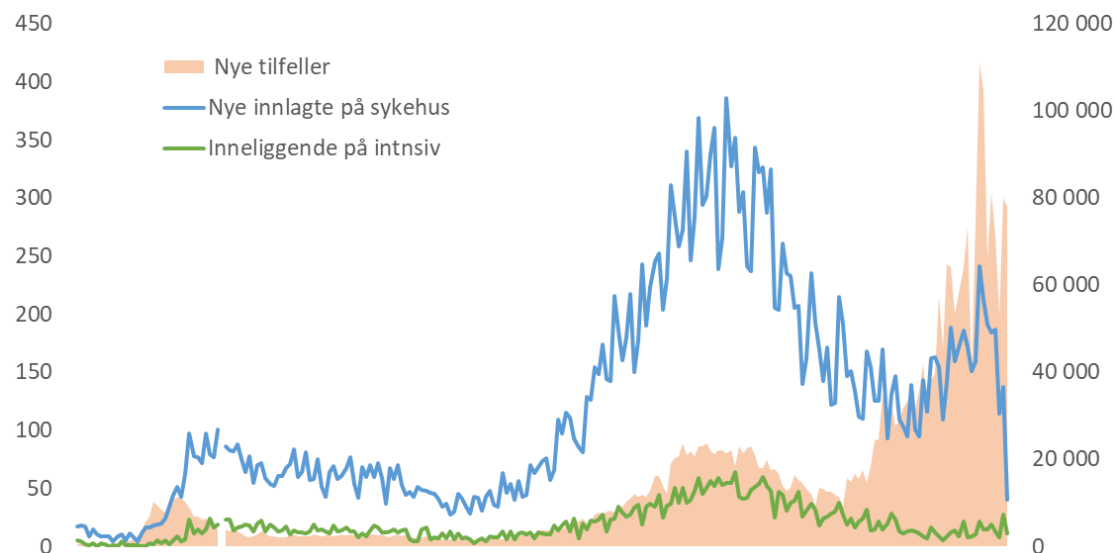
dager ved to negative hurtigtester). Det er fortsatt krav om munnbind i helse og omsorgssammenhenger, ellers er det kun anbefalinger om ulike smitteforebyggende tiltak; som bruk av munnbind i store folkemengder¹⁸.



Figur 15. Daglig antall påviste tilfeller (venstre akse) samt daglig antall inneliggende på sykehus og intensivavdeling i England, 21. juni 2021 – 8. februar 2022.

Nederland

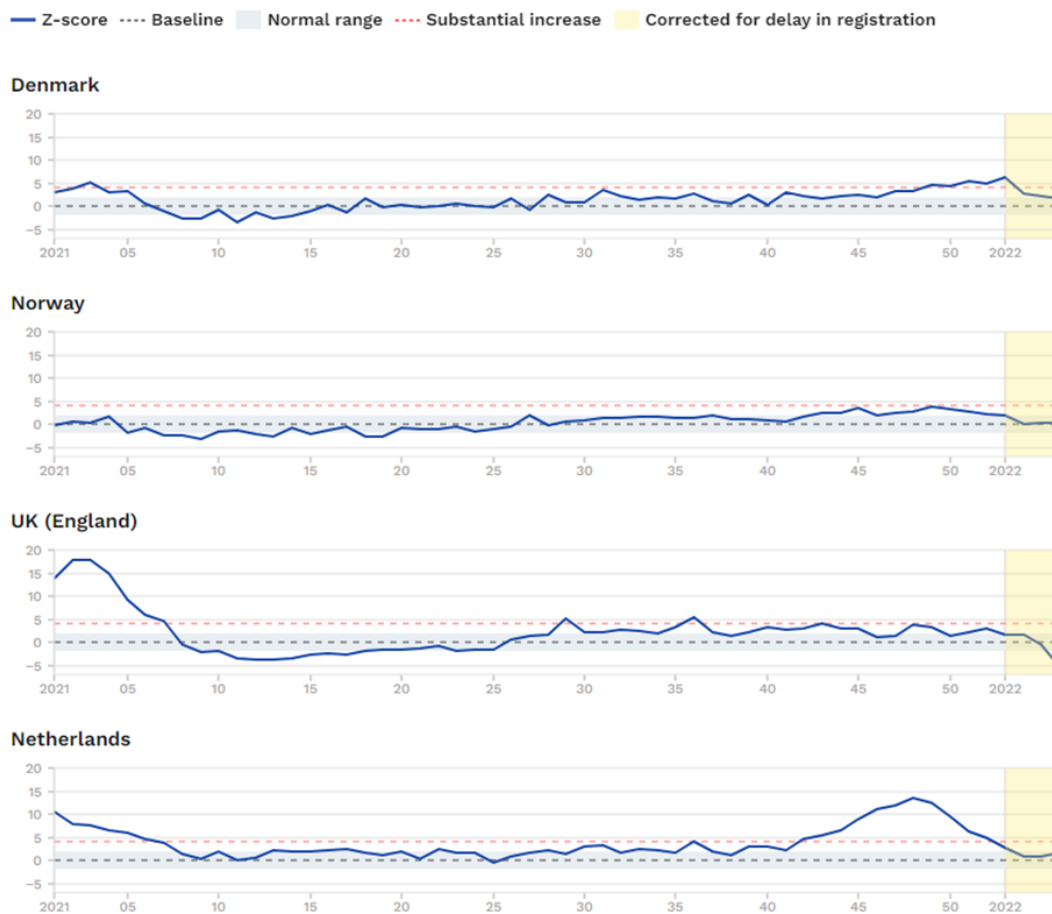
I Nederland er de fleste restriksjoner byttet ut med anbefalinger om avstand og generelle smitteverntiltak. Antall påviste tilfeller og sykehusinnleggelser og belegget på intensivavdelinger synker, jf. figur 16.



Figur 16. Daglig antall innleggelser på sykehus og intensiv (venstre y-akse) samt påviste tilfeller i Nederland, 21. juni 2021 – 8. februar 2022.

¹⁸ <https://www.gov.uk/government/news/england-returns-to-plan-a-as-regulations-on-face-coverings-and-covid-passes-change-today>

Vinterbølgen som er drevet av omikronvarianten, ser ikke ut til å gi økt overdødelighet i landene omtalt i dette kapitlet, jf. figur 17.



Figur 17. Ukentlig overdødelighet vist her som z-score¹⁹ i utvalgte land fra uke 1 2021 til uke 3 2022. Illustrasjon: EUROMOMO.²⁰

3.3 Viktig ny kunnskap

I risikovurderingen 26. januar presenterte vi kunnskapsgrunnlaget om omikronvariantens spredningsevne. Nyere resultater og utviklingen i andre land bekrefter bildet vi ga da. Her refererer vi bare noen av de viktigste nye funnene. Disse gir ikke grunnlag for endringer i vurderingen av epidemien. Kapitlet skal altså leses sammen med forrige notat om risikovurdering.

Sykdomsalvorlighet

En studie fra Folkehelseinstituttet²¹ tyder på at omikronsmittede har bare 0,27 (0,20 – 0,36) av den risikoen deltasmittede har for sykehusinnleggelse. Beskyttelsen mot innleggelse etter to doser vaksine var mindre for omikronsmittede enn deltasmittede. Etter tre doser var beskyttelsen lik.

¹⁹ <https://www.euromomo.eu/how-it-works/what-is-a-z-score>

²⁰ <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/#map-of-z-scores>

²¹ <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.4.2200077>

En tilsvarende studie fra England viser om lag halvert risiko for innleggelse og for død med omikronvarianten sammenliknet med deltavarianten. Tre doser ga god beskyttelse mot innleggelse uansett variant²².

BA.2-varianten og vaksinasjonseffektivitet

Omikronvarianten består av minst tre distinkte undervarianter, hvorav BA.1 og BA.2 er mest utbredt. Det er forskjell på omikron BA.1 som vi nå har erfaring med, og BA.2 som er på vei til å ta over i Norge og Sverige, slik den allerede har gjort i Danmark. Statens Serum Institut vurderer at BA.2 kan være 30% mer smittsom enn BA.1 og at BA.2 gir ca 10% høyere risiko for smitte i husstanden enn BA.1²³.

Vaksineeffektiviteten mot symptomatisk sykdom ser ut til å være den samme for BA.1 som BA.2²⁴.

En ny, ikke-fagfelle-vurdert studie²⁵ sammenlikner evnen av antistoffer fra vaksinerte og BA.1-smittede til å nøytralisere BA.1 og BA.2. Man har studert nøytralisering av kunstige pseudovirus med spikeprotein fra de to undervariantene, og finner at antistoffer fra vaksinerte nøytraliserer både BA.1 og BA.2 mye dårligere enn det opprinnelige viruset som er i vaksinen. Vaksinerte som har vært smittet med omikron BA.1 har antistoffer som nøytraliserer BA.1 nesten like godt som vaksinstammen. For både vaksinerte og BA.1-smittede nøytraliserer antistoffene BA.2 nesten like godt som BA.1. Dette tolkes som at det er en god del antigen likhet mellom de to undervariantene. Det er behov for mer data, inkludert nøytralisering av komplett BA.2 SARS-CoV-2, for å fastslå hvor mye eller lite varianten er endret vis-a-vis vår immunitet.

En studie fra Oslo universitetssykehus og Folkehelseinstituttet²⁶ av deltakerne i omikron-utbruddet på Aker brygge viser at fullvaksinerte har gode T-celleresponser mot omikronvarianten og at det dannes nye hukommelsesceller både mot spikeprotein og andre deler av viruset, noe som tyder på at vaksinasjon og gjennomgått omikron-infeksjon kan gi en bred immunitet også mot andre virusvarianter.

²² https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4025932

²³ https://www.ssi.dk/-/media/arkiv/subsites/covid19/risikovurderinger/2022/risikovurderingba2_28012022.pdf?la=da og <https://en.ssi.dk/news/news/2022/ba2-more-transmissible-than-ba1-vaccinated-less-likely-to-infected-pass-on-infection?s=09>

²⁴

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/105099/9/Technical-Briefing-35-28January2022.pdf

²⁵ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.06.22270533v1.full.pdf>

²⁶ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.13.22269213v1.full?s=09>

4. Risikovurdering for februar - mars 2022

Sykdomsbyrden fra epidemier avhenger av smittestoffets spredningsevne i befolkningen og alvorligheten av sykdom hos dem som blir smittet. Vi vurderer her sykdomsbyrden – eller risikoen – for covid-19-epidemien, influensaepidemien og RSV-epidemien i februar – mars 2022.

4.1 Vurdering for covid-19

Bakgrunn

Ny forskning, erfaring fra andre land og utviklingen i Norge har gjort oss tryggere på våre vurderinger.

Omikronvarianten har betydelig større spredningsevne enn deltavarianten. Det ser ut til å være tre hovedforklaringer til dette:

- **Større immunevasjon** (altså virusets evne til å omgå kroppens immunforsvar) ved omikron enn med delta er nok viktigste grunn. Beskyttelsen mot infeksjon og videre smitte er også kortvarig. Dette betyr at det i vår gjennomvaksinerte befolkning er mange flere som potensielt kan bli smittet med omikronvarianten og føre smitten videre enn det var med deltavarianten.
- **Større iboende smittsomhet** av omikron enn av delta bidrar, for eksempel ved at omikronvarianten i større grad smitter celler i øvre luftveier.
- **Kortere generasjonstid** (som følge av kortere latenstid) bidrar trolig litt, slik at epidemien spres raskere og er vanskeligere å bremse med smittesporing, men dette er det foreløpig ikke sikker kunnskap om. Dette betyr også at R_0 for omikron kan være lavere enn de estimatene som bygger på lengre generasjonstid.

Omikronvarianten gir mindre andel alvorlig sykdom enn deltavarianten. Kontrollert for alder og vaksinasjon kan risikoen for sykdom som trenger sykehusbehandling her i Norge være en firedel og risikoen for sykdom som trenger intensivbehandling være en åttendedel. Dette skyldes:

- **Mindre virulens.** Omikronvarianten har mindre iboende virulens enn deltavarianten. Det kan forklares med at omikronvarianten i mindre grad infiserer lungeceller.
- **Større immunevasjon.** Omikronvarianten smitter i større grad enn deltavarianten folk med noe immunitet fra før. De er ikke godt nok beskyttet mot å bli smittet, men godt beskyttet mot alvorlig sykdom²⁷.

Hittil har vinterbølgen særlig rammet barn, unge og unge voksne. Antallet alvorlige tilfeller kan øke etter hvert som stadig flere blir smittet, og viruset treffer flere eldre, herunder noen uvaksinerte, som er den gruppa som har størst risiko for alvorlig forløp. Det er uunngåelig at flere sykehjem vil bli rammet.

Undervarianten BA.2 av omikronvarianten er i ferd med å bli dominerende i Norge. Vi gjør egne undersøkelser og følger den internasjonale forskningen om BA.2. Det kan se ut til at hovedutfordringen er dens større spredningsevne sammenliknet med BA.1-undervarianten.

²⁷ <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2119682>

Foreløpig konklusjon om BA.2-varianten

BA.2-varianten har større spredningsevne enn BA.1-varianten.

BA.2-varianten ser ut til å ha omtrent samme virulens som BA.1-varianten.

BA.2-varianten er i framvekst og vil bli dominerende variant i løpet av noen uker.

Vurdering

Det er en del usikkerhet i vurderingen av hvor langt vinterbølgen er kommet. Som følge av endringer i testingen og gjennomgående mildere sykdomsbilde er det vanskeligere å bedømme hvor mange udiagnostiserte og uregistrerte tilfeller som forekommer.

En samlet vurdering av tilgjengelige overvåkingsdata, modelleringsscenarier og erfaringer fra andre land kan tilsi at epidemien fortsatt vokser, men ikke lenger så raskt som i januar. Det er for tidlig å vurdere effekten av at en rekke kontaktreduserende tiltak ble fjernet 1. februar. Videre har vi ennå ikke sett den fulle effekten av at den mer spredningsvillige BA.2-varianten er i ferd med å erstatte BA.1-varianten. Vinterferieukene kan legge en demper på spredningen.

Vi vet ikke når epidemien når toppen og hvor lenge denne bølgen vil vare. Hele landet vil ikke nå bølgetoppen samtidig.

Vi må uansett vente mange innleggelser i ukene framover, både av covid-19-syke og av andre pasienter med tilfeldige funn av SARS-CoV-2-infeksjon. Den viktigste belastningen fra epidemien kan likevel være fraværet av arbeidstakere når mange er syke samtidig.

Risikovurdering for covid-19

Vi regner med at epidemien vil øke enda noen uker, eventuelt med noe utflating i vinterferieukene, før denne bølgen snur og når et lavt nivå i slutten av mars.

Vi regner med at vinterbølgen vil smitte tre-fire millioner mennesker, og at rundt en halv million kan smittes i de verste ukene. Vi tror at noen tusen vi trenge sykehusbehandling, men at sykehusene aldri vil ha flere enn tusen samtidig innlagt totalt og heller ikke flere enn hundre pasienter samtidig på respirator. I tillegg kommer pasienter med andre innleggelsesårsaker, men påvist SARS-CoV-2-infeksjon.

Størrelsen på vinterbølgen kan nå påvirkes særlig av smitteverntiltak og befolkningens egenvalgte atferdsendringer. Nyten av tiltak er å redusere bølgetoppen og forlenge bølgen, men bare i liten grad å redusere antall smittede til sammen.

Konsekvensene av vinterbølgen for *samfunnet* er særlig økt belastning på fastlegene, hjemmebaserte tjenester, sykehjemmene og sykehusene, men også på resten av samfunnet ved at mange flere må være borte fra arbeidet på grunn av sykefravær og isolering. For *individene* er konsekvensene at mange blir smittet tidligere enn de ellers ville blitt.

Etter vinterbølgen må vi regne med en ny bølge av denne varianten, trolig til høsten eller vinteren, eller en ny bølge av en ny variant allerede i sommerhalvåret. Befolkningens grunnimmunitet vil sannsynligvis beskytte godt mot alvorlig sykdom, uansett variant.

4.2 Vurdering for influensa

Spredningspotensialet, målt ved R_e , bestemmes av balansen mellom virusets iboende spredningsevne og immunitet i befolkningen (nivå og utbredelse, fra tidligere infeksjoner med liknende virus og fra vaksinasjon) på den ene siden og befolkningens atferd (hygiene og kontakthypighet) på den andre siden:

- **Immunitet i befolkningen.** Immunitet i befolkningen påvirker både influensavirusenes spredningsevne og den individuelle sykdomsalvorligheten. Tiltakene mot covid-19 gjorde at influensaepidemien i 2019-20 ble avsluttet tidligere enn normalt og at den uteble helt i 2020-21. Dermed er det mindre immunitet i befolkningen etter infeksjon enn normalt. Det har imidlertid de to siste årene vært betydelig større vaksinasjonsoppslutning enn årene før. Det er usikkert hvor godt vaksinasjon beskytter mot smitte og alvorlig sykdom.
- **Atferd i befolkningen.** Vinterens covid-19-begrunnede råd og regler om redusert kontakt, herunder rådet om å være hjemme ved symptomer, samt folks egeninitierte atferdsendringer har presset R_e for influensa under 1. I tillegg kan redusert reisevirksomhet ha bremsert import av nye virus.
- **Virusenes egenskaper.** Vi vet ikke nok om den iboende smittsomheten til de sirkulerende variantene av influensavirus A(H3N2) og B/Victoria. Det er ukjent om influensaepidemien vil påvirkes av covid-19-epidemien gjennom såkalt viral interferens²⁸ (altså at kroppens medfødte infeksjonsforsvar mer effektivt stopper nye virus når det på samme tid eller nylig er utsatt for et annet virus, slik at to epidemier ikke klarer å bre seg like godt samtidig). Hvis SARS-CoV-2 induserer betydelig viral interferens mot influensa, kan det omfattende covid-19-utbruddet fortsette å begrense influensavirusenes mulighet til å spre seg smitte selv når kontaktreduserende tiltak trappes ned.

Sykdommens alvorlighet bestemmes av virusets virulens og de smittedes immunitet. Siden det er mindre immunitet i befolkningen, kan en eventuell epidemi denne vinteren gi høyere andeler med alvorlig sykdom. Det gjelder særlig blant barn under 4 år, som sammen med de eldre, normalt er særlig utsatt for alvorlig influensa.

Det er høyst uvanlig at influensaepidemien ikke er i gang i begynnelsen av februar. Selv om det påvises noen influensavirus og noen alvorlige tilfeller, er det ikke blitt noen epidemi ennå. Dersom et influensautbrudd begynner nå som covid-19-tiltakene trappes ned, vil det ta mange uker før det kan vokse seg stort, og da vil både vinterferieukene og etter hvert sesongeffekten slå inn slik at epidemien bremses igjen.

Risikovurdering for influensa

Det er vanskelig å vurdere risikoen for en influensaepidemi denne sesongen. Det er svært uvanlig at vi i begynnelsen av februar ennå ikke har sett starten av epidemien. Årsakene kan være tiltak mot covid-19-epidemien samt influensavaksinasjon, og muligens viral interferens.

Det er nå trolig at influensaepidemien og sykdomsbyrden den forårsaker, blir liten også denne vinteren. Selv om epidemien skulle bli liten, kan den gi mer alvorlig sykdom blant de smittede, særlig hos små barn. Det er nå flere barn som aldri har møtt influensavirus før.

Dersom influensaepidemien uteblir denne vinteren også, vil neste vinters epidemi kunne bli betydelig større på grunn av lite immunitet i befolkningen.

²⁸ https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/28/2/21-1727_article

Når de kontaktreduserende tiltakene mot covid-19-epidemien trappes ned, øker risikoen for influensaspredning. Det bør fortsatt planlegges for at det kan komme mer influensa i februar – april, men sannsynligheten for et omfattende utbrudd minker for hver uke som går.

4.3 Vurdering for RS-virusinfeksjon

I en normal sesong, som regel i perioden mellom november til mars, er det mellom 1000 og 2000 barn som trenger innleggelse for RSV-infeksjon. De fleste er under ett år og de aller fleste under fem år.

Siden det ikke var noen skikkelig epidemi vinteren 2020-21, var det et nytt årskull av barn uten eksponering i det hele tatt, og flere eldre årskullene med mindre eksponering enn normalt. Dermed var det høsten 2021 mange flere immunologisk naive barn enn normalt.

Dette førte til en stor smittebølge i oktober/november 2021 med til 2507 innleggelser i sykehus av barn i alderen 0-4 år og 76 innleggelser blant barn i alderen 5-17 år. Dette var om lag 30 % flere enn under tidligere store utbrudd av RSV-infeksjon. På det meste, i uke 44, var det nye 405 innleggelser blant barn.

De aller fleste innlagte barna var i første leveår, slik det også er normalt, og disse har behov for både respirasjons- og ernæringsstøtte. Det har imidlertid også vært flere innleggelser enn normalt i småbarnsalderen (andre og tredje leveår).

Mye av «immunitetsgjelden» fra pandemitiden er nå sannsynligvis gjort opp blant barn i barnehagealder.

Risikovurdering for RS-virusinfeksjon

Vi vurderer at det er liten risiko for noen ny epidemi av RSV-infeksjon i vinter.

5. Videre håndtering av epidemien

Vi bygger her videre på den utførlige drøftingen i risikovurderingen av 26. januar om den videre håndteringen av epidemien.

Utgangspunktet er regjeringens mål og prinsipper for arbeidet mot covid-19-epidemien i Norge²⁹.

Regjeringens mål for arbeidet mot covid-19-epidemien

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

Vinterbølgen av covid-19-epidemien er i gang, drevet av omikronvarianten. Mange pasienter og mye fravær belaster kommunehelsetjenestene. Det er også mye fravær i barnehagene, skolene og andre virksomheter. Sykehusene har nokså moderat belastning fra pasienter, men mye sykefravær.

Konsekvensene av vinterbølgen kan reduseres gjennom robusthet og kontinuitetsplanlegging i sykehusene, kommunehelsetjenesten og andre virksomheter.

Premissene for håndtering av epidemien har endret seg de siste par månedene med omikronvariantens påvirkning av epidemien og sykdomsbildet:

- Epidemien har nå veldig stor spredningsevne, og den vil bli enda større med BA.2-varianten. Siden viruset smitter så lett nå, ville det ha krevd sterke og langvarige smitteverntiltak for å bremse epidemien. Videre må man nå forebygge mange flere smittetilfeller for å forebygge én sykehusinnleggelse. Tiltakene som skal til for å kunne redusere sykdomsbyrden, vil dermed måtte være omfattende og inngripende og neppe forholdsmessige i denne situasjonen.
- SARS-CoV-2-infeksjon gir nå jevnt over mildere sykdom enn tidligere, iallfall hos vaksinerte. Selv om mange flere blir smittet, er den samlede sykdomsbyrden ikke urimelig stor. Sykehusene er forberedt på å behandle et høyere antall nye pasienter med covid-19.
- De aller fleste voksne som ønsker det, har nå vaksinert seg eller kan nå velge å vaksinere seg med to eller tre doser og dermed bli så godt beskyttet som det nå er mulig å bli med vaksinasjon.
- Tiltakene mot epidemien koster mye, innskrenker friheten og er på noen måter og for noen grupper sannsynligvis verre enn epidemien ville vært. Tiltak har vært nødvendig, dels av føre var-hensyn, for å begrense sykdomsbyrden og belastningen på helsetjenesten.
- Kommunene og sykehusene er belastet med stort sykefravær, men ser så langt ut til å håndtere dette greit og har planer for en eventuell større belastning.

²⁹ Strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien. 30.11.2021.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/dee8c25ba49f4e21add931746e04f7fb/regjeringens-strategi-og-beredskapsplan.pdf>

- Dersom mange uansett skal bli smittet, er det bedre å bli det mens beskyttelsen fra tredje dose er stor. Infeksjon etter andre dose (for unge) eller tredje dose (for eldre) gir trolig bredere beskyttelse videre enn enda en dose.
- Kraftig bremsing av epidemien nå kan bety at mange hundre tusen ikke blir smittet nå, men seinere. Problemet forskyves. Det er ingen klare fordeler med en slik utsettelse.
- Vi overvåker epidemien og nye varianter og kan justere tiltakene dersom det skulle bli nødvendig.

Konklusjon og anbefaling

Spredningsevnen til epidemien er nå så stor at en betydelig bremsing av epidemien ville ha krevd svært sterke tiltak over tid.

Det er ingen klare fordeler med å forskyve epidemien ut i tid.

Samfunnet kan i løpet av kort tid gå tilbake til normal hverdag uten særlige smitteverntiltak mot covid-19 uten at det vil gi betydelig økt sykdomsbyrde fra covid-19.

Grupper med økt risiko for alvorlig forløp bør sikres god vaksinasjon og gode råd for atferd som reduserer smittefaren gjennom vinterbølgen.

Epidemien må overvåkes, og helsetjenestene og andre virksomheter må ha beredskap for forverring og stort fravær.

Befolkningen bør være forberedt på samt vise forståelse for at tjenester kan ta lenger tid enn normalt, og at virksomheter kan være mindre tilgjengelige.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Februar 2022
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider
www.fhi.no