SUNDHEDSSTYRELSEN

Retningslinjer for håndtering af COVID-19

Denne retningslinje er baseret på tilgængelig information pr. 24. februar 2020, og vil blive opdateret ved behov[1].

24. februar 2020

Sagsnr. 04-0101-15/
E enhedeub@sst.dk

Baggrund
COVID-19 er en ny sygdom hos mennesker, der første gang blev påvist i den kinesiske millionby Wuhan i december 2019 på baggrund af en ophobning af tilfælde af svær lungebetændelse. Primo januar 2020 blev det påvist, at sygdomstilfældene skyldtes en virus af coronafamilien, som ikke tidligere var set hos mennesker.

Den nye virus' arvemasse blev hurtigt kortlagt, og der er stort overlap med den virus, som forårsagede udbrud af SARS i 2002-2003. Den nye coronavirus formodes at stamme fra flagermus og kan have smittet til menneske gennem et andet dyr (mellemvært), som kan være solgt på det fødevaremarked i Wuhan, som de første tilfælde kan spores tilbage til.

Udbruddet har siden januar 2020 udviklet sig hurtigt, særligt i Kina, og der er set smittekæder samt mere vedvarende lokal smitte i andre lande. Da det er en nyt virus formodes verdensbefolkningen at være modtagelig for smitte, hvilket øger potentialet for spredning over landegrænser og kontinenter (pandemisk potentiale).

Verdenssundhedsorganisationen, WHO, erklærede d. 30. januar at udbruddet af COVID-19 er en Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) på linje med enkelte tidligere udbrud som influenza-pandemien i 2009, udbruddet af ebolavirussygdom i 2014 og 2018 samt zika-udbruddet i 2016.

WHO navngav d. 11. februar den nye sygdom som "Coronavirus disease 2019 (COVID-19)", mens virus, der forårsager sygdom, benævnes "Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)" pga. slægtskabet med det virus, der forårsager SARS.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

[1] Gældende vejledning kan altid tilgås på sst.dk/corona

Epidemiologi
Coronavirus er generelt en familie af vira, der kan være årsag til alt fra milde forkølelser til alvorlige nedre luftvejsinfektioner med mulig dødelig udgang.

SARS-CoV-2 er blevet påvist i miljøprøver fra dyremarkedet i Wuhan, men smittekilden på markedet er ikke påvist. På baggrund af genetiske analyser af virus mener man, at SARS-CoV-2 er blevet introduceret til mennesker på markedet, og herefter er smittespredningen sket imellem mennesker.

Inkubationstiden for COVID-19 er mellem 2 og 12 dage med en median tid omkring 5-7 dage.

SARS-CoV-2 smitter ved dråbesmitte og kontaktsmitte ligesom andre humane coronavirus. I lighed med influenza smitter SARS-CoV-2 ved person-til-person smitte, men generationstiden SARS-CoV-2 er længere end for influenza på grund af den længere inkubationstid for SARS-CoV-2.

I modsætning til mere alvorlige coronasygdomme som SARS og MERS har den nye COVID-19-sygdom et meget bredt spektrum af sygdomsmanifestationer, hvor de fleste smittede kun har lette eller moderate symptomer på øvre luftvejsinfektion. Meget tyder på, at personer med COVID-19 smitter selv i meget tidlige sygdomsstadier i modsætning til f.eks. SARS, hvor patienter først blev smittefarlige sent i sygdomsforløbet.

Dødeligheden (case-fatality rate) blandt registrerede tilfælde i Kina er omkring 2%. Men manglende registrering af milde tilfælde må forventes at overestimere dødeligheden betydeligt.

Overlevelseetiden for SARS-CoV-2 på overflader er endnu ukendt, men for praktiske formål regnes med en overlevelsestid på 48 timer. Virus formodes at være følsomt over for desinfektion med ethanol.

Klinisk billede
COVID-19 kan vise sig ved alt fra milde symptomer på øvre luftvejsinfektion til svære nedre luftvejsinfektioner.

Typiske symptomer er feber, hoste, ondt i halsen, hovedpine, muskelømhed og åndenød. Sygdommen kan udvikle sig til acute respiratory distress syndrome (ARDS), sepsis (blodforgiftning) og multiorgansvigt med dødelig udgang. Der er beskrevet øget risiko for alvorlige sygdomsforløb hos ældre mennesker, immunsupprimerede og mennesker med kroniske sygdomme herunder hjerte-kar sygdom.

Der findes ikke vacciner eller lægemidler til specifik behandling af COVID-19, og behandlingen er derfor understøttende.

Case definition

COVID-19 skal mistænkes hos personer, der opfylder følgende kriterier:

Ophold inden for de sidste 14 dage før symptomdebut i områder [2], hvor der formodes at være udbredt transmission af SARS-CoV-2

ELLER

Har inden for de seneste 14 dage før symptomdebut haft tæt kontakt med en person, som er mistænkt for, eller har fået påvist, COVID-19

OG

Har symptomer på akut indsættende luftvejsinfektion med feber (≥38 grader), og enten hoste, ondt i halsen, åndenød eller andre symptomer og kliniske fund, der kan give mistanke om COVID-19

Diagnosen bekræftes ved:

Påvisning af SARS-CoV-2 i prøvemateriale fra trachealsekret eller andet relevant materiale, se nedenfor

Tætte kontakter defineres som:

- Personer fra samme husstand person, som er mistænkt for, eller har fået påvist, COVID-19
- Personer med direkte fysisk kontakt (f.eks. givet hånd) til person, som er mistænkt for, eller har fået påvist, COVID-19
- Person som har haft ubeskyttet direkte kontakt med smittefarlige sekreter fra person, som er mistænkt for, eller har fået påvist, COVID-19, fx blevet hostet på, berørt brugt lommetørklæde m.v.
- Personer med tæt kontakt "ansigt-til-ansigt" inden for 2 meter i mere end 15 minutter, f.eks. samtale, person, som er mistænkt for, eller har fået påvist, COVID-19
- Person som har været i et lukket miljø fx et klasseværelse, mødelokale m.v. i mere end 15 minutter og med mindre end 2 meters afstand fra person, som er mistænkt for, eller har fået påvist, COVID-19
- Sundhedspersonale og andre, som har deltaget i plejen af en patient med COVID-19 og ikke har benyttet værnemidler på de foreskevne måder.
- Passagerer i fly siddende 2 sæder til alle sider inkl. modsatte side af gang fra person, som er mistænkt for, eller har fået påvist, COVID-19, samt personale, der har håndteret den pågældende sektion.

[2] Som defineret af European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), se: https://www.ecdc.europa.eu/en/areas-presumed-ongoing-community-transmission-2019-ncov. Indtil opdatering af ECDCs liste som forventes i løbet af dagen d. 25. februar kan 'Bilag til Retningslinje for håndtering af COVID-19 af 24. februar 2020 anvendes', kan tilgås på sst.dk/corona.

Visitation
Patienter, der opfylder kriterierne for mistanke jfr. ovenfor, skal umiddelbart henvises til vurdering og evt. indlæggelse på infektionsmedicinsk afdeling ved et af følgende sygehuse[3]:

- Rigshospitalet (Blegdamsvej)
- Hvidovre Hospital
- Aarhus Universitetshospital (Skejby)
- Aalborg Universitetshospital (Syd)
- Sjællands Universitetshospital (Roskilde)
- Odense Universitetshospital (Odense).

Håndtering af patienter hos praktiserende læger, i lægevagtsklinikker, på akutmodtagelser m.v.
Personer, hvor COVID-19 overvejes jf. ovenstående kriterier, bør visiteres telefonisk, med indhentning af oplysninger om rejsemål, smitterisiko, symptomdebut og symptomer. For at undgå at patienter møder uvisiteret op hos praktiserende læger, akutklinikker, lægevagtsklinikker m.v. er det vigtigt at sikre en anamnese, der afdækker mulige ekspositioner for SARS- CoV-2. Patienter skal viderevisiteres telefonisk direkte til infektionsmedicinsk afdeling.

Den praktiserende læge, lægevagt, læge i akutmodtagelse m.v., skal kontakte relevant infektionsmedicinske bagvagt på infektionsmedicinsk afdeling, som vil rådgive vedr. indlæggelse og transport.

Hvis en patient undtagelsesvist møder fysisk op hos praktiserende læger, akutmodtagelser, lægevagtsklinikker m.v., og hvor patienten opfylder kriterierne for mistanke jfr. ovenfor skal der iværksættes følgende hygiejniske forholdsregler:

- Patienten placeres på enestue eller bag rumadskillelse, der kun besøges af nødvendigt personale.
- Der udleveres almindelig kirurgisk maske uden udåndingsventil, som patienten selv påsætter.
- Hvis muligt, skal sygehistorie og almentilstand vurderes på afstand.
- Ved stabile patienter skal personalet så vidt muligt undgå tæt kontakt.

Ved frontpersonel med kontakt til borgere fx politi, ansatte i lufthavne etc.gælder samme forholdsregler.

Særligt for akutklinikker eller akutmodtagelser, hvor der opstår akut behov for direkte håndtering af patienter:

[3] Sundhedsstyrelsens specialvejledning for intern medicin: infektionsmedicin, jfr. regionsfunktion nr. 4, se: https://www.sst.dk/da/viden/specialeplanlaegning/gaeldende-speciale-plan/specialeplan-for-intern-medicin-infektionsmedicin

Ved behov for direkte håndtering af patienten, bør personalet bære smittebeskyttelsesudstyr i form af handsker, væskeafvisende, langærmet engangsovertrækskittel, kirurgisk maske og visir/beskyttelsesbriller[4]. Ved aerosolproducerende procedurer af luftveje fx intubation, bronkoskopi eller trakelasugning bør personalet bære FFP3 maske.

Før og efter kontakt med patienten udføres håndhygiejne med alkoholbaseret hånddesinfektionsmiddel. Såfremt hænderne er synligt forurenede eller fugtige udføres håndvask med sæbe før hånddesinfektion.

Ved rengøring samt ved håndtering af tekstiler og affald bæres beskyttelse som ved patienthåndtering. Rengøring foretages med vand og sæbe, og derefter desinficeres med klorholdigt produkt (min. 1.000 ppm). Tekstiler kan desinficeres ved min. 80 graders vask.

Håndtering af patienter ved ankomst med fly

Ved mistanke om person med COVID-19 på ankommende fly til danske lufthavne[5] alarmerer lufttrafiktjenesten det stedlige politi, der indhenter indledende oplysninger om antal syge, de rejsendes færden (ophold hvor, hvornår, nationalitet) og sygdomstegn (fx feber, hoste).

Politiet alarmerer herefter AMK og Styrelsen for Patientsikkerhed. I beredskabsplanen for den enkelte lufthavn kan anden procedure dog være aftalt.

AMK disponerer relevant præhospitalt beredskab til at vurdere passageren og transportere til sygehus.

AMK og Styrelsen for Patientsikkerhed etablerer kontakt, og AMK alarmerer desuden infektionsmedicinsk afdeling på Hvidovre Hospital (for fly ankommende til Københavns Lufthavn, Kastrup) eller nærmeste infektionsmedicinske afdeling jfr. ovenfor for øvrige lufthavne.

Styrelsen for Patientsikkerhed skal, i samarbejde med politi, lufthavnsmyndighed og flyselskab, sikre at patientens sædenummer kendes, og at de relevante passagerer og flypersonale identificeres.

Hvis COVID-19 bekræftes hos en flypassager kontaktes de relevante medpassagerne samt flypersonale efterfølgende af Styrelsen for Patientsikkerhed med henblik på håndtering og opfølgning som kontakter.

[4] Det er regionenes ansvar om nødvendigt at tilvejebringe dette udstyr.

[5] Jf også "Bilagsdel til rapporten: Det internationale sundhedsregulativ – gennemført struktur og praktik i dansk beredskab", Sundhedsstyrelsen, 2012.

Ambulancetransport til infektionsmedicinsk specialafdeling
Ved ambulancetransport af patient med mistanke om COVID-19 bør:

- Patienten - hvis muligt - påføre sig selv en almindelig kirurgisk maske uden udåndingsventil.
- Båren beklædes med et ikke-permeabelt engangsplastunderlag eller lignende.
- Ikke-nødvendigt udstyr i ambulancen fjernes eller overdækkes med plastik.
- Såfremt forholdene tillader det, bør patienten selv gå ind og ud af ambulancen, og selv påsætte maske.
- Håndtering af patienten begrænses til så få personer, og så få procedurer, som det er fagligt forsvarligt.

Ambulancepersonale med direkte patientkontakt bør bære smittebeskyttelsesudstyr i form af handsker, væskeafvisende, langærmet engangsovertrækskittel, kirurgisk maske og visir/beskyttelsesbriller. Ved aerosolproducerende procedurer fx behov for akut håndtering af luftveje bør personalet bære FFP3 maske.

Patienten bør modtages på enestue i isolation, og altid udenom akutmodtagelse.

Efter transporten rengøres ambulancen med vand og sæbe, og der foretages desinfektion med et klorholdigt produkt (minimum 1.000 ppm). Spild af kropsvæsker optørres straks med absorberende materiale efterfulgt af pletdesinfektion med klorholdigt produkt (minimum 1.000 ppm).). Ved rengøring samt håndtering af tekstiler og affald bæres beskyttelse som ved patienthåndtering.

Affald bortskaffes ved det modtagende sygehus sædvanlige retningslinier[6]. Linned og øvrige tekstiler emballeres i gelatine- eller plastpose og lægges til vask. Personalet ved infektionsmedicinsk afdeling yder ved behov assistance og rådgivning vedr. de hygiejniske forholdsregler.

Håndtering på infektionsmedicinsk specialafdeling
Patienten med mistanke om eller bekræftet COVID-19 modtages på enestue i isolation og håndteres i henhold til retningslinjer for dråbeinfektion[7]. Håndtering af patienten begrænses til så få personer og så få procedurer, som det er fagligt forsvarligt.

Ved direkte patientkontakt bør personale bære smittebeskyttelsesudstyr i form af handsker, væskeafvisende, langærmet engangsovertrækskittel, kirurgisk maske og visir/beskyttelsesbriller.

Ved aerosolproducerende procedurer som fx intubation og anden håndtering af luftveje, trakealsugning, svælgpodning, bronkoskopi m.v. bør personalet bære FFP3 maske.

Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om præhospital infektionshygiejne, Statens Serum Institut, 2016, se hygiejne.ssi.dk/NIRpraehospital
[7] https://hygiejne.ssi.dk/NIRsupplerende

Personalet bør være trænet og erfarent i brug af isolationsstuer samt i brug af beskyttelsesudstyr, herunder korrekt på- og aftagning af værnemidler.

Til patientbehandling bør anvendes engangsudstyr i det omfang det er muligt. Alternativt anvendes personbundet udstyr, som dekontamineres i isolationsstuens skyllerum eller bringes til skyllerum i plastpose med henblik på rengøring og desinfektion i varmedekontaminator. Ved kemisk desinfektion anvendes klorholdigt desinfektions-middel (minimum 1000 ppm).

Infektionsmedicinsk speciallæge foretager for hver patient en individuel risikovurdering, og beslutning om smittefrihed og udskrivelse træffes ved infektionsmedicinsk speciallæge.

Hjemmebehandling i isolation

I lyset af den viden der findes på nuværende tidspunkt vil mange patienter med COVID-19, særligt unge og i forvejen raske, kunne forventes at have lette symptomer uden behov for behandling på hospital. Patienter med mistanke om eller brkræftet COVID-19 kan udfra en konkret vurdering ved infektionsmedicinsk speciallæge udskrives til observation i hjemmeisolation, også før formodet smittefrihed. Dette er bl.a. også af hensyn til at forebygge sygehussmitte og friholde sygehuskapacitet til de meste syge patienter.

Observation under isolation for patienter uden behov for sygehusbehandling, er muligt både for patienter, der er under udredning for COVID-19, f.eks. mens prøvesvar afventes, eller hos patinetner med bekræftet COVID-19. Observation under hjemmeisolation vil basere sig på en individuel vurdering ved speciallæge i infektionsmedicin og forudsætter, at patienten er stabil og ikke har underliggende sygdom, der øger risikoen for komplikationer. Behandlingsansvaret for patienter, der observeres under hjemmeisolation, forbliver hos den infektionsmedicinske afdeling, der har vurderet patienten, som samtidig skal sikre at patienten umiddelbart kan kontakte afdelingen mhp. vurdering og evt. indlæggelse.

Konkret vurdering af observation i hjemmeisolation skal bl.a. baseres på patientens symtpmer og helbred, , sociale situation, evne til at forstå og efterleve givne anvisninger. Der skal desuden tages hensyn til husstandens fysiske forhold, herunder separate værelse, separate toiletfaciliteter m.v., såldesd at det kan sikres at den smittede ikke har kontakt til øvrige personer i husstand eller på matrikel. Hvis husstanden omfatter personer der kan være i risiko for kompliceret sygdom med COVID-19 kan dette tale imod hjemmeisolation.

Laboratoriediagnostik

Laboratoriediagnostik for SARS-CoV-2 skal som udgangspunkt udføres efter konkret vurdering ved infektionsmedicinsk speciallæge. Laboratoriediagnostik skal som udgangspunkt ikke foretages på personer uden symptomer herunder asymptomatiske kontakter.

Laboratorie diagnostik skal udføres på trakealsekret eller andet materiale fra nedre luftveje (prøvemateriale ved trakealsug eller bronkoalveolær lavage). Kan der ikke skaffes materiale fra de nedre luftveje umiddelbart, bør der foretages laboratoriediagnostik på svælgpodning.

Det er vigtigt, at der parallelt foretages differetial diagnostiske laboratorietest for generelle luftvejsinfektioner for at øge specificiteten af en negativ SARS-CoV-2 test.

Trakealsekret til PCR-diagnostik for SARS-CoV-2 skal tages i almindeligt trakealrør.

PCR-undersøgelse for SARS-CoV-2 kan varetages på Statens Serum Insitut, efter forudgående aftale, eller på de klinisk mikrobiologiske afdelinger på:

- Rigshospitalet (Blegdamsvej)
- Hvidovre Hospital
- Aarhus Universitetshospital (Skejby)
- Aalborg Universitetshospital (Syd)
- Odense Universitetshospital (Odense)

Der skal sikres akut svar i vagten herunder også i weekend og på helligdage.

Ved positiv prøve for SARS-CoV-2 skal der førstkommende hverdag sendes prøvemateriale til Statens Serum Institut mhp. konfirmatorisk test, typning, gensekventering m.v. Transporten kan foregå med SSI-bilen alle hverdage.

Anmeldelse

Begrundet i sygdommens kliniske billede og pandemiske potentiale m.v. kan COVID-19 sammenligne med præ-pandemisk influenza, som er opført på epidemilovens liste B.

Mistanke om COVID-19 skal ikke anmeldes.

Tilfælde af COVID-19, hvor diagnosen er bekræftet ved undersøgelse af prøvemateriale for SARS-CoV-2. skal straks anmeldes telefonisk. Det følger af nærværende retningslinje, at en person mistænkt for COVID-19 skal henvises til infektionsmedicinsk afdeling, hvorfor anmeldepligten påhviler den behandlende læge på infektionsmedicinsk afdeling.

Anmeldelse skal foretages selvom tilfældet har en mild form, eller ikke er fuldt udviklet (abortivt).

Den læge, der har behandlingsansvar for patienten, skal straks anmelde tilfældet telefonisk til Styrelsen for Patientsikkerhed nærmest patientens opholdssted)). Uden for dagstid kontaktes beredskabsvagten i Styrelsen for Patientsikkerhed (72227450 for Region Hovedstaden og Region Sjælland, , 72227970 for Region Nord og Region Midt og 70227950 for Region Syd).

Styrelsen for Patientsikkerhed skal umiddelbart herefter telefonisk orientere Sundhedsstyrelsen.

Efterfølgende skal tilfældet anmeldes skriftligt til Styrelsen for Patientsikkerhed og Statens Serum Institut, Afdeling for Infektionsepidemiologi og Forebyggelse, ved brug af formular 1515.

Håndtering af tætte kontakter

Styrelsen for Patientsikkerhed varetager opsporing og håndtering af raske nære kontakter til patienter med bekræftet COVID-19, og iværksætter følgende:

- Informerer om COVID-19 og hvilke symptomer man skal være opmærksom på, herunder feber og/eller tegn på luftvejsinfektion, til og med 14. dag efter kontakt.
- Etablerer frivillig karantæne, f.eks. som hjemmekarantæne
- Etablere aktiv overvågning med daglig opsøgende kontakt fra sundhedspersonale i til og med 14. dag efter kontakt med den syge. Ved aktiv overvågning forstås daglig, opsøgende kontakt fra sundhedsperson eller sundhedsmyndighed mhp. sikring af at råd og anvisninger følges, herunder daglige temperaturmålinger m.v.
- Fraråde tæt kontakt med andre mennesker, herunder også evt. husstandsmedlemmer.

Såfremt personen har tæt kontakt med andre personer i husstanden, vil alle i husstanden være omfattet af samme forholdsregler.

Karantænes konkrete form aftales udfra en individuel vurdering. Med karantæne frarådes udgang fra afgrænset lokalitet såsom eget hjem, afgrænset matrikel, afgrænset boligenhed m.v. Ofte anvendes hjemmekarantæne, og såfremt de konkrete forhold i og omkring bopælen tillader dette, og det vurderes, at den pågældende person vil være let tilgængelig for aktiv overvågning.

Hvis forholdene i og omkring hjemmet ikke er hensigtsmæssige for hjemmekarantæne, herunder bolig med mange øvrige beboere, sammenhængende boligenheder med fællesfaciliteter som f.eks. kollegieværelser, eller såfremt personen er boligløs eller ikke har bopæl her i landet, kan passende hotelværelser eller et af de af regionen planlagte karantænefaciliteter anvendes.

Den daglige opsøgende kontakt varetages af regionalt sundhedspersonale, med reference til Styrelsen for Patientsikkerhed.

Ved behov for vurdering af et stort antal mulige kontakter, og for håndtering af et større antal udsatte for høj smitterisiko, kan det overvejes om den regionale karantæneplan skal tages i brug mhp. anvendelse af regional karantænefacilitet.