



Retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet



30. juni 2021

Retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet

30. juni 2021

© Sundhedsstyrelsen, 2021.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-293-9

Sprog: Dansk

26. reviderede udgave af retningslinjen

Versionsdato: 30.06.2021

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Juni 2021

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
Opdateringer	5
Baggrund	6
1.1. Formål og målgruppe.....	6
1.2. Vidensgrundlag.....	6
2. Epidemiologi og smitteforhold	8
2.1. Epidemiologi.....	8
2.2. Smitteforhold.....	9
2.3. Immunitet efter overstået SARS-CoV-2 infektion og vaccination.....	10
3. Sygdomsforløb ved COVID-19	12
3.1. Symptomer og sygdomsforløb ved COVID-19.....	12
4. Visitation af patienter med symptomer, som kan være COVID-19	15
4.1. Personer som har symptomer, men ikke har behov for sundhedsfaglig vurdering.....	15
4.2. Sundhedsfaglig visitation i almen praksis for patienter, som har symptomer, der kan give mistanke om COVID-19.....	15
4.3. Visitation af personer med symptomer, der varetager funktioner i sundheds- og ældresektoren, visse dele af socialområdet, samt personer der varetager helt særlige nøglefunktioner i samfundet, og som ikke har behov for en sundhedsfaglig vurdering.....	18
4.4. Indikationer for test af personer uden symptomer.....	18
4.5. Håndtering af smitte i sundheds- og ældresektoren samt visse dele af socialområdet.....	21
4.6. Udbrud.....	21
5. Håndtering af patienter mistænkt for eller med COVID-19	23
5.1. Almen praksis.....	23
5.2. Transport til klinisk vurdering og/eller test.....	24
5.3. Særligt vedrørende gravide, fødende og nyfødte.....	25
5.4. Håndtering på sygehus.....	25
6. Typer af test for ny coronavirus (SARS-CoV-2)	28
6.1. Diagnostisk PCR test.....	28
6.2. Om diagnostisk test hos personer uden symptomer.....	28
6.3. Test af asymptomatiske børn.....	29
6.4. Test af personer med tidligere påvist COVID-19.....	29
6.5. Antigentest.....	30
6.6. Antistofundersøgelse.....	31
6.7. Helgenomsekventering.....	31
7. Personale i sundhedsvæsenet, ældreplejen og visse dele af socialområdet	32
7.1. Personale i øget risiko.....	32

7.2. Personale og smitteforhold.....	33
7.3. Definition af nære kontakter i sundheds- og ældresektoren, samt visse dele af socialområdet	33

Opdateringer

Denne retningslinje er opdateret i forhold til d. 27. maj 2021 vedrørende:

- Retningslinjen er skrevet kortere og mere fokuseret. I den forbindelse er der rykket rundt på afsnit og forkortet i forhold til gentagelser.
- Patienter der tidligere har overstået COVID-19 sygdom indenfor 12 mdr. sidestilles i et vist omfang med færdigvaccinerede i sundhedsvæsenet. Se afsnit 4.4 for præcise situationer.
- Anbefalinger til test forud for indlæggelse er ændret, så test fortsat indgår ved akut indlæggelse af ikke-vaccinerede patienter og patienter som ikke tidligere har overstået infektion med ny coronavirus. Test kan således undlades ved planlagt indlæggelse af personer, som ikke har symptomer der kan være COVID-19. Genindlæggelse efter orlov sidestilles med planlagte indlæggelser, og det kan således også undlades at teste personer uden symptomer her.
- Afsnit 4.4.3 om regelmæssig test af personale er opdateret så tidligere smittede inden for 12 mdr. sidestilles med færdigvaccinerede.
- Afsnit om udbrud i sundheds- og ældresektoren samt visse dele af socialområdet er præciseret i forhold til hvilke personer, der bør testes.
- Afsnit om visitation af patienter med symptomer, som kan være COVID-19, er forkortet og præciseret.
- Afsnit om prioritering af testkapacitet er udgået af retningslinjen.
- I kapitel om håndtering på sygehus, er afsnit om isolation af patienter og håndtering af uafvendeligt døende, genoplivning, afdøde mv. med COVID-19, udgået. Her henvises til gældende praksis for patienter med isolationskrævende smitsomme sygdomme.
- Rettelse af informationsboks i afsnit 7.3 vedr. hvornår personale i sundhedsvæsenet defineres som nær kontakt jf. nylig opdatering af anbefalinger for brug af værnemidler generelt i sundhedsvæsenet, hvor der nu henvises til at personale benytter værnemidler jf. relevant national infektionshygiejnisk retningslinje (NIR), og at det kun anbefales patienter og personale at benytte mundbind/kirurgisk maske i ganske få situationer med øget risiko for smitte.

Baggrund

Sundhedsstyrelsen udgav d. 15. januar 2020 første gang retningslinjer om diagnostik og håndtering af COVID-19. Retningslinjerne er siden løbende blevet opdateret og revideret. I dag tilbydes vaccination mod COVID-19 løbende til alle borgere over 16 år i Danmark gennem det nationale¹ vaccinationsprogram. Siden marts 2020 er arbejds gange med henvisning, vurdering og behandling i vid udstrækning blevet indarbejdet i daglig klinisk praksis og lokale retningslinjer. Derfor har Sundhedsstyrelsen i denne version af retningslinjen søgt at begrænse indholdet, henvise til øvrige retningslinjer og fokusere rådgivningen til det væsentligste.

1.1. Formål og målgruppe

Formålet med retningslinjerne er at sætte en national ramme for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet.

Retningslinjerne er primært henvendt til ledere, planlæggere og fagpersoner i sundhedsvæsenet.

1.2. Vidensgrundlag

Sundhedsstyrelsen opdaterer løbende retningslinjerne. I arbejdet med opdateringen rådgives Sundhedsstyrelsen af en ekspertgruppe med deltagelse af førende eksperter inden for intern medicin: infektionsmedicin, almen medicin, anæstesiologi, pædiatri, klinisk mikrobiologi, epidemiologi, infektionshygiejne og samfundsmedicin med repræsentanter fra Statens Serum Institut (SSI) og Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS), samt repræsentanter fra sygehusledelse. Ekspertgruppen bistår Sundhedsstyrelsen med gennemgang af den nyeste viden om COVID-19 samt faglig rådgivning om praktisk håndtering af retningslinjerne i sundhedsvæsenet.

Retningslinjerne er baseret på nyeste viden om COVID-19 og på internationale anbefalinger fra World Health Organization (WHO) og European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), samt nationale anbefalinger fra sammenlignelige lande som fx Norge og England. Da både WHO og ECDC laver brede anbefalinger målrettet forskellige lande med forskellige sundhedssystemer, bliver de anvendte anbefalinger herfra tilpasset efter nationale forhold og omstændigheder.

Der, hvor retningslinjen bygger på viden i form af eksisterende litteratur og andre internationale og nationale retningslinjer, vil dette anføres i relevant omfang efter følgende:

- På områder hvor der findes eksisterende litteratur, vil der i retningslinjen henvises til væsentlige nøglestudier på området.

¹ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/Retningslinjer-for-haandtering-af-vaccination-mod-COVID-19>

- På områder hvor andre lande eller internationale agenturer har retningslinjer for det samme, vil der henvises hertil, hvis retningslinjerne vurderes at kunne overføres til danske forhold.
- Hvor der ikke fremgår henvisninger, er retningslinjerne baseret på faglig rådgivning fra ekspertgruppen.

Sundhedsstyrelsen udarbejder desuden anbefalinger for vaccinerede personer², som opdateres i takt med at flere personer vaccineres.

² <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/Anbefalinger-for-vaccinerede-personer>

2. Epidemiologi og smitteforhold

2.1. Epidemiologi

COVID-19 forårsages af SARS-CoV-2, der tilhører en familie af virus, som kan være årsag til alt fra lette forkølelser til alvorlige nedre luftvejsinfektioner. SARS-CoV-2 smitter, ligesom andre coronavirus, ved dråbesmitte og kontaktsmitte (håndtryk, via genstande m.v.).³ Ved visse procedurer udført i sundhedsvæsenet (fx sugning af luftveje) kan der genereres skyer af mindre partikler (aerosoler), som typisk indeholder virus, hvis en person er smittet. Det vurderes, at virus i disse situationer i højere grad kan smitte gennem luften. SARS-CoV-2 kan udskilles fækalt, men denne smittevej antages ikke at have stor betydning for smittespredning^{4,5}. Generel forebyggelse af smittespredning med COVID-19 beskrives i andre udgivelser fra Sundhedsstyrelsen^{6,7}.

Inkubationstiden for COVID-19 er mellem 1 og 14 dage med en median tid omkring 5-6 dage^{3,8}.

Overlevelsestiden for SARS-CoV-2 på overflader påvirkes af mange forskellige forhold, men for praktiske formål regnes med en overlevelsestid på ca. 48 timer. Virus er følsomt over for vand og sæbe og for desinfektion med ethanolbaseret alkohol 70-85 % v/v⁹.

2.1.1. Varianter

Som alle virus ændrer SARS-CoV-2-virus sig konstant gennem mutation. Der er således observeret mange varianter af SARS-CoV-2-virus med forskellige mutationer over hele verden. Mens de fleste nye SARS-CoV-2-varianter ikke har en betydende indflydelse på spredningen af virus, kan nogle mutationer eller kombinationer af mutationer give virus en selektiv fordel, som fx øget smitsomhed eller evnen til at udgå værtsimmunrespons. Disse varianter kan øge den risiko, som SARS-CoV-2 udgør for menneskers sundhed, hvorfor de betragtes som bekymringsvarianter (variants of concern (VOC))¹⁰. En oversigt og beskrivelse af nuværende VOC findes på Statens Serum Instituts hjemmeside, herunder B.1.1.7, som i en periode har været den dominerende variant i Danmark¹¹.

Foreløbige resultater tyder på, at de vacciner, som har været i brug i det nationale vaccinationsprogram (Pfizer-BioNTech, Moderna, AstraZeneca) virker stort set lige så

³ ECDC Q & A on COVID-19: Basic facts. Tilgængelig på <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/facts/questions-answers-basic-facts> Opdateret 25. januar 2021.

⁴ S Gupta, J Parker, S Smits, J Underwood, S Dolwani; Persistent viral shedding of SARS-CoV-2 in faeces - a rapid review; Colorectal Dis ; 2020 May 17. doi: 10.1111/CODI.15138

⁵ World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2020). COVID-19 and food safety: guidance for food businesses: interim guidance, 07 April 2020. World Health Organization. Tilgængelig på: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331705>.

⁶ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/COVID-19-Forebyggelse-af-smittespredning>

⁷ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/Retningslinjer-for-planlaegning-af-aktivitet-og-forebyggelse-af-smittespredning-i-sundhedsvaesenet>

⁸ ECDC, 23 April 2020: RAPID RISK ASSESSMENT. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK – ninth update. Tilgængelig på: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-ninth-update>

⁹ WHO. Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of COVID-19: interim guidance, 15 May 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332096>

¹⁰ European Centre for Disease Prevention and Control. Risk related to spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA, first update – 21 January 2021. ECDC: Stockholm; 2021. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-risk-related-to-spread-of-new-SARS-CoV-2-variants-EU-EEA-first-update.pdf>

¹¹ <https://covid19.ssi.dk/virusvarianter>

godt på en række VOC, herunder B.1.1.7., ligesom på de fleste andre varianter, der ikke er kendt som VOC^{12,13}.

2.2. Smitteforhold

Personer, som er smittet med ny coronavirus (SARS-CoV-2) kan udskille virus i døgnene op til udvikling af symptomer (præsymptomatisk smitte), eller uden at udvikle symptomer (asymptomatisk smitte)⁵. Forekomsten af asymptomatiske tilfælde kan variere i forskellige aldersgrupper og afhængigt af smittespredningen i samfundet¹⁴. Smitte kan ske fra både asymptomatiske og præsymptomatiske personer, men risikoen for smitte antages at være størst fra personer, der udvikler symptomer. Den største udskillelse af virus sker i døgnene omkring symptomdebut¹⁵. Virus kan typisk påvises i luftvejene 1-2 dage før symptomdebut, nogle gange tidligere, og op til 8 dage efter symptomdebut for milde tilfælde, nogle gange længere tid efter¹⁶. På befolkningsniveau kan smitte fra asymptomatiske eller præsymptomatiske personer forebygges ved tiltag som håndhygiejne, fysisk afstand, mundbind m.v. (se afsnit 2.2.1.).

2.2.1. Smittefrihed

For praktiske forhold kan personer med COVID-19 generelt betragtes som smittefri fra 48 timer¹⁷ efter symptomophør. Visse symptomer kan dog være længevarende fx tab af smags- og/eller lugtesans, hoste, træthed eller hovedpine. Personer anses som for smittefri jf. beskrivelsen i nedenstående boks, som også gælder for personer med senfølger¹⁸.

Patienter med mild – moderat sygdomsforløb ved COVID-19 (se afsnit 3.1) kan, betragtes som smittefri hvis ét af følgende scenarier er opfyldt:

- symptomophør \geq 48 timer

eller

- fra dag 10 efter symptomdebut, forudsat 48 timers feberfrihed (uden antipyretisk medicin) og betydelig klinisk bedring, og dermed kun mildere grad af tilbageværende symptomer, i form af fx hoste, tab af smags- og/eller lugtesans, hovedpine, træthed mv.

¹² European Centre for Disease Prevention and Control. Risk related to spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA, first update – 21 January 2021. ECDC: Stockholm; 2021. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-risk-related-to-spread-of-new-SARS-CoV-2-variants-EU-EEA-first-update.pdf>

¹³ Statens Serum Institut Beskrivelse af udvalgte virusvarianter og mutationer marts 2021

Beskrivelse af udvalgte virusvarianter og mutationer (ssi.dk) <https://covid19.ssi.dk/virusvarianter/virusvariantbeskrivelser>

¹⁴ ECDC, 15 May 2020. Paediatric inflammatory multisystem syndrome and SARS-CoV-2 infection in children. Tilgængelig på: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/paediatric-inflammatory-multisystem-syndrome-and-sars-cov-2-rapid-risk-assessment>

¹⁵ X He, EHY Lau, P Wu, X Deng et al.; Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19; Brief Communication Published: 15 April 2020 Nature Medicine volume 26, pages672–675(2020)

¹⁶ ECDC - Disease background of COVID-19; updated 08.05.2020 <https://www.ecdc.europa.eu/en/2019-ncov-background-disease>

¹⁷ På baggrund af en faglig gennemgang af andre landes retningslinjer og nationale agenturer (fx Norge, Sverige, England, ECDC og WHO) samt viden om hvornår virusudskillelsen er højest.

¹⁸ For mere information henvises til Sundhedsstyrelsens publikation Senfølger ved COVID-19: Anbefalinger til organisering af indsatsen for patienter med langvarige symptomer ved COVID-19. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Senfoelger-efter-COVID-19>

For patienter med alvorligt sygdomsforløb (dvs. behov for overførsel til intensiv behandling, herunder evt. respirator og ultimativt ECMO behandling) og særligt immunkompromitterede patienter, bør afisolering ske på baggrund af en konkret lægefaglig vurdering eller jf. lokale instrukser herfor.

Det anbefales ikke at anvende tests (svælgpodninger eller trakealsug) efter symptomophør som grundlag for raskmelding. Se også afsnit 6.4.

2.3. Immunitet efter overstået SARS-CoV-2 infektion og vaccination

Et studie har fulgt op på tidligere smittede 1, 6 og 12 måneder efter infektion, hvoraf 41% også blev vaccineret med en mRNA-vaccine. I den gruppe der ikke blev vaccineret, var der stabilt antistof-baseret immunitet og et stabilt antal specifikke hukommelses B-celler i perioden 6 til 12 måneder efter infektion. Studiet viste også markant øgning i alle komponenter i det antistof-baserede immunforsvar ved efterfølgende vaccination. Samlet set beskriver studiet længerevarende immunitet (12 måneder) efter overstået sygdom og at vaccination af tidligere smittede giver en effektiv beskyttelse mod smitte, også over for bekymringsvarianter¹⁹. Lignende resultater bekræftes i et studie, der kigger på antistoffer og cellulært immunforsvar efter 343 dage²⁰. Et studie der undersøger en population af tidligere smittede i Lombardiet, Italien finder at reinfektioner er sjældne og at immunitet efter overstået infektion ser ud til at give en beskyttende virkning i mindst 12 måneder²¹.

Endelig finder dette studie immunitet båret af plasmaceller i knoglemarven 11 måneder efter overstået sygdom. Man ved fra andre virusinfektioner, at disse celler er i stand til at producere antistoffer i årtier frem. Studiet peger således tyder på robust og meget langvarig immunitet både efter infektion²² og et studie i preprint viser at de samme celler aktiveres efter vaccination med en mRNA vaccine²³. Tilsvarende viser et studie at mRNA-vaccination derudover inducerer et vedvarende germinalcenter B-cellerespons, som tyder på robust og meget langvarig immunitet efter vaccination²⁴. Sådanne observationer er konsistente med den generelle viden om hukommelse i immunforsvaret og at denne hukommelse kan boostes enten ved vaccination eller fornyet smitte.

Sandsynligheden for at blive smittet med COVID-19 efter overstået sygdom er lille. Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at på trods af at re-infektioner er sjældne er beskyttelsen ikke fuldstændig, særligt ikke for ældre mennesker. Derfor skal personer med overstået infektion inden for 12 måneder stadig gå i selvisolation og blive testet, såfremt de får symptomer, som kan være COVID-19. Såfremt personen bliver informeret om, at de er nær kontakt til en smittet indenfor 12 måneder, bør personen lade sig teste efter gældende anbefalinger for nære kontakter, men kan undlade at selvisolere, hvis de ikke udvikler symptomer. For mere information om nære kontakter, henvises til *COVID-19: Opsporing og håndtering af nære kontakter*²⁵. Det anbefales desuden kraftigt, at man

¹⁹ <https://www.nature.com/articles/s41586-021-03696-9>

²⁰ <https://academic.oup.com/ijid/advance-article/doi/10.1093/ijid/ijab255/6274562>

²¹ <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2780557>

²² <https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4>

²³ <https://www.researchsquare.com/article/rs-310773/v1>

²⁴ <https://www.nature.com/articles/s41586-021-03738-2>

²⁵ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/COVID-19-Opstilling-og-haandtering-af-naere-kontakter>

tager imod tilbuddet om vaccination mod COVID-19 selvom man har været smittet med ny coronavirus, da immuniteten regnes for at være mere pålidelig ved vaccination på tværs af aldersgrupper.

De fleste personer på 50 år og over er i dag tilbudt vaccination mod COVID-19, og flere personer inviteres løbende og efter alder. Det forventes at immunitet efter vaccination varer i minimum 12 måneder, som begynder ved færdigvaccination, dvs. 14 dage efter anden vaccinedosis.

Færdigvaccinerede personer kan følge Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger til vaccinerede personer*²⁶.

²⁶ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/Anbefalinger-for-vaccinerede-personer>

3. Sygdomsforløb ved COVID-19

3.1. Symptomer og sygdomsforløb ved COVID-19²⁷

Mistanke om COVID-19 bør opstå ved alt fra lette symptomer på både øvre og nedre luftvejsinfektion og til symptomer på svær nedre luftvejsinfektion. Typiske symptomer er feber, tør hoste og vejrtrækningsbesvær. Andre tidligere, men mindre hyppige, symptomer omfatter bl.a. hovedpine, muskelsmerter, ondt i halsen, kvalme, tab af smags- og/eller lugtesans mv.

Klar sekretion fra næsen ("løbenæse") som isoleret symptom er ikke grundlag for mistanke om COVID-19. En oversigt over symptomer og hvor hyppigt de optræder ses herunder.

Mest almindelige symptomer	Hvor ofte optræder det?	Andre oplysninger
Feber	77%	Feberen kan være svingende og vare over flere dage. Hos børn kan feberen godt være fraværende eller kortvarig.
Hoste	68%	Hosten er i de fleste tilfælde tør.
Tab af lugte- og smagssans	41%	Tab af lugte- og smagssans kan være et af de tidligste symptomer eller det eneste symptom. De fleste får sanserne igen inden for fire uger.
Vejrtrækningsbesvær	38%	Vejrtrækningsbesvær opstår typisk 5-8 dage efter de første symptomer. Hos børn er vejrtrækningsbesvær mindre almindeligt, mens det hos spædbørn er et meget almindeligt symptom. Vejrtrækningsbesvær kan fortsætte i flere uger efter de første symptomer.
Mindre hyppige symptomer	Hvor ofte optræder det?	Andre oplysninger
Træthed	30%	Træthed og udmattelse kan hos nogle være meget udtalt og langvarigt.
Trykken for brystet	23%	
Symptomer fra mave-tarm-kanalen	20%	Det er især symptomer som nedsat appetit, kvalme og opkast.
Opspyt ved hoste	18%	
Muskelsmerter	17%	

²⁷ Afsnittet bygger på viden fra WHO (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses#>), BMJ (<https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1470>) Best Practice (<https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168/history-exam>) og kasuistikker fra almen praksis og infektionsmedicinske afdelinger

Ondt i halsen	16%	Opstår ofte tidligt i sygdomsforløbet.
Hovedpine	16%	

Der ses variable symptomer og sygdomsforløb med COVID-19. De tre typiske forløb er:

Mild sygdom: Det er karakteristisk, at man til at begynde med har lette symptomer. De mest almindelige initiale symptomer på COVID-19 er feber, tør hoste og træthed, men andre og mere atypiske symptomer kan også ses som fx tab af smags- og/eller lugtesans, stoppet næse, ondt i halsen, øjenbetændelse, sjældnere ørepine eller hovedpine, muskelsmerter, rygsmerter eller symptomer fra mave-tarm systemet. Blandt ældre plejkrævende patienter forekommer atypiske forløb med hurtigt indsættende funktionstab eller nedsat appetit, som eneste symptomer på COVID-19 og kan ofte minde om forkølelse eller influenza. Tab af smags- og lugtesans kan understøtte mistanke om COVID-19 i diagnostikken.

De fleste oplever bedring i løbet af 3-7 dage. Der kan dog i nogle tilfælde opstå længerevarende symptomer eller senfølger²⁸. For mere information henvises til Sundhedsstyrelsens publikation *Senfølger ved COVID-19: Anbefalinger til organisering af indsatsen for patienter med langvarige symptomer ved COVID-19*²⁹.

Paraklinisk er det milde sygdomsforløb typisk associeret med let til moderat forhøjet CRP. Sjældent ses trombocytopeni, lymfopeni eller aktivering af koagulationssystemet.

Moderat sygdom (indlæggelseskrævende): For de patienter der udvikler moderat sygdom er det karakteristisk at de gradvist, over dage, udvikler symptomer på lungebetændelse. Mindre hyppigt ses også almen svækkelse, symptomer fra centralnervesystemet fx vedvarende svær hovedpine, lysskyhed og evt. nedsat kognitiv funktion og sjældent tromboembolisk sygdom. Den mediane tid fra symptomdebut til indlæggelse er 6 dage, med et spænd fra 3 til 12 dage.

Alvorlig sygdom (behov for overførsel til intensiv behandling, herunder evt. respirator og ultimativt ECMO behandling): For de patienter der udvikler alvorlig sygdom er det karakteristisk at de udvikler lungenøst, der kan udvikle sig hurtigt hos patienter, der ellers har været stabile i timerne op til. Derudover kan forløbet kompliceres af tromboembolisk sygdom. Hvis der sker progression fra moderat til alvorlig sygdom sker det oftest 3-8 dage efter patienten har udviklet moderat sygdom. Faresignaler ift. udvikling af alvorlig sygdom er tiltagende iltbehov for at holde en ilt-mætning på 93%, høj og stigende respirationsfrekvens (20-35/min), stigende CRP og evt. D-dimer øgning samt faldende lymfocytal.

Transition fra mild til moderat og alvorlig sygdom: Der bør være en skærpet opmærksomhed på, hvorledes sundhedsvæsenet bedst muligt sikrer en hurtig overgang til indlæggelse for dem, der får behov herfor. De praktiserede læger og

²⁸ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Senfoelger-efter-COVID-19>

²⁹ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Senfoelger-efter-COVID-19>

lægevagtsordninger/1813 bør være særligt opmærksomme på følgende ift. henvisning til konsultation i almen praksis, ved fælles akutmodtagelse eller indlæggelse på sygehus:

- Er patienten i øget risiko³⁰ for at udvikle et alvorligt forløb ved COVID-19?
- Hvad er patientens vaccinationsstatus?
- Er respirationsfrekvensen høj (over 20/min)?
- Er der tegn på funktions- og evt. hviledyspnø, konfusion og/eller forværret almentilstand?
- Er der tegn på viral meningitis fx lysskyhed og vedvarende intens hovedpine?

Hvis den visiterende sundhedsperson er i tvivl bør patienten som minimum visiteres til en klinisk vurdering i almen praksis eller på sygehuset.

3.1.1. Sygdomsforløb hos børn og unge

Børn og unge har typisk ingen eller milde symptomer i forbindelse med ny coronavirus (SARS-CoV-2) -infektion, og risikoen for at børn og unge udvikler moderat til alvorlig COVID-19 er ganske lille³¹. Årsagen til det typisk milde forløb af ny coronavirus (SARS-CoV-2) hos børn er endnu ukendt. Ved markante symptomer bør der derfor udføres differentialdiagnostik for at undgå at overse anden alvorlig sygdom.

Nedenfor uddybes de sjældne, men potentielt alvorlige komplikationer hos børn og unge efter forudgående ny coronavirus (SARS-CoV-2). Komplikationer kan forekomme også efter tilfælde med ingen eller milde symptomer.

Inflammatorisk syndrom hos børn og unge

I sjældne tilfælde (i et dansk studie estimeret til 1:4100 smittede børn³²) kan der blandt børn og unge 1-6 uger efter overstået infektion med ny SARS-CoV-2 opstå en inflammatorisk sygdomstilstand med høj feber, høj CRP, kraftige mavesmerter og evt. hjertepåvirkning. Tilstanden kaldes multisystem inflammatorisk syndrom (MIS). Ved mistanke om ovenstående henvises patienten til vurdering på en børneafdeling.

³⁰ For mere information om øget risiko henvises til Sundhedsstyrelsens Personer med øget risiko ved COVID-19 - fagligt grundlag <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Personer-med-oeget-risiko-ved-COVID-19>

³¹ Nisha S Metha et al. Clin Inf Dis 2020 Dec 3;71(9):2469-2479

³² Holm M et al. Acta Paediatr. 2021 Jun 15. doi: 10.1111/apa.15985.

4. Visitation af patienter med symptomer, som kan være COVID-19

4.1. Personer som har symptomer, men ikke har behov for sundhedsfaglig vurdering

Patienter med symptomer, som kan være COVID-19, kan tage kontakt til almen praksis eller vagtlæge/1813, hvis de oplever et behov for en vurdering. Øvrige personer, som ikke føler sig så syge, at de har behov for en sundhedsfaglig vurdering kan selv bestille tid til PCR-test ved et lokalt teststed via coronaprover.dk.

Fsva. børn under 2 år skal egen læge eller vagtlæge/1813 altid kontaktes ved behov for test for ny coronavirus (SARS-CoV-2), uanset årsag, da det ikke er muligt for forældrene at bestille tid til test af børn under 2 år via coronaprover.dk uden henvisning fra læge.

4.2. Sundhedsfaglig visitation i almen praksis for patienter, som har symptomer, der kan give mistanke om COVID-19

Personer med symptomer der kan give mistanke om COVID-19 og som har behov for en sundhedsfaglig vurdering skal visiteres telefonisk. Visitationsmulighederne er opsummeret i diagrammet nedenfor.

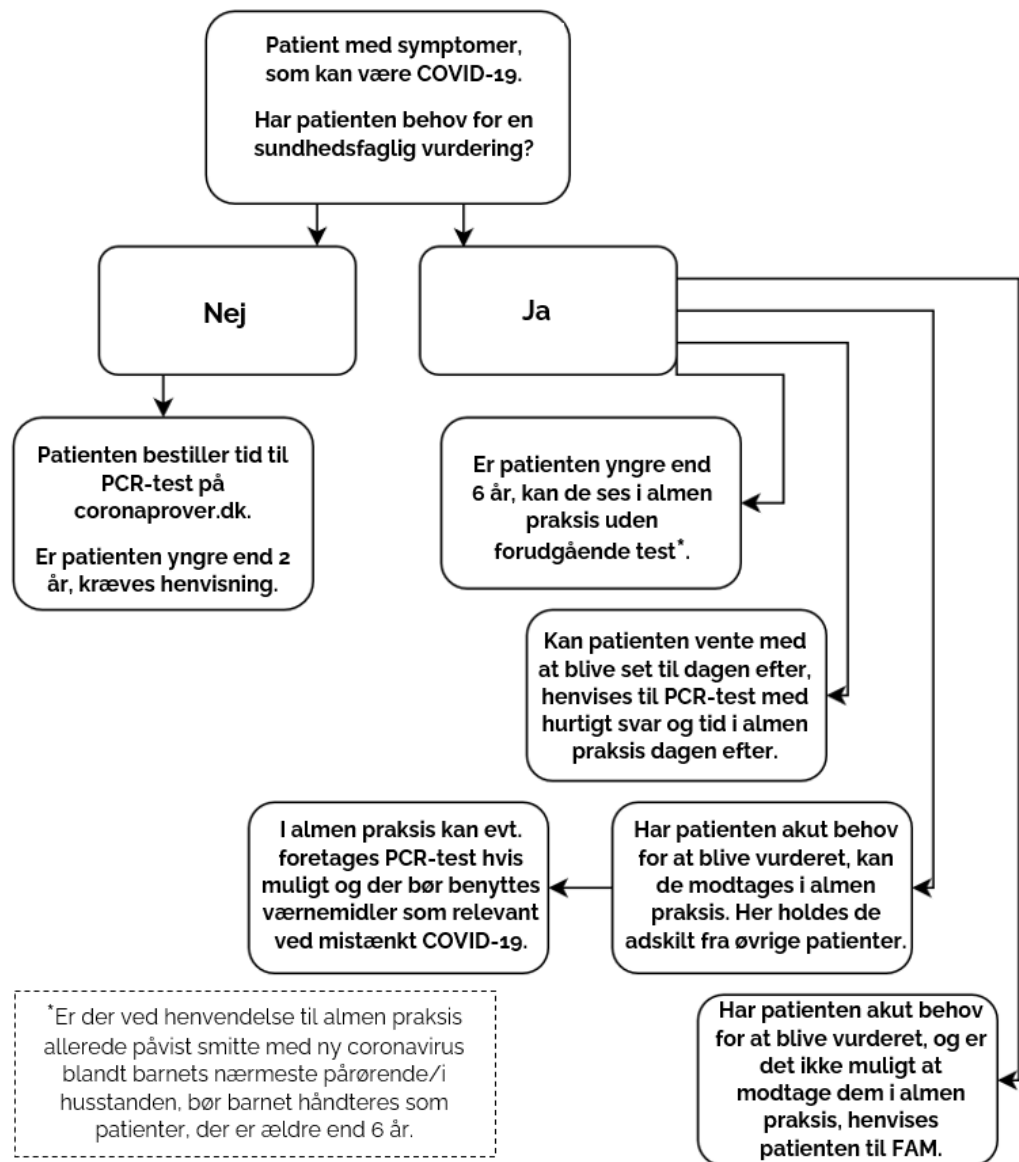
Tilbud om konsultation i almen praksis samme dag for børn til og med 6 år. Børn til og med 6 år kan ses i almen praksis samme dag uden særlige forholdsregler, hvis der ikke er påvist smitte i husstanden/nærmeste familie på tidspunktet for henvendelse til almen praksis.

Patienter over 6 år med symptomer der kan være COVID-19 og som kan vente med konsultation til dagen efter. Patienten kan visiteres til diagnostisk test og efterfølgende tilbyde konsultation hos praktiserende læge dagen efter, hvis det vurderes, at patienten har symptomer som kan være COVID-19, og almentilstanden samtidig tilsiger, at patienten selv kan monitorere symptomerne de næste 24 timer. Her henvises patienten til diagnostisk podning med hurtigt svar i et lokalt teststed.

Patienter over 6 år med symptomer der kan være COVID-19 og som har behov for konsultation samme dag.

I almen praksis: For patienter over 6 år bør der i almen praksis sikres mulighed for tidsmæssigt eller fysisk at adskille patienter med symptomer, hvor COVID-19 ikke kan udelukkes, fra øvrige patienter i klinikken venteværelse mv. Det personale, som vurderer patienten, bør bære relevante værnemidler for mistænkt COVID-19. Prøvesvar sendes til henvisende læge, og behandlingsansvaret fastholdes hos den henvisende læge.

I fælles akutmodtagelse (FAM): Hvis telefonvisiterende læge vurderer, at patientens tilstand kræver en akut klinisk vurdering den samme dag, og det ikke under hensyn til smitteforebyggelse er muligt at tilbyde vurderingen i almen praksis. Her overgår behandlingsansvaret til FAM, når der indledes vurdering og udredning, og FAM er samtidig ansvarlig for at aftale det videre behandlingsforløb, herunder evt. indlæggelse, hjemmeisolation m.v. Ved udskrivelse overgår behandlingsansvaret som sædvanligt til egen læge. Prøvesvar sendes ligeledes til den praktiserende læge.



Når en patient med symptomer på COVID-19 kontakter den praktiserende læge eller vagtlæge/1813 mv., skal der være særlig opmærksomhed på alvorlige symptomer og reageres adækvat med rekvirering af ambulance og ved behov akutbil gennem AMK efter vanlige procedurer.

Den visiterende sundhedsperson skal samtidig vurdere, om der kan være differentialdiagnostiske overvejelser, der gør, at patienten skal henvises til sygehus på mistanke om anden sygdom. Se også afsnit 3.1.1 om sygdomsforløb hos børn og unge.

Den behandlingsansvarlige læge har, i forbindelse med den første samtale med patienten under mistanke for COVID-19, ansvaret for at informere om forholdsregler ved COVID-19 samt om det videre udredningsforløb med rekvirering af test, herunder tilgang til prøvesvar. Dette er beskrevet nærmere i *Håndtering af patienter med luftvejssymptomer i almen praksis – under hensyntagen til COVID-19*³³

Hvis særligt sårbare patienter, eller patienter som ikke kan tilgå testsvar digitalt, henvises til test, bør behandlingsansvarlig læge sikre telefonisk opfølgning ved positivt testresultat.

Patienter med symptomer på COVID-19, som ikke ønsker henvisning til test for ny coronavirus (SARS-CoV-2), skal informeres om, at de skal blive hjemme og undgå tæt fysisk kontakt med andre, indtil 48 timer efter symptomophør eller, ved persisterende symptomer, jf. anbefalinger i afsnit 2.2.1. Patienten skal altid informeres om at tage kontakt til sin praktiserende læge, lægevagt eller akuttelefon såfremt der opstår forværring, manglende bedring af tilstanden eller der tilkommer generel påvirket almentilstand. Mere information kan findes i pjecen *Til dig der er testet positiv for ny coronavirus*³⁴.

4.2.1. Vagtlæge/1813

I vagttid og i weekender vil borgerens adgang formelt set være den samme som i dagtid, dog med henvendelse til vagtlæge/1813 og eventuelt færre åbne lokale teststeder. Håndtering af patienter med symptomer, der kan være COVID-19, og adskillelse af disse patienter fra patienter uden symptomer, er en særskilt problemstilling i vagttid. Dels fordi vagtlægerne har kontakt med patienter, de ikke nødvendigvis kender på forhånd og fordi de fysiske og organisatoriske rammer for vagtlægerne er forskellige landet over. Det er derfor hensigtsmæssigt at finde lokale løsninger i et samarbejde mellem PLO og den pågældende region, på baggrund af de konkrete forhold, udfordringer og muligheder der er på hvert enkelt sted.

For de lokale aftaler for vagttid bør følgende forhold være gældende:

- Patienter med symptomer, som kan være COVID-19 adskilles fra patienter uden symptomer tidsmæssigt eller fysisk. Venteområder bør være af tilstrækkelig størrelse og indretning til at patienter kan adskilles effektivt.
- Personalet bør for personer med symptomer benytte relevante værnemidler ved patienter, som beskrevet i afsnit 7.1. For børn til og med 6 år kan personalet benytte kirurgisk maske type II som tilstrækkeligt værnemiddel.
- Der bør ved konsultation af patienterne være mulighed for samtidig PCR-test med hurtigt svar.

³³ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/Haandtering-af-patienter-med-luftvejssymptomer-i-almen-praksis---under-hensyntagen-til-COVID-19>

³⁴ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/til-dig-der-er-testet-positiv-for-ny-coronavirus>

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har udarbejdet råd til organisering af arbejdet i almen praksis, som kan være relevant at tage udgangspunkt i ved planlægning af arbejdet i både almen praksis og vagtlægeordningerne³⁵.

Ved henvisning til test fredag skal det vurderes om patientens tilstand tilsiger, at de kan vente til mandag med at blive set i almen praksis.

4.3. Visitation af personer med symptomer, der varetager funktioner i sundheds- og ældresektoren, visse dele af socialområdet, samt personer der varetager helt særlige nøglefunktioner i samfundet, og som ikke har behov for en sundhedsfaglig vurdering

Personer der varetager funktioner i sundheds- og ældresektoren eller i visse dele af socialområdet kan ved symptomer, som kan være COVID-19 eller i forbindelse med regelmæssig test (se afsnit 4.4.3) selvvisitere direkte til test for ny coronavirus (SARS-CoV-2) efter lokale principper, enten efter aftale med personaleleder eller anden organisering. Sundhedspersonalet skal kontakte deres praktiserende læge ved behov for vurdering. Ved positivt svar kan personalet henholde sig som beskrevet i Til dig, der er testet positiv for ny coronavirus³⁶.

4.4. Indikationer for test af personer uden symptomer

4.4.1. Screeningstest for ny coronavirus (SARS-CoV-2) i forbindelse med akut indlæggelse på offentlige og private sygehuse, forud for indflytning på institutioner og i forbindelse med orlov

Det anbefales ud fra et forsigtighedsprincip at screeningsteste følgende grupper. Screeningstest kan undlades for færdigvaccinerede og personer, som inden for 12 måneder har overstået SARS-CoV-2-infektion, såfremt personen ikke har symptomer, som giver mistanke om COVID-19. Se også boks i afsnit 4.4.4.

- Patienter, der indlægges akut på sygehus uanset årsag. Dette gælder ikke for medindlagte pårørende, som ikke har symptomer, som kan være COVID-19, idet det antages at personalet i mindre omfang kan holde afstand til patienten end de pårørende.
- Den fødende. Dette håndteres som ved akut indlæggelse, og testen foretages ved ankomst til sygehus. For planlagt kejsersnit kan testen foretages inden for 48 timer inden indlæggelse. Hvis testen er positiv for ny coronavirus (SARS-CoV-2), skal patienten håndteres i henhold til vanligt isolationsregime.
- Asymptomatiske personer, der flytter ind på andre institutioner end sygehuse, fx. hospice, plejehjem eller andre institutioner med sårbare grupper fx herberger og bosteder, samt patienter der udskrives fra sygehus til plejehjem. Hvis patienten tidligere er testet negativ for ny coronavirus (SARS-CoV-2), fx i forbindelse med

³⁵ https://www.dsam.dk/files/366/raad_om_organisering_af_i_alnen_praksis_under_hensyntagen_til_smitterisiko_juni_2020.pdf

³⁶ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/til-dig-der-er-testet-positiv-for-ny-coronavirus>

indlæggelse, bør der foretages fornyet test, hvis der er gået mere end 48 timer siden sidste test.

4.4.2. Test for ny coronavirus (SARS-CoV-2) i forbindelse med særlige undersøgelser og procedurer i speciallægepraksis, almen praksis og tandlægeklinik eller ved ambulante forløb på sygehus

Ved aerosolgenererende procedurer, som er defineret af Statens Serum Institut³⁷, og andre procedurer med høj risiko for smittespredning ved uerkendt smitte, kan patienten på baggrund af en konkret faglig vurdering, testes for ny coronavirus (SARS-CoV-2) forud for proceduren. Testen kan ordineres af den læge eller tandlæge, der skal udføre proceduren. Dette gælder aerosolgenererende procedurer eller andre undersøgelser og procedurer, som vurderes at udgøre en risiko i speciallægepraksis, almen praksis, tandlægeklinik eller ved ambulante forløb på sygehus. For færdigvaccinerede personer, og personer som inden for 12 måneder har overstået SARS-CoV-2-infektion, kan testen untlades, såfremt personen ikke har symptomer, som kan være COVID-19. Se også boks i afsnit 4.4.4.

Eksempler på undersøgelser og procedurer ses i nedenstående boks.

Eksempler på undersøgelser/procedurer, der kan udgøre en risiko:

- Øvre skopier, fx bronkoskopi, fiberskopi, rhinoskopi, laryngoskopi
- Induceret sputum, trakealsugning (åbent sug)
- Operative procedurer i næse, bihule, mund og svælg i lokalbedøvelse
- Dagkirurgiske indgreb der kræver generel anæstesi eller anæstesiassisteret rus
- Lungefunktionsundersøgelser hvor der ikke kan sikres nødvendig afstand, fx diffusionskapacitet

Testen skal så vidt muligt foretages indenfor 48 timer før proceduren udføres, og testsvar skal så vidt muligt foreligge, inden den udføres. Hvis testsvar ikke foreligger, bør der, foretages en individuel vurdering af om proceduren kan udskydes. Hvis den ikke udskydes skal der være ekstra opmærksomhed på som vanligt at bruge værnemidler i henhold til NIR om generelle forholdsregler³⁸.

Ved positivt resultat foretages altid i den konkrete situation en individuel vurdering af, hvorvidt proceduren kan udskydes, under hensyntagen til patientens helbred. Hvis proceduren fortsat gennemføres følges gældende infektionshygiejniske retningslinjer for COVID-19 fra Statens Serum Institut³⁹, samt Statens Serum Instituts Notat om aerosolgenererende procedurer⁴⁰.

³⁷ <https://hygiejne.ssi.dk/-/media/arkiv/subsites/infektionshygiejne/retningslinjer/covid19/notat-om-aerosolgenererende-procedurer-i-luftveje-p-patienter-med-mistaent-eller-bekraeftet-covid19.pdf?la=da>

³⁸ <https://hygiejne.ssi.dk/NIRgenerelle>

³⁹ <https://hygiejne.ssi.dk/retningslinjer/infektionshygiejniske-retningslinjer-for-covid-19>

⁴⁰ <https://hygiejne.ssi.dk/-/media/arkiv/subsites/infektionshygiejne/retningslinjer/covid19/notat-om-aerosolgenererende-procedurer-i-luftveje-p-patienter-med-mistaent-eller-bekraeftet-covid19.pdf?la=da>

Ved positivt testresultat hvor proceduren udskydes skal patienten informeres om at selvisolere sig i 7 dage i henhold til anbefalinger, og såfremt der fremkommer symptomer inden for de 7 dage, selvisolere sig indtil 48 timer efter symptomophør eller, ved persisterende symptomer, jf. anbefalinger i afsnit 2.2.1.

4.4.3. Forebyggelse af smittespredning ved regelmæssig test af personale i sundheds- og ældresektoren

Det anbefales at der for nuværende foretages regelmæssig test af sundheds- og plejepersonale i det pågældende område. Formålet er at forebygge smittespredning fra samfundet til institutioner eller afdelinger, og dermed beskytte personer der er i øget risiko for et alvorligt forløb ved COVID-19. Personale, som er færdigvaccineret eller som har overstået SARS-CoV-2-infektion inden for de seneste 12 måneder, er ikke omfattet af anbefalingen om regelmæssig testning⁴¹, se også boks i afsnit 4.4.4. Sundheds- og plejepersonalet bør testes hver 7. dag eller hvor det vurderes nødvendigt 2 gange ugentligt, herunder fx ved omløb af særlige varianter af ny coronavirus (SARS-CoV-2). Planlægning af dette kan ske i samarbejde med den lokale infektionshygiejniske enhed samt Styrelsen for Patientsikkerhed.

For afdelinger med patienter i særligt øget risiko for alvorligt forløb, som pga. immunsuppression etc. ikke nødvendigvis kan forventes at have fået fuld immunitet ved vaccination, kan det overvejes ud fra et forsigtighedsprincip fortsat at teste vaccineret personale, fx på hæmatologiske afdelinger. Der kan udarbejdes lokale retningslinjer på sygehuset for dette.

4.4.4. Situationer, hvor test kan undlades for personer uden symptomer

Som udgangspunkt anbefales det primært at teste personer i sundhedsvæsenet, som har symptomer, der kan være COVID-19 eller er nær kontakt til en smittet. Der er hertil en række situationer, hvor test kan undlades for personer uden symptomer:

Test kan undlades i følgende situationer for personer uden symptomer:
Børn under 12 år, når der ikke er klinisk indikation, som nødvendiggør test. Se afsnit 6.3 for uddybning, og alternativer til test af børn.
Tidligere smittede personer inden for 12 uger af deres infektion pga. risiko for falsk positivt testsvar fra inaktivt virus-RNA. Se afsnit 6.4 for uddybning.
Færdigvaccineret personale og tidligere smittet personale (inden for 12 mdr. af infektion/færdigvaccination) som led i regelmæssig testning. Se afsnit 4.4.3.
Færdigvaccinerede personer og tidligere smittede personer (inden for 12 måneder af infektion/færdigvaccination): <ul style="list-style-type: none"> - Ved akut indlæggelse på sygehus – se afsnit 4.4.1 - Forud for indflytning på plejehjem, bosted eller anden institution – se afsnit 4.4.1 - Forud for aerosolgenererende procedurer – se afsnit 4.4.2.

⁴¹ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/Anbefalinger-for-vaccinerede-personer>

4.5. Håndtering af smitte i sundheds- og ældresektoren samt visse dele af socialområdet

I dag er en stor andel af personale og patienter i sundhedsvæsenet færdigvaccineret. Vaccination har vist sig effektiv til at forebygge alvorlig sygdom og død fra COVID-19, men også til at forebygge smitte mellem personer. Derfor forventes det, at der vil findes færre og mindre omfattende udbrud af smittespredning i takt med at flere færdigvaccineres.

Ved påvist COVID-19 hos en patient eller personale på et sygehus eller andre afgrænsede grupper i sundhedsvæsenet, bør der iværksættes smitteopsporing. På sygehus vil det vedrøre positive tests hos patienter som er indlagt af anden årsag end COVID-19 og som vurderes smittet på sygehuset. Det vil således ikke omfatte tilfælde, hvor en akut indlagt patient findes positiv for ny coronavirus (SARS-CoV-2) på baggrund af den screening, der foregår ved indlæggelse.

En enkelt smittet person håndteres jf. *COVID-19: Opsporing og håndtering af nære kontakter*⁴², hvor der kan findes mere information om kontaktopsporing og nære kontakter. Her kan også findes information om situationer, hvor håndteringen eventuelt intensiviseres. Se afsnit 7.3 for definition af nære kontakter i sundheds-, ældre og dele af socialsektoren. For plejehjem, botilbud og andre institutioner henvises desuden til *Vejledning om forebyggelse af smitte med ny coronavirus på plejehjem, botilbud og andre institutioner*⁴³ for specifikke retningslinjer for håndtering af smittetilfælde med ny coronavirus.

4.6. Udbrud

Ved to eller flere sammenhængende smittetilfælde i en afgrænset gruppe og inden for et afgrænset tidsrum, håndteres det som et smitteudbrud.

Ved et påvist smitteudbrud håndteres nære kontakter fortsat jf. retningslinjen herfor. Derudover anbefales det at screeningsteste øvrige patienter og personale på den afdeling hvor den smittede har opholdt sig. Dette gør sig primært gældende på sygehusafdelinger med indlagte patienter hvor populationen af patienter er forholdsvis konstant. Testen bør, så vidt muligt, foretages inden for et døgn efter der modtages meddelelse om, at der er konstateret et smittetilfælde, også i weekend og på helligdage. Personale der testes som led i screening skal ikke sendes hjem indtil der foreligger et negativt testsvar, og kan således fortsætte deres arbejde som vanligt.

Ud fra et forsigtighedsprincip anbefales det yderligere, at alle de patienter og personale der testes negative i forbindelse med første udbrudsundersøgelse, testes igen efter 7 dage, og at man gentager testningen med 7 dages mellemrum indtil man når en runde af test hvor der ikke længere konstateres nye positive tilfælde blandt de testede. Det anbefales at teste samtlige medarbejdere og beboere, også de, som er færdigvaccinerede eller tidligere smittede, indtil der ikke længere konstateres nye tilfælde.

⁴² <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/COVID-19-Smitteopsporing-af-nae-r-rrre-kontakter>

⁴³ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/Vejledning-om-forebyggelse-af-spredning-af-COVID-19-paa-plejecentre-bosteder>

Afgrænsningen af personer omfattet af udbrudshåndteringen vurderes lokalt i samarbejde med den lokale eller regionale infektionshygiejneorganisation efter hvad der er relevant i det specifikke tilfælde, fx i forhold til medarbejdere, der har haft funktioner af kortere varighed på et afsnit med påvist ny coronavirus (SARS-CoV-2) og andre afdelinger med tilknytning til den udbrudsramte afdeling.

5. Håndtering af patienter mistænkt for eller med COVID-19

5.1. Almen praksis

Ved konsultation i almen praksis eller lægevagtsklinik med en patient, der har symptomer, som kan være COVID-19, skal der iværksættes følgende infektionshygiejniske forholdsregler jf. NIR for mistænkt eller bekræftet COVID-19⁴⁴:

- Patienten placeres inden konsultation væk fra øvrige patienter, fx ved udnyttelse af ydertider i praksis' åbningstider. Hvis der er etableret et separat venteværelse for personer med luftvejssymptomer, som ikke er testet for smitte med ny coronavirus forud for fremmøde i almen praksis, holdes der her 2 meters afstand mellem patienterne. Patientens ophold i venteværelse bør ikke være længere end nødvendigt.
- Patienten bærer kirurgisk maske (type I) og opfordres til at udføre håndhygiejne ved indgang til praksis.
- Der udleveres almindelig kirurgisk maske uden udåndingsventil (type I), som patienten selv påsætter, såfremt patienten ikke selv har medbragt mundbind.
- Sygehistorie og almentilstand kan evt. vurderes på afstand af 1-2 meter.

Ved tæt kontakt (indenfor 1-2 meter) med denne patientgruppe, skal lægen/ klinikpersonalet anvende følgende værnemidler:

- Handsker
- Væskeafvisende, langærmet overtrækskittel eller plastforklæde med lange ærmer
- Kirurgisk maske type II og øjenbeskyttelse (enten beskyttelsesbriller eller ansigtsdækkende visir)

I forbindelse med håndtering af børn til og med 6 år anses smittefaren for ganske lille, og personalet kan derfor benytte kirurgisk maske type II som tilstrækkeligt værnemiddel i disse situationer. Patienten bør benytte CE-mærket engangsmundbind ved færden i almen praksis' venteværelse. Der bør fortsat holdes 2 meters afstand mellem patienter med symptomer, som kan være COVID-19, for at forebygge smittespredning med SARS-CoV-2. Ophold i venteværelser ikke bør være af længere varighed end nødvendigt.

Da COVID-19-vaccinerede personer i nogle tilfælde kan smittes med SARS-CoV-2 og blive syge med COVID-19, bør vaccinerede personer med symptomer med COVID-19 håndteres på samme måde som øvrige personer med symptomer på COVID-19.

⁴⁴ [Infektionshygiejniske retningslinjer for sundhedspersonale ifm. covid-19 \(ssi.dk\)](https://ssi.dk/infektionshygiejniske-retningslinjer-for-sundhedspersonale-ifm-covid-19)

5.2. Transport til klinisk vurdering og/eller test

Personer med symptomer, der opfylder de sundhedsfaglige indikationer for sundhedsfaglig vurdering og/eller test, kan selv transportere sig, såfremt deres kliniske tilstand tilsiger det. Personen bør benytte CE-mærket type I mundbind på vej til teststed, medmindre de er alene i et køretøj.

Personer med symptomer på COVID-19 og nære kontakter skal dog informeres om at undlade at benytte kollektiv transport, inklusiv taxa.

Personer med symptomer på COVID-19 som kun skal testes for ny coronavirus (SARS-CoV-2) (og dermed ikke har behov for en sundhedsfaglig vurdering), og som ikke har mulighed for at transportere sig selv til test eller finde transport via deres husstand/netværk, bør blive hjemme i selvisolation ind til 48 timer efter symptomophør eller ved persisterende symptomer jf. afsnit 2.2.1. Det samme gælder for nære kontakter som ikke kan finde transport til test. Disse personer kan såfremt de er asymptomatiske, bør blive hjemme i selvisolation indtil 7 dage efter eksponeringstidspunktet.

Personer som på baggrund af sundhedsfaglig visitation, vurderes at have behov for en sundhedsfaglig vurdering samme dag, bør få ydet transport til konsultation i almen praksis eller fælles akutmodtagelse gennem kommune eller region efter gældende lovgivning såfremt personen ikke kan transportere sig selv.

Alle personer bør informeres om, at de skal tage kontakt til læge/vagtlæge/1813, hvis deres tilstand forværres betydeligt, så de ved behov kan blive visiteret til sundhedsfaglig vurdering, samt at kontakte 112 ved akut forværring af deres tilstand.

5.2.1. Præhospital håndtering

Ved sundhedsfaglig transport af patient med mistænkt COVID-19:

- Patienten skal, hvis muligt, selv påføre sig almindelig kirurgisk maske uden udåndingsventil (type I) (ikke aktuelt hvis patienten er intuberet).
- Såfremt forholdene tillader det, bør patienten selv gå ind og ud af køretøjet/flyet.
- Hvis muligt bør patienten benytte en modsatte indgang end føreren af ambulancen/flyet.
- Håndtering af patienten begrænses til så få personer og så få procedurer, som det er fagligt forsvarligt.
- Alt personale bør anvende kirurgisk maske type II (alternativt heldækkende ansigtsvisir). Personale med kontakt inden for 1-2 meter bør bære yderligere værnemidler i form af handsker, væskeafvisende langærmet engangsovertrækskittel, og øjenbeskyttelse (beskyttelsesbriller eller heldækkende ansigtsvisir).
- Ved højrisiko aerosolproducerende procedurer, fx behov for akut håndtering af luftveje, bør personalet desuden bære FFP2- eller FFP3-maske.⁴⁵
- Personale, der sidder foran i ambulance eller fly, herunder føreren, bør undgå direkte kontakt med patienten.

⁴⁵ <https://covid19.ssi.dk/-/media/arkiv/subsites/infektionshygiejne/retningslinjer/covid19/notat-om-aerosolgenererende-procedurer-i-luftveje-p-patienter-med-mistaenkt-eller-bekraeftet-covid19.pdf?la=da>

5.3. Særligt vedrørende gravide, fødende og nyfødte

Gravide, der er testet positive for ny coronavirus (SARS-CoV-2), bør anbefales at føde på sygehus. Hjemmefødsler bør således ikke foregå i hjem, hvor der er mistanke om eller bekræftet COVID-19 hos den gravide eller partner/andre i husstanden. Dette med henblik på at sikre jordemoderen mod smitte i hjemmet, og ud fra en pragmatisk betragtning om, at det er vanskeligere at opretholde en tilstrækkelig god hygiejne under hjemlige forhold.

Mor smittet med ny coronavirus (SARS-CoV-2) bør som vanligt amme og have samvær med det nyfødte barn. Personalet kan informere om relevante hygiejnetiltag som kan bidrage til forebyggelse af smitte, samt på vanlig vis informere om opmærksomhed på tegn på infektioner hos barnet, hvor læge/sygehus skal kontaktes.

For yderligere information vedrørende håndtering af den gravide, fødende og det nyfødte barn henvises til kliniske retningslinjer udarbejdet af Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi og Jordemoderforeningen⁴⁶.

5.4. Håndtering på sygehus

5.4.1. Infektionshygiejne og isolation

Isolation af patienter kan foregå som vanligt ved isolation ved smitsomme sygdomme. Der kan ske kohorteisolation efter vanlige principper. Personale kan henholde sig til NIR for mistænkt eller bekræftet COVID-19⁴⁷.

5.4.2. Klinisk vurdering, udredning og test for ny coronavirus (SARS-CoV-2)

Patienter med behov for sygehusbehandling skal håndteres på hovedfunktionsniveau på et akutsygehus. Børn skal modtages på pædiatrisk afdeling.

Ved udredning for COVID-19 på sygehus, skal der foretages en klinisk vurdering af patienten, herunder en vurdering af symptomer på COVID-19 samt en test for SARS-CoV-2. Der skal desuden udføres eller henvises til relevant laboratorie- og billeddiagnostik. Dertil skal der foretages relevant differentialdiagnostisk udredning for andre tilstande.

Laboratoriediagnostik skal altid udføres på trakealsekret ved nedre luftvejssymptomer og hos intuberet patient. Hvis der alene er øvre luftvejssymptomer, kan man nøjes med svælgpodning i sygehusregi. For at opnå den højeste mulige sensitivitet skal svælgpodning kun anvendes hos patienter med øvre luftvejssymptomer, og podepinden skal føres over bagre svælgvæg uden at røre tænder, tunge og kindslimhinde^{48,49}.

Ved klinisk vurdering for COVID-19 på sygehus overtages behandlingsansvaret af sygehuset, når der indledes vurdering og udredning, og sygehuset er samtidig ansvarlig for at aftale det videre behandlingsforløb, herunder evt. indlæggelse, hjemmeisolation, informering af nære kontakter m.v. og samtidig sikre, at patienten modtager relevant

⁴⁶ <https://www.dsoq.dk/covid19>

⁴⁷ <https://covid19.ssi.dk/hygiejne/sundhedspersonale>

⁴⁸ World Health Organization, 2020. Clinical care for severe acute respiratory infection: toolkit: COVID-19 adaptation. Tilgængelig på: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331736>

⁴⁹ Centres for Disease Control and Prevention, 2021. Interim Guidelines for Collecting and Handling of Clinical Specimens for COVID-19 Testing. Tilgængelig på: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/lab/guidelines-clinical-specimens.html>

information herom (se *Håndtering af patienter med luftvejssymptomer i almen praksis - under hensyntagen til COVID-19*⁵⁰ for liste som beskriver hvad patienten skal informeres om).

5.4.3. Planlægning af ikke-akutte kirurgiske indgreb for patienter, som nyligt har overstået infektion med ny coronavirus (SARS-Cov-2)

Ved planlægning af kirurgiske indgreb, som ikke er akutte, og som der derfor er mulighed for at udskyde, tilsiger nogle studier, at der er signifikant højere risiko for pulmonale komplikationer og dødelighed ved kirurgi inden for de første 6 uger af overstået infektion^{51,52}. Hvis muligt bør det derfor overvejes efter et forsigtighedsprincip at udskyde kirurgi der kan vente uden væsentlige gener eller risiko for patienten til 7 uger eller mere efter dokumenteret infektion.

I overvejelse af udskydelse bør det fortsat tilstræbes at planlægge indgrebet inden for så kort tid af perioden for gældende ret til hurtig behandling som muligt, og patienten bør informeres om årsag til udskydelse af indgrebet, ligesom årsagen dokumenteres i journalen.

I de nævnte studier ses en signifikant øget risiko ved '*major surgery*' sammenlignet med '*minor surgery*', men der ses en øget risiko for alle typer kirurgi i studierne. Patienter med ganske lille risiko for komplikationer og død inden infektion med SARS-CoV-2 vil have let øget men fortsat lille risiko i de første 6 uger efter infektion. Sundhedsstyrelsen opfordrer til at udarbejde retningslinjer baseret på de tilgængelige studier lokalt i regionen eller på sygehuset.

5.4.4. Klinisk mikrobiologisk afdeling (KMA)

Laboratoriediagnostik for ny coronavirus (SARS-CoV-2) kan udføres på hovedfunktionsniveau af de laboratorier, der har opsat analyserne. Der skal sikres akut svar i vagten, herunder også i weekend og på helligdage.

Kvaliteten af PCR-baseret og serologisk laboratoriediagnostik for ny coronavirus (SARS-CoV-2) som led i diagnostisk og klinisk håndtering af patienter skal sikres og bør være forankret i sygehusenes KMA, som skal sikre kvaliteten af de anvendte analysemetoder, integration af laboratoriedata i etablerede informationssystemer, indrapportering til den danske mikrobiologiske database m.v. Ved brug af analysekapaciteter i andre regionale eller eksterne laboratoriefaciliteter, påhviler det også KMA at sikre kvalitet af analyse og data.

5.4.5. Intensiv afdeling

Ved behov for intensiv behandling, herunder mekanisk ventilation (respirator), kan dette varetages på hovedfunktionsniveau. Patienterne indlægges i isolation og håndteres i henhold til retningslinjer for dråbeinfektion.

⁵⁰ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/Haandtering-af-patienter-med-luftvejssymptomer-i-almen-praksis---under-hensyntagen-til-COVID-19>

⁵¹ COVIDSurg Collaborative. *Lancet* 2020; 396: 27–38, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31182-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31182-X).

⁵² COVIDSurg Collaborative & GlobalSurg Collaborative. *Anaesthesia* 2021; 76: 748–758, <https://doi.org/10.1111/anae.15458>

Ved patientkontakt indenfor 1-2 meter bør personale bære smittebeskyttelsesudstyr, jf. gældende NIR for mistænkt eller bekræftet COVID-19 fra Statens Serum Institut⁵³ samt *Notat om aerosolgenererende procedurer i luftveje på patienter med mistænkt eller bekræftet COVID-19*⁵⁴ ved højrisikoprocedurer.

Ved behov for ekstrakorporal membran oxygenering (ECMO) vil dette skulle foregå på et af de hospitaler, der er godkendt til at varetage den højt specialiserede funktion, herunder Rigshospitalet (alle børn), Aarhus Universitetshospital (ej børn) og Aalborg Universitetshospital (ej børn), jf. gældende specialeplan.

I forhold til uafvendeligt døende patienter, genoplivning og håndtering af afdøde henvises der til NIR for mistænkt eller bekræftet COVID-19 foruden vanlige procedurer for håndtering af afdøde med isolationskrævende smitsomme sygdomme.

⁵³ Statens Serum Institut. Infektionshygiejniske forholdsregler ved udførelse af aerosolgenererende procedurer i luftveje på patienter med mistænkt eller bekræftet covid-19 Nyeste version tilgængelig på:
<https://covid19.ssi.dk/hygiejne/sundhedspersonale>

⁵⁴ Statens Serum Institut. Infektionshygiejniske forholdsregler ved udførelse af aerosolgenererende procedurer i luftveje på patienter med mistænkt eller bekræftet covid-19 Nyeste version tilgængelig på:
<https://covid19.ssi.dk/hygiejne/sundhedspersonale>

6. Typer af test for ny coronavirus (SARS-CoV-2)

6.1. Diagnostisk PCR test

En diagnostisk PCR test kan påvise RNA fra ny coronavirus (SARS-CoV-2), og analysen foretages på prøvemateriale fra svælgpodninger, ekspektorat eller trakealsug. Information om hvorvidt en person er smittet kan tjene forskellige formål. Disse formål fremgår af nedenstående boks.

Formål med diagnostisk PCR test for ny coronavirus (SARS-CoV-2):

- Et medicinsk diagnostisk formål – hvor testudfaldet er betydende i forhold til en videre behandling
- Et smitteforebyggende formål - hvor formålet fx er at understøtte selvisolation, undgå smitte på sygehuse, håndtere smitteudbrud på institutioner mv.
- Et primært epidemiologisk formål – hvor formålet er at danne et systematisk overblik over smittespredning.

6.2. Om diagnostisk test hos personer uden symptomer

Ved diagnostisk test for ny coronavirus (SARS-CoV-2) skal man generelt være opmærksom på, at den prædiktive værdi for en mikrobiologisk undersøgelse, bl.a. afhænger af:

- om patienten har karakteristiske og fremtrædende symptomer
- om relevante differentialdiagnoser er udelukket
- om der kan opsamles relevant prøvemateriale fra slimhinder
- at prøven tages korrekt fra det sted, hvor man antager, at der er høj virus load, samt
- at den efterfølgende laboratoriebehandling af prøven er af høj kvalitet.

Dette betyder generelt, at undersøgelse af asymptomatiske personer kan have en lav prædiktiv værdi ift. at udsige, om den enkelte er smittet eller kan smitte.

Hvis en asymptomatisk person testes positiv for ny coronavirus (SARS-CoV-2), skal personen iværksætte selvinitieret isolation i 7 dage⁵⁵ efter positiv test. Såfremt personen i forløbet frembyder symptomer, gælder vanlig praksis med isolation indtil 48 timer efter symptomophør eller, ved persisterende symptomer, jf. anbefalinger i afsnit 2.2.1.

⁵⁵ På baggrund af faglig rådgivning og en gennemgang af andre nationale retningslinjer.

6.3. Test af asymptomatiske børn

Mindre børn har svært ved at kooperere til svælgpodning, og fastholdelse er derfor oftest nødvendig. Derudover vil der blandt børn med behov for planlagt ambulans undersøgelse eller indlæggelse ofte være mange med kroniske lidelser og hyppige kontakter, og dermed hyppige test for ny coronavirus (SARS-CoV-2).

I alle tilfælde skal man være tilbageholdende med at udføre potentielt traumatiserende procedurer på børn, og beslutning om, hvorvidt der skal foretages test af asymptomatiske børn, skal derfor tage hensyn til formålet med og konsekvensen af testen, herunder om det har betydning for barnet. Fsva. mindre børn, der endnu ikke er startet i institution, og som for praktiske formål kun omgås familiemedlemmer inden for en afgrænset gruppe, anbefales det som udgangspunkt, kun at teste hvis barnet har symptomer, eller hvis det på baggrund af en sundhedsfaglig visitation vurderes relevant. For nyfødte børn af en mor med bekræftet COVID-19 gælder det samme. Se desuden *COVID-19: Opsporing og håndtering af nære kontakter* for håndtering af nære kontakter til et smittet barn⁵⁶.

Test af asymptomatiske børn til og med 12 år anbefales kun, hvis resultatet kan have betydning for det videre behandlingsforløb eller hvis andre særlige forhold taler herfor.

Ved 'særlige forhold' skal forstås følgende:

- Børn som er nære kontakter
- Børn som skal podes som led i håndtering af udbrud på fx skoler eller i daginstitutioner
- Børn som ved indrejse til landet har behov for test, fx hvis de kommer hjem fra en rejse til et land eller en region, hvortil Udenrigsministeriet grundet COVID-19 fraråder ikke-nødvendige rejser (orange område)

I situationer hvor det vurderes relevant at kende smittestatus hos asymptomatiske børn til og med 12 år, fx forud for indlæggelse eller forud for særlige procedurer, kan man for praktiske formål, i stedet teste barnets forældre for ny coronavirus (SARS-CoV-2).

For børn over 12 år følges som udgangspunkt retningslinjer for voksne, men aldersskellet er vejledende og beslutning om test bør bero på en konkret faglig vurdering.

6.4. Test af personer med tidligere påvist COVID-19

Opgørelser indtil nu viser, at reelle re-infektioner er meget sjældne, og at en positiv PCR-test uden nytilkomne symptomer i månederne efter initial symptomdebut/positiv PCR-test sandsynligvis er tegn på, at PCR-testen kan detektere ikke-infektiøst virus-RNA, og således ikke typisk ses som tegn på re-infektion.

Hvis en asymptomatisk person testes positiv for ny coronavirus (SARS-CoV-2) inden for 12 måneder efter overstået, bekræftet COVID-19 (fx forud for indlæggelse, eller som følge af nær kontakt til en person med bekræftet COVID-19) tolkes et positivt testresultat efter følgende:

⁵⁶ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/COVID-19-Opsporing-og-haandtering-af-naere-kontakter>

- Tidligere påvist COVID-19 < 12 uger siden: Det positive testresultat tilskrives inaktivt virus RNA.
- Tidligere påvist COVID-19 > 12 uger siden: Det kan ikke udelukkes at det positive testresultat skyldes re-infektion med ny coronavirus (SARS-CoV-2), hvorfor personen ud fra et forsigtighedsprincip håndteres som værende ny-smittet.

Ovenstående forudsætter at personen, som minimum har haft ophør af symptomer i 48 timer og er at betragte som rask ift. sin tidligere COVID-19 infektion.

Hvis personer udvikler symptomer, som kan være COVID-19, inden for denne periode bør personen håndteres som smittet og selvisolere indtil 48 timer efter symptomophør. Der kan samtidig efter en konkret lægefaglig vurdering foretages relevante tests for fx influenza med henblik på differentialdiagnostik.

Hos immunkompromitterede patienter, bør tolkning af et positivt testresultat < 12 uger efter overstået infektion med ny coronavirus (SARS-CoV-2) bero på en konkret sundhedsfaglig vurdering.

Hvis en person med tidligere påvist COVID-19 udvikler symptomer forenelige med COVID-19 inden for 12 uger efter en positiv test, kan man vælge at teste for ny coronavirus (SARS CoV-2) igen, såfremt anden relevant ætiologi kan udelukkes. Der kan med fordel rettes henvendelse til infektionsmedicinsk ekspertise mhp. nærmere afklaring vedrørende re-infektion. Særligt hvis symptomerne opstår inden for 14 dage efter nær kontakt til en person smittet med ny coronavirus (SARS-CoV-2). Der bør samtidig indsamles epidemiologiske oplysninger (længde af symptomfri periode, hvorvidt der har været en mellemliggende negativ test mv.) og sekventeringsdata. Personer, under mistanke for re-infektion, bør isoleres jf. indeværende retningslinjer og fortsat følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for smitteforebyggelse.

6.5. Antigentest

Antigentest (hurtigtest/lyntest) for ny coronavirus (SARS-CoV-2) er baseret på immunkemisk påvisning af virusproteiner (antigener) og foretages ved en næsepodning.

Væsentlige fordele ved brug af hurtigtest er, at den samlede testkapacitet hurtigt kan opskaleres og at testene giver svar inden for 15 minutter, så smittekæder kan brydes hurtigere. Den største ulempe ved brugen af hurtigtest er, at følsomheden er lavere end ved PCR-test. Desuden vil testene selv med en meget høj specificitet på fx 99%, også medføre et betydeligt antal falsk positive tests, når der screenes store befolkningsgrupper gentagne gange.

For mere information vedrørende hurtigtest henvises til Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for brug af antigentes*⁵⁷.

⁵⁷ Sundhedsstyrelsen, 2020, Anbefalinger for brug af antigentest: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Anbefalinger-for-brug-af-hurtigtest>.

6.6. Antistofundersøgelse

Antistoftest er en serologisk undersøgelse der kan påvise forekomsten af antistoffer over for ny coronavirus (SARS-CoV-2). Den prædiktive værdi af et positivt testsvar på en antistoftest er afhængig af, om den pågældende har haft relevant eksponering og/eller relevante symptomer på COVID-19.

Neden for fremgår indikationer for antistofundersøgelse:

- Som led i udredning og afklaring af mulige senfølger, i særdeleshed såfremt der ikke foreligger positive PCR-testsvar fra den akutte fase af sygdommen, eller anden dokumentation for at symptomer kan være COVID-19-relaterede.
- Som led i en samlet vurdering af patienter der har haft ukarakteristiske eller uafklarede sygdomsforløb som kan være relateret til COVID-19, fx multisystem-inflammatorisk syndrom hos børn og unge. Her vil den kliniske udredning som udgangspunkt foregå i pædiatrisk regi.
- Som led i epidemiologisk overvågning, hvor man gennem regelmæssige testninger kan følge smittetrykket i en udvalgt del af befolkningen.

Antistoftests bør for nuværende ikke anvendes til at give raske borgere svar på om man tidligere har været smittet med ny coronavirus (SARS-CoV-2).

6.7. Helgenomsekventering

Helgenomsekventering (WGS) af ny coronavirus (SARS-CoV-2) gør det muligt at sekventere virussens fulde genom, og kan anvendes til at afgøre om virusisolater fra personer med påvist COVID-19 er genotypisk ens.

Ved påvisning af ny coronavirus (SARS-CoV-2) skal laboratoriet fremsende prøvemateriale til Statens Serum Institut med henblik på helgenomsekventering (WGS), medmindre en sådan WGS allerede er foretaget og en brugbar helgenomsekvens kan sendes til SSI. For yderligere information henvises til SSI's hjemmeside for COVID-19⁵⁸.

Som supplement videreudvikles Delta-PCR-test/variant-PCR-test løbende, som inden for 12-24 timer bl.a. kan vise om SARS-CoV-2-infektionen er med en virusvariant med mutationerne E484K og N501Y⁵⁹.

⁵⁸ <https://covid19.ssi.dk/diagnostik/sekventering>

⁵⁹ <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2021/ny-delta-3-pcr-test-sporer-mutationer>

7. Personale i sundhedsvæsenet, ældreplejen og visse dele af socialområdet

7.1. Personale i øget risiko

Særlige tiltag på arbejdspladsen for vaccinerede personer i øget risiko

Færdigvaccinerede personer i øget risiko kan gå på arbejde, som de plejer og behøver ikke blive omplaceret, hvis Sundhedsstyrelsens råd til forebyggelse af smitte kan overholdes.

Der er dog enkelte undtagelser, fx bør færdigvaccinerede personer i øget risiko for et alvorligt forløb fortsat ikke varetage funktioner, hvor deltagelse i pleje, omsorg eller behandling af eller tæt kontakt med personer med mistænkt eller bekræftet COVID-19 udgør størstedelen af arbejdet, herunder fx på COVID-19-afsnit på sygehus.

Færdigvaccinerede gravide kan som udgangspunkt også undtages for omplacering og/eller hjemsendelse fra graviditetsuge 28+0. Den gravides partner behøver heller ikke omplaceres hvis enten de selv eller den gravide er færdigvaccineret.

Der kan dog være særlige individuelle faktorer, der sætter den gravide i særligt risiko på trods af færdigvaccination. Det kan fx være kombination af flere sygdomme og tilstande, der medfører øget risiko, fx graviditet, overvægt og svær hjertesygdom, der betyder at der kan være behov for særlige forholdsregler.

Uddybende information om anbefalinger for vaccinerede personer kan findes i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger til vaccinerede individer*⁶⁰.

Personer, som er i øget risiko for alvorligt forløb ved COVID-19⁶¹ og er ansat i sundheds-, social- eller ældresektoren, og visse dele af socialområdet, skal ikke varetage opgaver eller funktioner i deres arbejde, hvor de deltager i pleje, omsorg eller behandling af og har tæt kontakt med en borger eller patient, hvor der er mistanke om eller bekræftet COVID-19. Det gælder også selvom medarbejderen er færdigvaccineret eller tidligere smittet inden for 12 måneder. I sådanne tilfælde skal personen i øget risiko

⁶⁰ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/Anbefalinger-for-vaccinerede-personer>

⁶¹ For mere information om øget risiko henvises til Sundhedsstyrelsens Personer med øget risiko ved COVID-19 - fagligt grundlag <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Personer-med-oeget-risiko-ved-COVID-19>

flyttes til anden opgave eller funktion. Dette gælder også personale, der deler husstand med en person i øget risiko for alvorligt forløb.

Derudover vil der være få personer i øget risiko, som på baggrund af en konkret individuel vurdering fra deres læge, slet ikke bør møde på arbejde. For mere information herom henvises til anbefalingerne *Gode råd til dig, der er i øget risiko*⁶².

7.2. Personale og smitteforhold

Medarbejdere må ikke møde på arbejde ved lette luftvejssymptomer, som kan give mistanke om COVID-19, og skal umiddelbart forlade arbejdspladsen ved symptomdebut. Medarbejdere kan ved lette symptomer testes som beskrevet ovenfor og kan ved negativ test for ny coronavirus (SARS-CoV-2) møde på arbejde. Ved positiv test kan medarbejderen møde på arbejde 48 timer efter symptomophør eller, ved persisterende symptomer, jf. anbefalinger i afsnit 2.2.1.

7.3. Definition af nære kontakter i sundheds- og ældresektoren, samt visse dele af socialområdet

Der gælder særlige forholdsregler ved kontaktopsporing blandt personale i sundheds-, ældre og visse dele af socialområdet i forhold til, hvornår personalet defineres som nær kontakt. Definitionen afhænger bl.a. af hvilke værnemidler der har været anvendt i den pågældende situation.

Helt grundlæggende er det en forudsætning, at sundheds- og plejepersonale på arbejdspladsen overholder de generelle infektionshygiejniske retningslinjer, vedrørende korrekt brug af værnemidler, håndhygiejne, håndtering af smittefarlige sekreter mv.

I nedenstående boks ses en overordnet beskrivelse af hvornår sundheds- og plejepersonale defineres som nær kontakt.

⁶² <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Pjece-Gode-raad-til-dig-i-oeget-risiko>

Kriterier for, hvornår sundhedspersonale defineres som nær kontakt

- Sundhedspersonale er nær kontakt til en COVID-19-smittet hvis der ikke har været anvendt tilstrækkelige værnemidler jf. relevant NIR for den pågældende situation, og når de i øvrigt opfylder kriterier for nær kontakt. Disse omfatter at have haft direkte fysisk kontakt eller ubeskyttet kontakt til smittefarlige sekreter og/eller at have haft kontakt inden for 2 meter i mere end 15 minutter.
- Personale der ikke er nær kontakt, men som har været tæt på en person, der siden viser sig at være smittet med COVID-19, kan screenes med test ud fra et forsigtighedsprincip, men skal ikke gå i selvisolation og kan arbejde ind til testsvar foreligger. Screening kan fx ske på 4. og 6. dag efter eksponering.

Ved foreskrevne værnemidler menes de værnemidler der anbefales i den givne situation, fx ud fra den viden der er på det aktuelle tidspunkt om smittestatus hos den pågældende patient eller som foreskrevet til den enkelte procedure jf. NIR for mistænkt eller bekræftet COVID-19⁶³. Derudover skal det bemærkes at der generelt bør anvendes værnemidler som foreskrevet i relevant NIR⁶⁴. Der vil være situationer, hvor der jf. NIR ikke anbefales personlige værnemidler.

Såfremt der forekommer to eller flere tilfælde med ny coronavirus (SARS-CoV-2) i en afgrænset gruppe, fx på en afdeling eller i en klinik håndteres dette som et udbrud jf. afsnit 4.6 i indeværende retningslinje. Ved udbrud på plejehjem, botilbud mv. håndteres dette jf. Sundhedsstyrelsens *Vejledning om forebyggelse af smitte med ny coronavirus på plejehjem, botilbud og andre institutioner*⁶⁵.

Det er vigtigt at bemærke, at principperne beskrevet i dette kapitel er vejledende. I kontaktopsporingsarbejdet er det imidlertid væsentligt altid at foretage en konkret vurdering af den enkelte situation og smitterisiko.

⁶³ [Infektionshygiejniske retningslinjer for sundhedspersonale ifm. covid-19 \(ssi.dk\)](https://ssi.dk/infektionshygiejniske-retningslinjer-for-sundhedspersonale-ifm-covid-19)

⁶⁴ Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR) for generelle forholdsregler i sundhedssektoren, og Supplerende Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer udarbejdes af Statens Serum Institut og findes på: <https://hygiejne.ssi.dk/retningslinjer/nir>

⁶⁵ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/vejledning-om-forebyggelse-af-spredning-af-covid-19-paa-plejecentre-bosteder>

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥+●