

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 20/42649-1
Saksbehandler: Kine Lynum
Dato: 12.11.2020

Besvarelse av oppdrag 217 - Skjerming av helseinstitusjoner

Vedlagt besvarelse av oppdrag 217.

Utredningen er gjort i tett samarbeid med Folkehelseinstituttet.

Vennlig hilsen

Helga Katharina Haug e.f.
avdelingsdirektør

Kine Lynum
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

HelseDirektoratets svar på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om skjerming av helseinstitusjoner

12. 11. 2020

Oppdrag nr: 217

Innhold

1	Beskrivelse og forståelse av oppdraget	3
1.1	Beskrivelse av oppdraget	3
1.2	Forståelse og avgrensning.....	3
2	Organisering og gjennomføring av arbeidet	4
3	Henvisning til relevante oppdrag	5
4	Adgangsbegrensning i helseinstitusjoner	5
5	Bruk av hurtigtester for ansatte og pårørende.....	6
5.1	Bakgrunn om hurtigtester	6
5.2	Smitte og jevnlig testing i sykehjem.....	7
5.3	Vurdering av testmetode og hyppighet	7
5.4	Hurtigtest før ansatte går på jobb i sykehjem	7
5.5	Hurtigtest av pårørende.....	8
6	Utvidet bruk av munnbind og hansker for ansatte og pårørende	8
6.1	Om beskyttelsesutstyr	9
6.2	Utvidet bruk av beskyttelsesutstyr for ansatte.....	9
6.3	Utvidet bruk av beskyttelsesutstyr for besøkende	10
7	Tilgjengelighet av smittevernutstyr	10
7.1	Utvidet bruk av munnbind for ansatte og pårørende.....	10
7.2	Utvidet bruk av hansker for ansatte og pårørende	11
8	Referanser	12

1 Beskrivelse og forståelse av oppdraget

1.1 Beskrivelse av oppdraget

I alle land, også i Norge har vi sett at det i stor grad er de eldste og de med kroniske sykdommer som er mest utsatt for alvorlige sykdomsforløp med covid-19. Det er derfor viktig å vurdere tiltak for å beskytte disse gruppene. Når det gjelder besøksbegrensninger og smitteverntiltak ved gjennomføring av besøk er det løpende gjort utredninger, gjennomført tiltak og gitt nasjonale anbefalinger. Helsedirektoratets anbefalinger om besøk i helse- og omsorgsinstitusjoner er løpende oppdatert. Anbefalingene gir klare vurderingskriterier både i situasjoner med lite smitte og i situasjoner med lokale smitteutbrudd. I utbruddskommuner gjennomføres det allerede adgangsbegrensninger i helse- og omsorgsinstitusjoner.

Begrensninger i sosial kontakt kan være viktig for å skjerme sårbare grupper for smitte, men samtidig er det viktig at erfaringene fra våren 2020 tas med når en vurderer og planlegger nye tiltak, slik at vi så langt som mulig unngår sosial isolasjon, ensomhet og økt belastning på pårørende.

Oppdraget gitt i oppdrag 217 er todelt, hvor første del handler om adgangsbegrensning i helseinstitusjoner, og andre del omhandler bruk av hurtigtester og utvidet bruk av munnbind og hansker, for ansatte og besøkende knyttet til beboere i sykehjem og omsorgsboliger.

Om adgangsbegrensning i helseinstitusjoner:

Helsedirektoratet bes om å presisere gitte anbefalinger i veiledere om opplæring og gjennomgang av rutiner for å skjerme helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste for økt smitte.

Om bruk av hurtigtester og utvidet bruk av munnbind og hansker for ansatte og pårørende knyttet til beboere i sykehjem og omsorgsboliger:

Som et mulig tiltak for å redusere smitte fra ansatte til beboere i kommunale helseinstitusjoner har Helsedirektoratet foreslått å vurdere krav om hurtigtest før man går på jobb i sykehjem og omsorgsboliger. Utvidet bruk av munnbind og hansker for ansatte og besøkende kan også være tiltak som bør vurderes. Testing av pårørende kan vurderes når hurtigtesting er implementert.

Det er behov for mer utredning før det på nasjonalt nivå innføres anbefaling eller krav om dette.

Helsedirektoratet bes på denne bakgrunn om å utrede om det på nasjonalt nivå bør innføres anbefaling eller forskriftsfestet krav om

- hurtigtest før ansatte går på jobb i sykehjem
- hurtigtest av pårørende
- utvidet bruk av munnbind og hansker for ansatte og pårørende

Anbefalinger eller krav om økt bruk av smittevernutstyr må ses i sammenheng med tilgjengeligheten av utstyr til enhver tid gjennom forløpet av pandemien.

1.2 Forståelse og avgrensning

I oppdragsbeskrivelsen fra HOD er kun helseinstitusjoner tatt med i teksten under adgangsbegrensning. Helsedirektoratet synes det er formålstjenlig å utvide gjennomgangen til å omfatte helse- og omsorgsinstitusjoner. Denne avgrensningen sammenfaller i større grad med begrepsbruken i Helsedirektoratets veiledere. Helsedirektoratet vil i tråd med dette gjøre en gjennomgang av gitte anbefalinger i veiledere om opplæring og gjennomgang av rutiner for å skjerme helse- og omsorgsinstitusjoner for økt smitte, og ta inn presiseringer der det Oppdrag 217 Skjerming av helseinstitusjoner

anses nødvendig. Dette gjøres både i anbefalinger for spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Utredningen har hatt kort tidsfrist, noe som gjenspeiles i hva som er inkludert oppdragsbesvarelsen. Utredningen knyttet til hurtigtester inkluderer kun sykehjem, og kan ikke overføres til andre helse- og omsorgsinstitusjoner verken i kommune- eller spesialisthelsetjenesten uten at nye vurderinger legges til grunn.

Utredningen knyttet til utvidet bruk av beskyttelsesutstyr for ansatte og besøkende er avgrenset til sykehjem. Vurderingen er aktuell for, men ikke nødvendigvis direkte overførbar til, andre deler av kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste.

2 Organisering og gjennomføring av arbeidet

Arbeidet har vært gjennomført i samarbeid med Folkehelseinstituttet. Innenfor tidsrammen på 7 dager, har vi gjennomført følgende aktiviteter:

- Gjennomgang av Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets arbeid som er relevant for oppdraget
- Gjennomgang av Helsedirektoratets anbefalinger i veiledere knyttet til opplæring og gjennomgang av rutiner
- Drøfting av mulige nye tiltak i arbeidsgruppa

Arbeidsgruppe i Helsedirektoratet:

- Kine Lynum, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
- Jacqueline Sæby, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
- Therese Opsahl Holte, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
- Berit Kvalvaag Grønnestad, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
- Ole Bø, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
- Magne Jebe Rekvig, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
- Trude Andreassen, avdeling spesialisthelsetjenester
- Sissi Leyell Espetvedt, avdeling spesialisthelsetjenester
- Hanne Elisabet Strømsvik, avdeling spesialisthelsetjenester
- Bente Åshild Tautra, avdeling helserett og bioteknologi
- Line Eikernes Langshold, avdeling psykisk helse og rus
- Karin Yan Kallevik, divisjon folkehelse og forebygging

Arbeidsgruppe i Folkehelseinstituttet, avdeling for smittevern og beredskap:

- Torunn Alberg, seksjon resistens og infeksjonsforebygging
- Nina Sorknes, seksjon resistens og infeksjonsforebygging
- Karan Golestani, seksjon resistens og infeksjonsforebygging
- Hanne-Merete Eriksen-Volle, seksjon resistens og infeksjonsforebygging

3 Henvisning til relevante oppdrag

Arbeidet med besvarelse av oppdrag gitt i oppdrag 217 må ses i relasjon til andre pågående eller ferdigstilte overlappende oppdrag til Helsedirektoratet.

I perioden mars til oktober er det gjort et betydelig arbeid med forslag til tiltak og nasjonale anbefalinger – blant annet i Helsedirektoratets koronaveileder, for å unngå smittespredning til eldre og andre sårbare grupper.

Gjeldende anbefalinger omfatter i stor grad forslag til tiltak for å beskytte sårbare personer mot smitte, hvordan kommunene bør planlegge for ulike smittesituasjoner lokalt og/eller ulike faser i pandemien, samt hvordan tjenester kan opprettholdes ved en eventuelt ny krisesituasjon/nedstengning og kompenserende tiltak. Helsedirektoratet vurderer at disse anbefalingene fortsatt er nyttige og hensiktsmessige, da de beskriver hvordan kommunene bør planlegge for - og vurdere i - ulike smittesituasjoner.

Helsedirektoratet viser spesielt til besvarelse av oppdrag 199 - Nye tiltak for å unngå smittespredning til eldre og andre sårbare grupper og virkninger av langvarige tiltak. Vurderinger av ulike tiltak for å unngå smittespredning til eldre og andre sårbare grupper beskrevet i kapittel 4, er særlig relevant.

4 Adgangsbegrensning i helseinstitusjoner

Den 29. 05.20 publiserte Helsedirektoratet nasjonale anbefalinger for [besøk i helse- og omsorgsinstitusjoner og omsorgsboliger, og tiltak mot sosial isolering](#), kap. 9 i Helsedirektoratets koronaveileder.

Anbefalingene omfatter blant annet råd om smitteverntiltak som skal gjennomføres ved besøk i alle helse- og omsorgsinstitusjoner, vurderingskriterier for når besøk bør reguleres/begrenses, omtale av rettigheter til besøk/frigang og redegjørelser for hjemler til å regulere/begrense besøk, samt tiltak for å hindre sosial isolering. Samtidig sendte Helsedirektoratet brevet *Gjenåpning av kommunale helse- og omsorgstjenester* til landets fylkesmenn, der fylkesmennene blant annet ble bedt om å følge opp kommuner som praktiserte strengere smitteverntiltak enn de offisielle smittevernrådene. De nasjonale anbefalingene er i flere omganger gjort enda klarere for å ivareta menneskers behov for besøk og sosial omgang med andre, samtidig som nødvendige smitteverntiltak iverksettes.

Den 09.10.20 publiserte Helsedirektoratet oppdaterte anbefalinger om besøk i helse- og omsorgsinstitusjoner og omsorgsboliger, og tiltak mot sosial isolering. For å kommunisere vurderingskriteriene enda tydeligere, ble blant annet følgende endringer gjort:

- Det er gitt separate anbefalinger for spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner
- Det er tydeliggjort hvilke tiltak som alltid skal gjennomføres, samt hvilke vurderinger som bør gjøres og hvilke tiltak som bør gjennomføres i en situasjon med lokalt smitteutbrudd
- Det ble tydeliggjort at eventuelle besøksrestriksjoner må ha hjemmel i forsvarlighetskravet og begrunnes ut ifra smittesituasjonen lokalt
- Beskrivelse av hvilke tiltak som kan og bør gjennom i samlokaliserte omsorgsboliger m.v., er samlet i en egen anbefaling.

Anbefalingene gir altså klare vurderingskriterier både i situasjoner med lite smitte og i situasjoner med lokale smitteutbrudd. Helsedirektoratet vurderer at anbefalingene fortsatt er nyttige og hensiktsmessige, da de beskriver hvordan kommunene bør planlegge for - og vurdere i - ulike smittesituasjoner

Ved oppdatering av besøksveilederen 09.10.20, ble det igjen sendt ut nytt brev til fylkesmenn og kommuner.

For ytterligere detaljer om besøksanbefalinger viser vi til besvarelse for oppdrag 199.

Oppdrag 217 Skjerming av helseinstitusjoner

Helsedirektoratet arbeider med avklaringer i regelverket og tydeliggjøring i anbefalinger for at pårørende til kritisk eller døende pasienter kan besøke sine nære i helse- og omsorgsinstitusjoner - også når den besøkende er i karantene.

5 Bruk av hurtigtester for ansatte og pårørende

5.1 Bakgrunn om hurtigtester

Benevnelsen "hurtigtester" brukes her for tester som gir rask påvisning av virus i en prøve og er enkle å bruke. Testene kan enten brukes av helsepersonell eller av personer uten helsefaglig utdanning (selvtester). Hurtigtester kan påvise virus gjennom nukleinsyrebaserte metoder som PCR eller isoterm oppformering (f.eks. LAMP teknologi), eller basere seg på antigenpåvisning, her kalt antigenester.

Disse antigenestene varierer stort i kvalitet, men selv de beste har en noe lavere sensitivitet og spesifisitet enn rt-PCR. Testene vil mest sannsynlig kunne påvise infeksjon i prøver med høy virusmengde. Foreløpige data tyder på at de beste testene har svært god evne til å korrekt identifisere infeksjon i prøver fra smittsomme personer (over 90 % sensitivitet ved ct-verdier under 30 og god korrelasjon med dyrkning av virus). De vil derfor være gode på å identifisere infeksjon hos pre-symptomatiske pasienter (1-2 dager før symptomdebut) og pasienter i tidlig symptomatisk fase (de første 4-6 dager med symptomer).

Hos personer lenger ut i sykdomsforløpet forventes betydelig lavere virusmengde i øvre luftveier, og da vil hurtigtester være mindre egnet, men da vil også smitterisikoen fra smittet person være svært liten [1, 2]. Antakelig er det særlig blant disse, samt i et kort tidsrom i starten mens virusmengde er på vei opp, at risikoen for falskt negative testresultater med antigenester er høyere enn med rt-PCR.

Spesifisiteten til antigenestene er sannsynligvis noe lavere enn rt-PCR, noe som gir en økt risiko for falske positive, særlig ved testing av personer med lav pretest sannsynlighet. En noe lavere positiv prediktiv verdi vil kunne bedres ved retesting av positive prøver der det er aktuelt.

Ved riktig bruksområde kan hurtigtestene være ett godt verktøy i den nasjonale teststrategi, men nytten vil være avhengig av den epidemiologiske situasjonen og hvilken populasjon den brukes på. Når testing brukes for å senke smitten i samfunnet vil antigenesting sannsynligvis være svært nyttig. I disse tilfellene vil hyppighet og svartid i de fleste tilfeller være viktigere enn en litt høyere sensitivitet [3].

Formålet med testingen og den forventede forekomsten av infeksjon blant personene som testes, avgjør hvilke krav vi bør stille til testen diagnostiske egenskaper.

Foreløpig er de fleste studier på hurtigtester gjort på symptomatiske individer og ikke validerte for bruk for screening av asymptomatiske.

Hurtigtester varierer også i type og forpakninger. Foreløpig finns det i dag i Norge, ingen hurtigtester som kan tas av personer i hjemmet, da de 2 typer som finnes i dag (Roche Rapid antigen test, Abbott Panbio Ag Rapid test) trenger håndtering av prøven av personell som er opplært.

Bruk av antigen hurtigtester er under evaluering i mange land i Europa og er tatt i bruk i enkelte situasjoner noen steder. I Norge er en evaluering av testene i gang og vi forventer resultater fra denne, samt anbefalinger for bruk, klare rundt 1. desember 2020.

5.2 Smitte og jevnlig testing i sykehjem

Flere studier viser at beboere på sykehjem kan ha atypiske symptomer på covid-19. Lav terskel for testing er derfor viktig i denne gruppen. Med en symptombasert teststrategi vil en miste asymptomatiske infeksjoner [4, 5, 6]. Dersom de første tilfellene oppdages sent, vil risiko for utbrudd økes. I en amerikansk studie, ble det gjennomført massetesting ved 28 sykehjem, hvor man fant en kraftig økt risiko for smitte av beboere dersom det allerede var ett tilfelle av covid-19, sammenlignet med sykehjem med ingen tidligere tilfeller, 47 % respektive 1,5 % [7].

Jevnlig screening i sykehjem ukentlig eller 1 gang annenhver uke er anbefalt av ECDC ved økt smitterisiko i samfunnet [8]. Teststrategier basert på forskjellige hyppighet av screening har vist å være effektivt for å redusere smitte inn i sykehjem, men også for å forhindre spredning ved påvist smitte. Frekvensen av testing av ansatte og eventuelt beboere vil være avhengig av insidens av smitte lokalt i samfunnet og implementerte smitteverntiltak, både i samfunnet og de enkelte sykehjem [9, 10]. Ved screening vil kort svartid være viktigere enn den testmetoden med høyest sensitivitet, og gode hurtigtester vil mange steder være å foretrekke foran PCR testing.

Screening ved innleggelse på sykehjem er et annet tiltak som også vil være hensiktsmessig ved økt smittetrykk i samfunnet, der en retesting etter 3-5 dager også kan vurderes [11].

5.3 Vurdering av testmetode og hyppighet

Jevnlig testing med dyp neseprøve, vill være ubehagelig og en stor belastning for den enkelte. Ved underliggende blødningstendens (for eksempel på grunn av medikamentbruk eller sykdom) vil prøvetakingen medføre økt risiko for neseblødninger.

Fremre neseprøve er en enklere og mindre ubehagelig prøvetakingsmetode. I et flertall studier har man funnet sammenliknbare resultat mellom selvprøvetaking av fremre neseprøve og dyp neseprøvetaking utført av helsepersonell, der likhet ved positiv teste, på rt-PCR var 86-100 % og negativ likhet opp mot 100 % [12, 13]. I en nylig publisert tysk studie, ble rt-PCR prøvetaket med dyp neseprøve sammenliknet med antigen hurtigtest med selvprøvetaking av fremre neseprøve. Overall sensitivitet med fremre neseprøve (hurtigtest) ble beregnet til 74,4 % og spesifisitet 99,2 %. Sensitivitet økte til 96 % hos gruppen med høy virusmengde [14].

En liten reduksjon i sensitivitet vil sannsynligvis ikke påvirke effektiviteten til ulike screening strategier, og fremre neseprøvetaking bør vurderes som testmetode. Det anbefales ytterligere studier av denne testmetoden for å evaluere sensitivitet og spesifisitet i testede individer som er asymptomatiske.

5.4 Hurtigtest før ansatte går på jobb i sykehjem

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet anser at en strategi med daglig testing av ansatte på sykehjem ikke er et hensiktsmessig tiltak ved dagens epidemiologiske situasjon og vil sannsynligvis ikke være gjennomførbart på grunn av ressursmessige og personalmessige årsaker.

Ved riktig bruksområde kan hurtigtestene være et godt verktøy i den nasjonale teststrategi, men nytten vil være avhengig av den epidemiologiske situasjonen og hvilken populasjon den brukes på. Det er fortsatt en viss begrensning i tilgang til hurtigtester i Norge og ingen hurtigtester som kan tas av personer selv i hjemmet.

Basert på dagens epidemiologiske situasjon og tilgang til forskjellige typer av tester, anbefaler Folkehelseinstituttet at det ved økt smitte i nærsamfunnet bør vurderes en teststrategi basert på jevnlig overvåking, hvor det gjennomføres screening av alle ansatte og beboere. Frekvensen på overvåkingstesting vil være avhengig av den lokale epidemiologiske situasjonen, tilgang til forskjellige tester, og implementerte smitteverntiltak.

Det betones også fra Folkehelseinstituttet at de nasjonale smittevern rådene for sykehjem beskrevet i Folkehelseinstituttets koronaveileder, inklusive forsterkede smitteverntiltak ved økt smitterisiko, vil være den mest effektive måten å redusere risiko for smitte i helseinstitusjoner.

Anbefalt teststrategi ved økt smitterisiko i samfunnet (nivå 4):

- Lav terskel for testing av beboere ved atypiske symptomer
- Ved positivt tilfelle av covid-19 på et sykehjem, bør tiltak for utbruddshåndtering implementeres rask, inkludert jevnlig testing av ansatte og beboere hver tredje dag i 10 dager etter siste funn. Se Folkehelseinstituttets koronaveileder: (<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/sykehjem-og-smittevern-mot-covid-19/#utbruddshaandtering>)
- Beboere/pasienter bør testes for SARS-CoV-2 infeksjon 24-72 time før innleggelse, avhengig av tid til svar. Nytt test etter 5 dager kan vurderes ved situasjon med utbredt smitte i samfunnet (nivå 5)
- Det bør vurderes jevnlig screening av alle ansatte 1 gang i uken til 1 gang annenhver uke. Vurdere jevnlig screening av beboere 1 gang annenhver uke
- Kort svartid vill være viktigere enn svært høy sensitivitet ved valg av testmetode, og antigen hurtigtest vil enkelte steder være bedre egnet enn PCR testing
- Dersom dyp neseprøve er vanskelig, kan fremre neseprøve vurderes, særlig på beboere. For å muliggjøre mer bredt bruk av fremre neseprøve, anbefales ytterligere studier for å se på sensitivitet og spesifisitet i testede individer som er asymptomatiske

Alle arbeidsgivere må etter arbeidsmiljøloven vurdere om de har ansatte eller innleid personale som kan komme i en smittesituasjon enten ved å stå i fare for å bli smittet på arbeidsplassen eller selv utgjøre en smittefare. Arbeidstakere har plikt til å medvirke til å redusere risiko for smittespredning, men å la seg teste for eventuell koronasmitte bygger på frivillighet og Helsedirektoratet ser ikke grunn til å anbefale et påbud om testing ut fra dagens situasjon.

Arbeidsgiver må vurdere risikoen forbundet med ansatte som ikke lar seg teste. Dersom testing gir en vesentlig reduksjon av smitterisiko forbundet med å utføre bestemte oppgaver i institusjonen og arbeidstakeren ikke frivillig lar seg teste, bør arbeidsgiveren vurdere å nekte vedkommende å utføre disse oppgavene.

5.5 Hurtigtest av pårørende

Ved høyt smittepress i samfunnet vil risiko for introduksjon av smitte inn i sykehjem via pårørende øke. Denne risikoen er derimot lavere enn smitte fra ansatte, da pårørende kun treffer en beboer og det kan tilrettelegges for gode smittevernbesøksrutiner. Det vurderes derfor at en overvåkningsstrategi med screening av ansatte vil være mer effektivt for å beskytte beboere på sykehjem, enn testing av besøkende. Restriksjoner av besøkende til sykehjem bør unngås så langt som mulig, men testing av besøkende ved bruk av antigen hurtigtest kan vurderes i enkelte situasjoner.

Det bemerkes at de forebyggende nasjonale smittevernrådene for sykehjem beskrevet i Folkehelseinstituttets koronaveileder, inklusive forsterkede smitteverntiltak ved økt smitterisiko, vil være den mest effektive måten å redusere risiko for smitte i helseinstitusjoner og sikre at besøk kan utføres på en trygg måte.

6 Utvidet bruk av munnbind og hansker for ansatte og pårørende

Forekomsten av covid-19 vil variere over tid, og det kan være betydelige forskjeller i forekomst ulike steder i Norge. Smitterisiko i helse- og omsorgsinstitusjoner vil påvirkes av forekomsten av covid-19 i lokalsamfunnet (kommunen ev. også nabokommuner). Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet ser derfor ikke behov for innføring av en nasjonal anbefaling eller forskriftsfestet krav om bruk av beskyttelsesutstyr, verken for helsepersonell eller besøkende i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner. Den eneste situasjonen hvor det kan være aktuelt med en nasjonal anbefaling eller forskriftsfestet krav, er ved utbredt smitte i hele Norge.

Det vises også til besvarelse av oppdrag 216, hvor utvidet bruk av beskyttelsesutstyr for alle deler av kommune- og spesialisthelsetjenesten er vurdert.

6.1 Om beskyttelsesutstyr

Utvidet bruk av hansker er ikke aktuelt. Hansker skal ikke benyttes rutinemessig, kun i situasjoner hvor det er fare for søl av blod, sekreter og kroppsvæsker, og helsearbeiderens hender kan bli forurenset. Selv i disse situasjonene, vil håndhygiene være et godt tiltak for å forebygge smitte. Håndhygiene er også nødvendig før og etter [bruk av hansker](#).

Formålet med bruk av munnbind er avhengig av hvem som bruker det.

1. Bæres det av en smittet person, vil det begrense smittespredning til omgivelsene (kildekontroll).
2. Bæres det av en «frisk» person i kombinasjon med øyebeskyttelse, kan det beskytte brukeren mot smitte fra andre.

I helsetjenesten anbefales kun bruk av medisinske munnbind (klasse II eller IIR), ikke tøyemunndbind. Dette gjelder både ansatte og besøkende. Skal munnbind ha effekt må de brukes korrekt.

Folkehelseinstituttets anbefalinger er basert på smittevern faglige vurderinger, ikke tilgjengelighet. Ved begrenset tilgang til beskyttelsesutstyr, må bruk for helsepersonell prioriteres foran bruk for besøkende. I tillegg gir Folkehelseinstituttet i koronaveilederen [råd for bruk av beskyttelsesutstyr](#) også råd ved mangel på slikt utstyr.

6.2 Utvidet bruk av beskyttelsesutstyr for ansatte

Ved lav smitterisiko anses de forebyggende nasjonale smittevern rådene for sykehjem beskrevet i Folkehelseinstituttets koronaveileder, som tilstrekkelige. De inkluderer ikke bruk av munnbind på ansatte ved all kontakt nærmere enn 1 meter.

Ved økt spredning av SARS-CoV-2 i samfunnet, og dermed økt smitterisiko, åpner Folkehelseinstituttet for bruk av munnbind på ansatte i helsetjenesten ved kontakt nærmere enn 1 meter med andre ansatte og beboere. Dette er imidlertid ikke det første eller eneste [tiltaket som bør iverksettes i en situasjon med økende smitte](#). Dersom det er etablert et godt system for testing og smittesporing, og smitekilden er kjent for de fleste tilfellene, er det vanligvis tilstrekkelig å følge [basale smittevernrutiner](#) for vurdering av bruk av beskyttelsesutstyr i helsetjenesten.

Folkehelseinstituttet åpner også for bruk av munnbind blant ansatte i berørte enheter/virksomheter ved kontakt nærmere enn 1 meter, når ett tilfelle av covid-19 er bekreftet i enheten. Når situasjonen er under kontroll, bør tiltaket oppheves.

Vurderingen av behovet for forsterkede tiltak, bør baseres på beboernes mulighet for etterlevelse av anbefalte smitteverntiltak, og risiko for alvorlig forløp hvis covid-19 bekreftes i tjenesten. I sykehjem hvor mange beboere har kognitiv svikt, høy alder og underliggende sykdom, er risiko for smittespredning og alvorlig forløp stor. Individuelle vurderinger av risiko må gjøres av lege, i samråd med den enkelte beboer, eventuelt pårørende eller verge.

Forekomsten av covid-19 vil variere over tid, og det kan være betydelige forskjeller i forekomst ulike steder i Norge. Derfor må kommunen, i samarbeid med andre kommuner i samme bo- og arbeidsmarkedsregion og fylkesmannen, og i samråd med Folkehelseinstituttet og/eller Helsedirektoratet, beslutte hvilke epidemiologiske situasjoner som danner grunnlag for når og hvilke forsterkede tiltak som bør iverksettes. Hjelp til vurdering av den epidemiologiske situasjonen finnes i [Håndbok for kommuneleger](#).

Ved ytterligere økt smitterisiko vil Folkehelseinstituttet anbefale munnbind og øyebeskyttelse på ansatte i alle deler av helse- og omsorgstjenesten når det ikke er mulig å holde minst 1 meters avstand til andre. Ved utbredt smitte i samfunnet kan det vurderes om dette bør være et påbud, ikke bare en anbefaling.

6.3 Utvidet bruk av beskyttelsesutstyr for besøkende

Ved lav smitterisiko anses de forebyggende nasjonale [smittevern rådene for besøk i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner](#) i Folkehelseinstituttets koronaveileder, som tilstrekkelige. De inkluderer ikke bruk av munnbind på besøkende.

Ved ytterligere økt smitterisiko vil Folkehelseinstituttet anbefale munnbind på besøkende når det de ikke kan holde minst 1 meters avstand til andre, og når de beveger seg i fellesarealer. Ved utbredt smitte i samfunnet kan det vurderes om dette bør være et påbud, ikke bare en anbefaling.

Ved bruk av munnbind på besøkende, bør en ansatt møte vedkommende ved ankomst og sørge for at den besøkende utfører håndhygiene, får utlevert et medisinsk munnbind og instrueres i korrekt bruk, samt beholder munnbindet på under hele besøket.

7 Tilgjengelighet av smittevernutstyr

7.1 Utvidet bruk av munnbind for ansatte og pårørende

En nasjonal anbefaling om bruk av munnbind for ansatte i nærkontakt med pasienter og beboere i risikogruppen vil utfra Helsedirektoratets eksisterende estimer kunne resultere i knapphet på munnbind, inntil økte forsyninger kan dekke opp det økte forbruket. Om anbefalingen også blir gjeldende for pasienter utenfor risikogruppe vil knappheten bli ytterligere forsterket. Dette vil kreve at alle estimer om forbruk må oppjusteres betydelig, både for de regionale helseforetak (RHF), den kommunale helse- og omsorgstjenesten og nasjonalt beredskapslager. Ved en eventuell nasjonal anbefaling som kun gjelder pårørende i kontakt med beboere vil utslaget være mindre.

Helsedirektoratet er kjent med at kommunene rådfører seg med Folkehelseinstituttet før de eventuelt kommer med en lokal/regional anbefaling om økt bruk av munnbind. Kommuner som anbefaler helsepersonell å bruke munnbind i all nærkontakt med pasienter og beboere får et betydelig økt forbruk av munnbind.

Figuren under er tatt fra Bergen kommunes Altinn-rapportering til Helsedirektoratet, og viser tydelige endringer i rapportert forbruk etter hvert som anbefalinger og retningslinjer rundt indikasjon for bruk av munnbind har blitt endret.



Ved stigende smittetall og stadig flere lokale utbrudd legger Helsedirektoratet til grunn at stadig flere kommuner i ukene fremover vil innføre anbefaling om bruk av munnbind ved pasient og beboerkontakt hvor anbefalingen om avstand ikke kan overholdes.

Ved en generell nasjonal anbefaling om bruk av munnbind ved pasient og beboerkontakt, vil det nasjonale forbruket øke vesentlig.

Det er per i dag god tilgang på munnbind i det internasjonale markedet, men det er lang leveringstid om vanlige kanaler skal benyttes. Ved båttransport er leveringstiden anslått til 2-4 måneder og for togtransport 3-4 uker. Grossistene har varslet om noe utfordringer med transport. Det er mangel på containere i Kina fordi de siden utbruddet av pandemien har eksportert mer og importert mindre varer, med den konsekvens at det står tomme containere andre steder i verden enn i Kina. I tillegg er den eksisterende containerkapasiteten i stor grad allerede er kjøpt til eksport av andre varer til julehøytiden. Dette betyr at estimert leveringstid neppe er kortere enn nevnte estimater.

Helsedirektoratet vurderer at lang leveringstid medfører at må planlegges for at det tar tid å kunne møte et betydelig økt behov knyttet til bruk av munnbind. Ved knappe tidsmarginer er flytransport med chartrede fly et alternativ, men dette er langt mer kostbart. Helsedirektoratet har allerede varslet Helse Sør-Øst om at dette kan bli aktuelt dersom vi kommer i en kritisk situasjon.

Det ble i september 2020 besluttet at kommunene og RHFene skulle legge inn ordrer på smittevernutstyr slik at de med eksisterende beholdning kan dekke 8 måneders forbruk fra 01.01.21. På toppen av dette skulle det nasjonale beredskapslageret ha et volum som dekker både kommunehelsetjenestens og RHFenes forbruk for 6 måneder. Helsedirektoratet kjenner til at RHFene ligger godt an i forhold til denne planen. En kartlegging blant kommunene fra oktober tilsier at omtrent 80% av kommunene vil ha lagt inn slike ordrer innen 01.11.20. Det nasjonale beredskapslageret vil tilfredsstillende måloppnåelsen for enkelte typer smittevernutstyr innen 01.01.21, og for alle typer smittevernutstyri løpet av første kvartal 2021.

En nærmere beskrivelse av hva hhv 6 og 8 måneders forbruk innebærer av volum av hver type smittevernutstyr er utfordrende, og inneholder mange usikre faktorer. Helse Sør-Øst har laget en forbrukskalkulator som et verktøy for å anslå dette. Denne kalkulatoren tar utgangspunkt i historisk forbruk av smittevernutstyr under pandemien som grunnlag for beregningen. Dette innebærer kun forbruk av munnbind i nærkontakt med pasient med mistenkt eller bekreftet covid-19. Ut fra dette vil dagens estimater være alt for lave dersom indikasjonen for bruk av munnbind utvides vesentlig. Helse Sør-Øst har sett på muligheten for å korrigere kalkulatoren. Hvor mye volumet av munnbind skal økes for å imøtekomme kommunenes behov er komplisert å beregne, men det arbeides med dette i smittevernstyrgruppen i Helsedirektoratet.

Helse Sør-Øst har allerede gjort oppjusteringer av lagerbeholdningen til RHFene og nasjonalt beredskapslager for et betydelig økt forbruk av munnbind, og er i ferd med iverksettelse ytterligere kjøp.

7.2 Utvidet bruk av hansker for ansatte og pårørende

Helsedirektoratet kjenner til at det er begrenset tilgang til hansker i det internasjonale markedet. Denne tilgangssituasjonen vil etter all sannsynlighet vil vare ut i 2021 og kanskje 2022.

For transport gjelder de samme forhold, betingelser og vurderinger som for munnbind. Det vises til beskrivelse av dette i kap 8.1.

Merforbruket av hansker som følge av en anbefaling for utvidet bruk for ansatte og pårørende til pasienter, beboere og tjenestemottakere, vil sammenlignet med dagens estimater være lavere enn for munnbind siden det allerede er lagt opp til et betydelig forbruk av hansker i disse tjenestene. En utvidet anbefaling vil derfor ikke ha de samme konsekvensene som for munnbind, som brukes adskillig mindre i en normal situasjon. En eventuell økning i forbruk hansker vil trolig i stor grad være relatert til pårørende eller ved utøvelse av tjenester, hvor det sjeldent brukes hansker i det daglige.

8 Referanser

1. Albert, E., et al. (2020). "Field evaluation of a rapid antigen test (Panbio™ COVID-19 Ag Rapid Test Device) for the diagnosis of COVID-19 in primary healthcare centers." medRxiv: 2020.2010.2016.20213850.
2. van Beek, J., et al. (2020). "From more testing to smart testing: data-guided SARS-CoV-2 testing choices." medRxiv: 2020.2010.2013.20211524.
3. Larremore, D.B., et al., Test sensitivity is secondary to frequency and turnaround time for COVID-19 surveillance. medRxiv, 2020: p. 2020.06.22.20136309.
4. Kelly C. Paap, Anouk M. van Loon, Sarian M. van Rijs, Esther Helmich, Bianca M. Buurman, Martin Smalbrugge, Cees M.P.M. Hertogh. Symptom based and transmission-prevention based testing in long-term care facilities: Symptomatology, clinical course and mortality for residents with COVID-19. medRxiv 2020.10.28.20221275; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.10.28.20221275>
5. Blain, H., Rolland, Y., Benetos, A. et al. Atypical clinical presentation of COVID-19 infection in residents of a long-term care facility. Eur Geriatr Med (2020). <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00352-9>
6. Bigelow BF, Tang O, Barshick B, et al. Outcomes of Universal COVID-19 Testing Following Detection of Incident Cases in 11 Long-term Care Facilities. JAMA Intern Med. Published online July 14, 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.3738
7. Carson Telford, Udodirim Onwubiko, David Holland, Kim Turner et al. Mass Screening for SARS-CoV-2 Infection among Residents and Staff in Twenty-eight Long-term Care Facilities in Fulton County, Georgia. medRxiv 2020.07.01.20144162; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.07.01.20144162>
8. European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 testing strategies and objectives. 15 September 2020. ECDC: Stockholm; 2020.
9. Lanièce Delaunay C, Saeed S, Nguyen QD. Evaluation of Testing Frequency and Sampling for Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Surveillance Strategies in Long-Term Care Facilities. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(11):1574-1576.e2. doi:10.1016/j.jamda.2020.08.022
10. David RM Smith, Audrey Duval, Koen B Pouwels, Didier Guillemot, Jerome Fernandes, Bich-Tram Huynh, Laura Temime, Lulla Opatowski, Optimizing COVID-19 surveillance in long-term care facilities:a modelling study. medRxiv 2020.04.19.20071639; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.19.20071639>
11. Kirshblum, S.C., DeLauter, G., Lopreiato, M.C., Pomeranz, B., Dawson, A., Hammerman, S. and Gans, B.M. (2020), Screening Testing for SARS-CoV-2 upon Admission to Rehabilitation Hospitals in a High COVID-19 Prevalence Community. PM&R: The Journal of Injury, Function and Rehabilitation, 12: 1009-1014. <https://doi.org/10.1002/pmrj.12454>
12. Patriquin G, Davis I, Heinstein C, MacDonald J, Hatchette TF, LeBlanc JJ. Exploring alternative swabs for use in SARS-CoV-2 detection from the oropharynx and anterior nares. J Virol Methods. 2020;285:113948. doi:10.1016/j.jviromet.2020.113948
13. Hanson KE, Barker AP, Hillyard DR, et al. Self-Collected Anterior Nasal and Saliva Specimens versus Health Care Worker-Collected Nasopharyngeal Swabs for the Molecular Detection of SARS-CoV-2. J Clin Microbiol. 2020;58(11):e01824-20. Published 2020 Oct 21. doi:10.1128/JCM.01824-20
14. Lindner, Andreas & Nikolai, Olga & Kausch, Franka & Wintel, Mia & Hommes, Franziska & Gertler, Maximilian & Krüger, Lisa & Gaeddert, Mary & Tobian, Frank & Lainati, Federica & Koeppel, Lisa & Seybold, Joachim & Corman, Victor & Drosten, Christian & Hofmann, Jörg & Sacks, Jilian & Mockenhaupt, Frank & Denkinger, Claudia. (2020). Head-to-head comparison of SARS-CoV-2 antigen-detecting rapid test with self-collected

anterior nasal swab versus professional- collected nasopharyngeal swab. MedRxiv.
10.1101/2020.10.26.20219600.