

COVID-19

Oppdrag fra HOD nr. 618 B - kohortisolering og andre smitteverntiltak i spesialisthelsetjenesten

10 Februar 2022



Oppdragstekst:

Del B: TISK og isolasjon fremover

I tillegg skal FHI og Hdir vurdere hvordan og eventuelt om vi skal fortsette med TISK ved et forhøyet smittenivå. Vurderingen skal inneholde hvilke indikasjoner som skal legges til grunn for å vurdere avvikling av ulike elementer i TISK-strategien, herunder hvor lenge isolasjon bør være en forskriftsfestet plikt, hvor lenge det er hensiktsmessig å drive utstrakt testing, om behovet for kohorter eller andre tiltak i sykehus og om konsekvensene for TISK-tiltak når covid-19 ikke lenger defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom. Det vises til oppdrag 617 om en fornyet vurdering av dette. Hdir og FHI skal også samarbeide om å oppdatere scenarier for testforbruk basert på de anbefalingene som gis knyttet til indikasjon for test i dette oppdraget, og gi en oppdatert vurdering av behovet for ytterligere anskaffelser av tester.

Det bes også om en vurdering av om undersøkelse og behandling, inklusive testing (prøvetaking) og ev. andre tjenester hos lege fortsatt skal være fritatt for egenandel, hvis Covid 19 ikke lenger skal defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom. Det bes i så fall om forslag til hvordan dette skal reguleres, herunder behovet for endring i stønadsforskriften (Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege). Det bes også om vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser.

Frist del B: tirsdag 10. februar

Kontaktpersoner i HOD:

KTA: Hanne Lundemo og Øystein Ellingsen

FHA: Siri Helene Hauge

Følgende spesifisering av oppdraget ble gitt i mail til Hdir og FHI 3.2.2033:

HOD vurdering er at behovet for kohorter eller andre tiltak i sykehus fortsatt bør være en del av oppdraget, da det bør være noen nasjonale føringer på dette, selv om sykehusene også gjør egne vurderinger i tillegg.

Siden det er FHI som vanligvis gir slike smittevern faglige råd, kan denne delen av oppdraget besvares av FHI, og ikke Hdir. Fint om FHI også gjør disse vurderingene i samarbeid med RHF-ene.

Folkehelseinstituttets og RHFenes vurdering om kohortisolering og andre smitteverntiltak i spesialisthelsetjenesten

Innhold

1. Situasjonsbeskrivelse av smitte i helsetjenesten.....	3
2. Vurdering av tiltak.....	6
a. Isolering.....	6
b. Andre smitteverntiltak.....	7
3. Styrking av smittevern	10
4. Vedlegg	13

Oppsummering av råd for spesialisthelsetjenesten

Isolering

- o Smittede pasienter i helseinstitusjoner skal isoleres. Dersom isolasjonslengden ikke forskriftsfestes, vil isolasjonstid baseres på klinisk vurdering. I de fleste tilfeller må pasienter isoleres i minst 4 døgn, men lengre isolasjon kan være nødvendig for enkelte pasientgrupper.
- o Det må legges til rette for riktig isolering av pasienter ved bruk av egnede rom eller kohortisolering om nødvendig.

Testing

- o Måltrettet testing anbefales.
- o Testing ved innleggelse av eksponerte personer uten symptomer kan fases ut.
- o Det bør foretas en lokal risikovurdering om det skal gjennomføres testing av ansatte, besøkende og nye pasienter i enkelte avdelinger med spesielt sårbare pasienter.

Bruk av personlig beskyttelsesutstyr

- o Dagens råd om beskyttelsesutstyr opprettholdes, inkludert utvidet bruk av munnbind i kontakt med pasienter og ansatte.

Forhåndsvurdering av pasienter/pårørende

- o Forhåndsvurderinger kan fases ut.
- o Fortsatt fokus på at personer med symptomer som hovedregel ikke skal komme på besøk.

Smittesporing

- o Smittesporing der ansatte har brukt beskyttelsesutstyr anbefales ikke.
- o Smittesporing rundt personer med symptomer opprettholdes, men omfanget av testing kan vurderes lokalt.

Besøk

- o Det bør fortsatt legges til rette for besøk og ledsagere ved alle avdelinger.
- o Det er spesielt viktig at det tilrettelegges for besøk/ledsagere til fødende og ved alvorlig sykdom. Dette gjelder også dersom besøkende er smittet av covid-19.

Situasjonsbeskrivelse av smitte i helsetjenesten

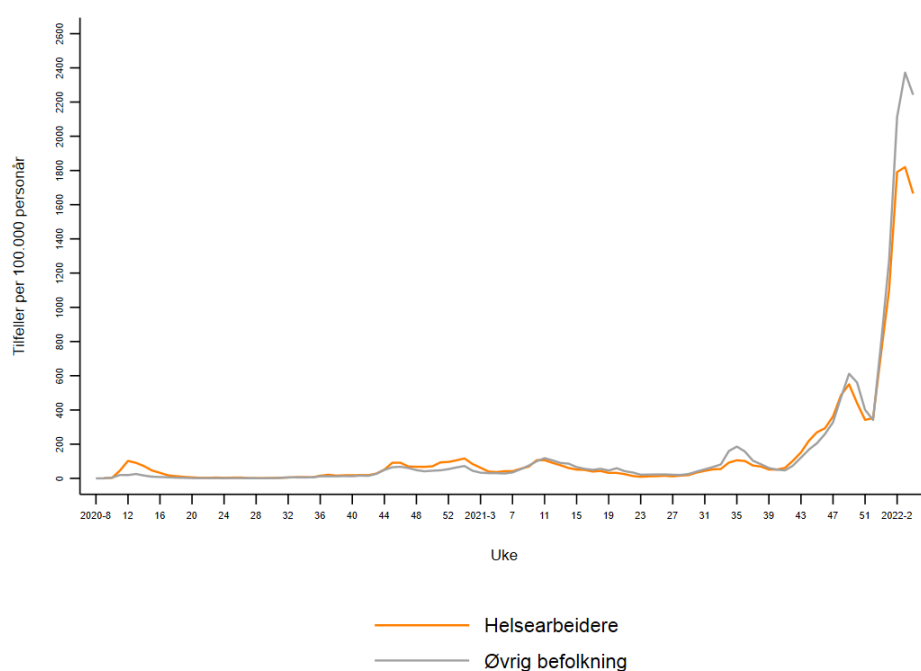
Gjennom pandemien har det vært et mål å beskytte de mest sårbare, inkludert pasienter i sykehus, samt ansatte.

Smittesituasjonen i sykehus påvirkes av to hovedfaktorer:

1. Smittepress inn til institusjonen
2. Smittespredning innad institusjonen

Smitteverntiltak kan være rettet mot begge eller hovedsakelig 1 eller 2. Smitte inn til institusjon kan komme fra ansatte, servicepersonell, pasienter/beboere og besøkende. Figur 1. viser at under pandemien har smitte blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten i stor grad gjenspeilet smitte i den øvrige befolkningen. Dette betyr at ved en økning av smitte i befolkningen kan man forvente tilsvarende økning i smitte blant ansatte og pasienter som legges inn.

Figur 1. Andel smittet helsepersonell og øvrige befolkning under pandemien.

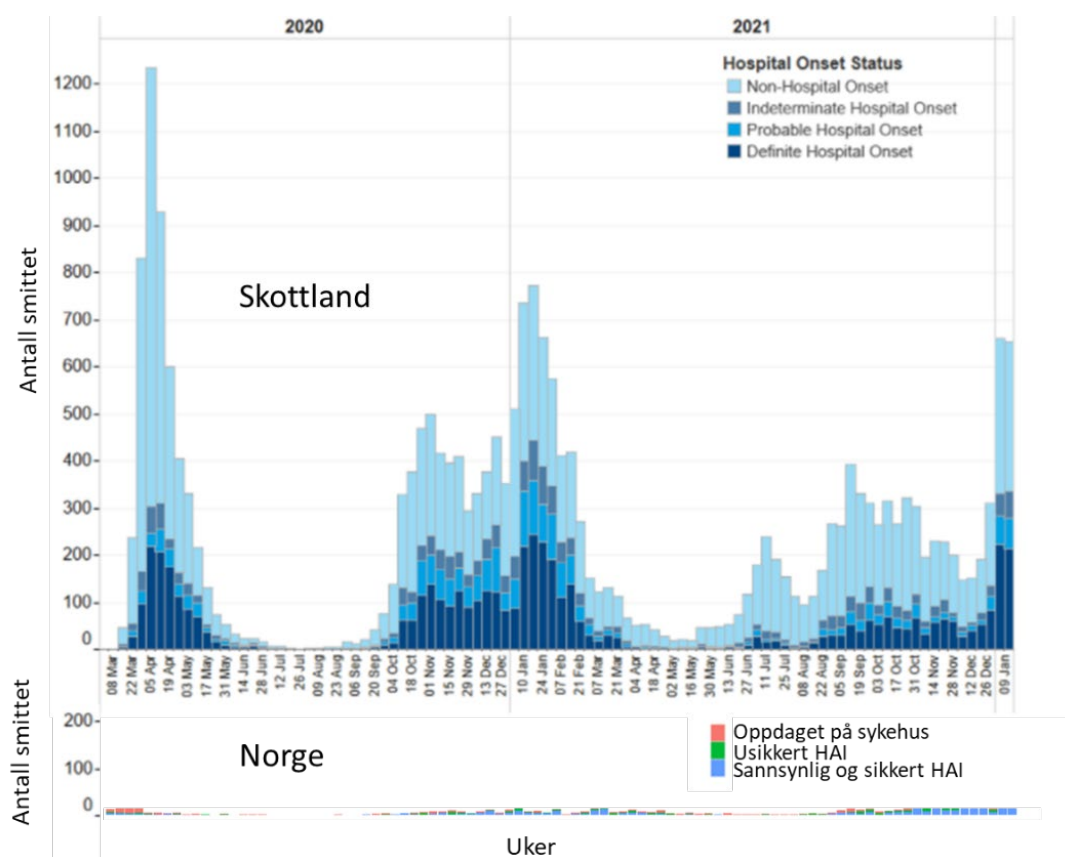


FHI har overvåket mistenkte og bekreftede utbrudd i helseinstitusjoner ved varsling inn til Vesuv og data fra Beredskapsregisteret BeredtC19. Disse kildene viser at i langt de fleste utbrudd er indekstilfellet ansatte og ikke besøkende, pasient eller beboer. Om dette mønsteret forsetter er det tiltak mot smittede ansatte som vil ha størst effekt.

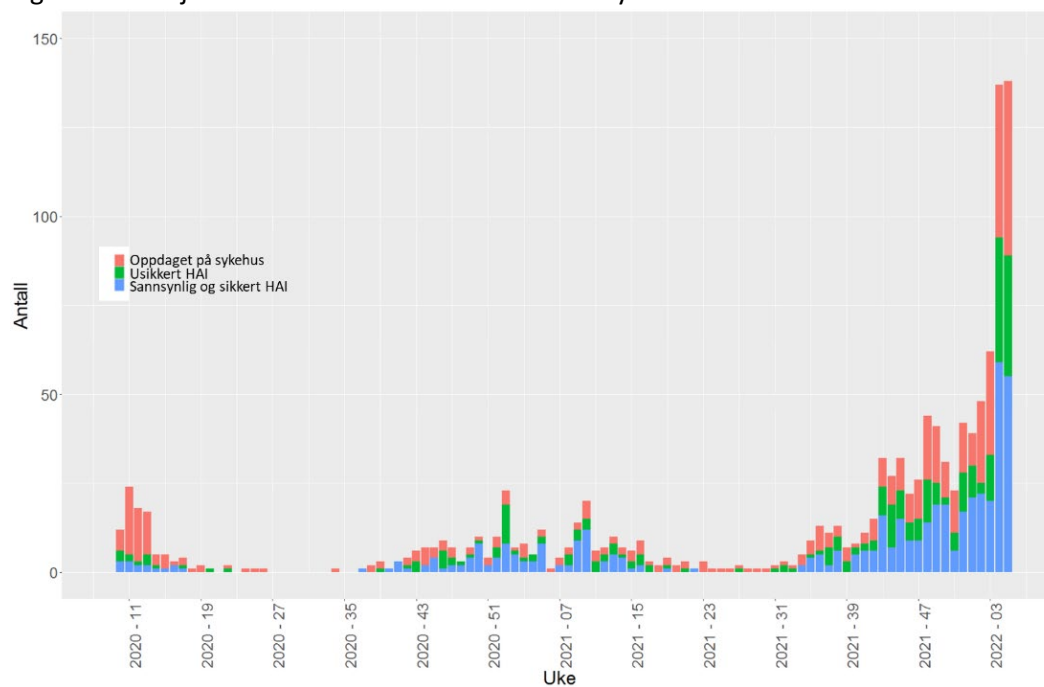
Det er vanskelig å måle smittespredning av Covid-19 inn i sykehus. For å få en grov indikasjon på dette har FHI brukt varslinger fra Vesuv om utbrudd i sykehus og algoritmer i data fra Beredt C19 om tilfeller som sannsynligvis er helsetjenesteassosiert (HAI). Data er basert på tiden pasienter har vært innlagt på sykehus opp mot når smitte ble påvist.

Figur 2. vises at smittespredning under hele pandemien i norske og skotske sykehus (de mørkeste to søylene i data fra Scotland tilsvarer blå søyle i norske data). Sammenligning av helsetjenesteassosiert smitte i Norge og Scotland er relevant, da begge land har tilsvarende befolkningsnivå, og helsetjenester. Figur 3 viser de samme norske dataene som i figur 2 men da med annen skala og t.o.m. uke 5. Figuren viser økt antall HAI-covid-19 i en periode hvor vi har hatt en stor økning i antall smittet i befolkningen. Fortsatt er forekomsten av HAI covid-19 i norske sykehus lavere enn hva en har sett i andre land.

Figur 2. Helsetjenesteassosierte covid-19 i skotske sykehus (øverste figur) og norske sykehus (nederste figur) t.o.m. uke 1 2022.



Figur 3. Helsetjenesteassosierte covid-19 i norske sykehus t.o.m. uke 5 2022.



FHI har både før og under pandemien utarbeidet råd til spesialisthelsetjenesten i nært samarbeid med de regionale kompetansesentrene i smittevern (RKS). FHI har i tillegg hatt ukentlige møter med fagdirektørene i hvert regionalt helseforetak (RHF), som også har tett kontakt med sine RKS. RKS har ansvaret for tilpassing av nasjonale råd til lokale forhold og implementering av disse regionalt i

spesialisthelsetjenesten. Forankringen av rådene med RKS har gjort at rådene til spesialisthelsetjenesten er samstemt mellom regionene og at dette har bidratt til bedre etterlevelse og implementering av nasjonale råd.

I dette oppdraget kartlegger vi forventet effekt, tiltaksbyrde og gjennomførbarhet av smitteverntiltak rettet mot å forebygge enten smittepress inn -, innad i - eller begge i norske sykehus.

1. Vurdering av tiltak

Vurderingene gitt nedenfor av enkelte smitteverntiltak, må ses i forhold til risikovurderingen som ble gitt ut 9.2.22, som har et avsnitt om vurdering av smittepress mot helseinstitusjoner fremover og tiltaksnivå. Vi er i en situasjon hvor det fortsatt ventes økt smitte i befolkningen og med det økt smittepress mot helseinstitusjonene. Nedenfor vurderer vi hvordan ulike tiltak i spesialisthelsetjenesten vil kunne påvirkes av og møte en slik situasjon. I vedlegget kommer vi kort inn på i tabellen hvordan tiltak fremover kan innordnes. RHFene og FHI vil jobbe videre med dette fremover.

a. Isolering

Ved kjent og sannsynlig smitte vil isolering bli iverksatt. Isolering kan gjennomføres med enerom, isolater eller som kohortisolering. Kohortisolering benyttes når en har mange pasienter med samme sykdomsbildet og kun unntaksvis før smitte er bekreftet. Det omfatter også å lage kohorter av ansatte, ved at de kun jobber med pasientgruppen i kohorten. Kohortisolering iverksettes når det ikke finnes tilstrekkelig enerom, kontakt- eller luftsmitteisolat. Per i dag er isolering av smittede forskriftsfestet i minst fire dager. Isolering kan bli forlenget avhengig av symptomer eller en klinisk vurdering. Isolering omfatter spesifikke tiltak som i hovedsak retter seg mot smittevei for den enkelte mikroorganisme, henholdsvis kontakt-, dråpe- og luftsmitte.

Kohortisolering er ikke et nytt tiltak innenfor smittevern i helseinstitusjoner. Det beskrives i Isoleringsveilederen (FHI 2004) og har vært en del av råd fra Centers for Disease Control and Prevention (CDC) i flere år. I forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten omtales krav om at helseinstitusjoner har rutiner for isolering (§2-2, pkt.3). WHO og European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) anbefalte tidlig i pandemien kohortisolering som et aktuelt tiltak. FHI utarbeidet på bakgrunn av dette mer detaljerte råd om kohortisolering og hvilke forutsetninger som måtte vurderes ved etablering. Kohortisolering har vært benyttet avdelingsvis ved utbrudd i helseinstitusjoner, men ikke på den skalaen som det har vært gjort i løpet av pandemien. Kohortisolering har vært løsningen mange steder grunnet mangel på egnede rom for isolasjon og tilgang på kvalifisert personell, eksempelvis i intensivavdelinger.

Bruk av kohortisolering kan vurderes både for pasienter som er innlagt på grunn av covid-19 og de som er innlagt for en annen hoveddiagnose men har påvist covid-19.

- Smittereduksjon ved isolering
 - o Isolering av pasienter med mistenkt eller bekreftet covid-19 har stor smittereduserende effekt på smitte innad helseinstitusjoner.
 - o Effekt av kohortisolering er god, gitt at systemer sikrer at kun bekreftede tilfeller med samme mikrobe isoleres i samme kohort.
- Tiltaksbyrde av isolering

- o Lav ved etablering av egnede kohortisolater. Kohortisolering er ofte mer bemanningseffektivt enn isolering på enerom/isolat selv om dette krever nøye etterlevelse av smittevernrutinene
 - o Middels forutsatt at sykehusene har tilstrekkelig isolater og enerom.
 - o Høy ved etablering av luftsmitteisolat og oppgradering av ventilasjonsanlegg.
 - o Konsekvenser av isolering for pasienter er flere; redusert kontakt og oppfølging fra ansatte, vanskelig kommunikasjon grunnet bruk av beskyttelsesutstyr, redusert fysisk berøring og kan således ha negativ effekt på pasientbehandling.
- Vurdering av tiltaket og behov fremover
 - o Egnert pasientplassering er en viktig forutsetning for å kunne bryte smittekjeden.
 - o Isolering av pasienter vil være aktuelt i alle faser av pandemien.
 - o Etablering av kohortisolater må baseres på lokale risikovurdering som utarbeides av smittevernpersonell i samarbeid med ledelse, teknisk personell m.fl.
 - o Per i dag er ikke koronaforskriften forenelig med kohortisolering. Som beskrevet ovenfor er dette et viktig smitteverntiltak. FHI foreslår derfor at det i forskriften åpnes for isolering av flere sammen i helseinstitusjoner, i overensstemmelse med praksis i helseinstitusjonene.

Råd

- o Smittede pasienter i helseinstitusjoner skal isoleres. Dersom isolasjonslengden ikke forskriftsfestes, vil isolasjonstid baseres på klinisk vurdering. I de fleste tilfeller må pasienter isoleres i minst 4 døgn, men lengre isolasjon kan være nødvendig for enkelte pasientgrupper.
- o Det må legges til rette for riktig isolering av pasienter ved bruk av egnede rom eller kohortisolering om nødvendig.

b. Andre smitteverntiltak

Tilrettelegge for testing av ansatte og pasienter

Testing kan rettes mot ansatte, pasienter eller begge. Testing kan være målrettet basert på symptomer, eksponering eller etablerte rutiner som jevnlig testing av ansatte og/eller screening ved innleggelse.

- Smittereduksjon
 - o Målrettet testing ved innleggelse av pasienter og av ansatte vil kunne reduserer smitten innad i sykehuset.
 - o Testing av ansatte før jobb og pasienter før innleggelse vil kunne redusere smitten inn til sykehus ved å oppdage smitte før den er introdusert inn. Ved mye smitte i befolkningen vil effekten være liten dersom man ikke tester alle som kommer inn i et sykehus.
 - o PCR-testing har høyest sensitivitet, men tiltaksbyrden er stor på de mikrobiologiske laboratorier og kan påvirke annen viktig diagnostikk.
- Tiltaksbyrde
 - o Målrettet testing vil ha en akseptabel tiltaksbyrde Stor ved jevnlig testing ved at mange må testes ofte (minst to ganger per uke). Behov for god tilgang på tester og analysekapasitet.
 - o Jevnlig testing vil ha en stor tiltaksbyrde ved at mange må testes ofte (minst to ganger per uke). Det krever god tilgang på tester og analysekapasitet.

- Vurdering av tiltaket og behov fremover
 - o Målrettet testing vil kunne redusere smitte i sykehus og er gjennomførbart i alle norske sykehus. Målrettet testing vil være aktuelt gjennom hele pandemien, men vil antageligvis på sikt rettes mot de med symptomer da eksponering ofte ikke vil være kjent utover utbruddssituasjon.
 - o Jevnlig testing på utvalgt avdelinger, basert på lokal risikovurdering, vil være mindre krevende enn jevnlig testing på alle avdelinger og kan være aktuelt i perioder med mye smitte i befolkningen.
- Råd
 - o Målrettet testing anbefales.
 - o Testing ved innleggelse av eksponerte personer uten symptomer kan fases ut.
 - o Det bør foretas en lokal risikovurdering om det skal gjennomføres testing av ansatte, besøkende og nye pasienter i enkelte avdelinger med spesielt sårbare pasienter.

Bruk av personlig beskyttelsesutstyr

Personlig beskyttelsesutstyr er en del av basale smittevernrutiner og forebygger smitte mellom pasient og mellom pasient og helsearbeider uavhengig av kjent eller mistenkt smittestatus. Arbeidsgiver har et særlig ansvar for å forebygge smitte til ansatte ved at de har tilgang til korrekt beskyttelsesutstyr og at det har vært gitt opplæring i bruk av dette (jf. Forskrift om utførelse av arbeid, kapittel 6). Personlig beskyttelsesutstyr i forbindelse med smitte i helsetjenesten omfatter beskyttelse av munn og nese i form av munnbind, ev. åndedrettsvern, beskyttelse av øyne, smittefrakk og hansker.

- Smittereduksjon
 - o Bruk av personlig beskyttelsesutstyr reduserer smitte og er spesielt viktig når en har pasienter med kjent eller mistenkt covid-19.
 - o Noen grad av beskyttelsesutstyr (særlig munnbind) kan vurderes dersom man ikke kan holde avstand
- Tiltaksbyrde
 - o Utvidet bruk av beskyttelsesutstyr krever betydelige mengder beskyttelsesutstyr.
 - o Mange opplever det som tungt å jobbe kontinuerlig med munnbind og det rapporteres hyppig om irritasjon av hud, øyne og at det er vanskelig å kombinere med brillebruk
 - o Det påvirker kommunikasjon.
- Vurdering og behov fremover
 - o Bruk av personlig beskyttelsesutstyr som en del av basale smittevernrutiner er et viktig smittereduserende tiltak.
 - o Utvidet bruk av munnbind kan være effektivt når det er mye smitte i befolkningen.
 - o Basale smittevernrutiner er viktig uavhengig av pandemi. Utvidet bruk av munnbind vil anbefales som forsterket tiltak gjennom hele pandemien.
- Råd
 - o Dagens råd om beskyttelsesutstyr opprettholdes, inkludert utvidet bruk av munnbind i kontakt med pasienter og ansatte.

Forhåndsvurdering av pasienter/pårørende

Som et forsterket smitteverntiltak anbefales sykehuset å sikre tilstrekkelig areal og ressurser i mottak, til å ta imot og gjennomføre forhåndsvurdering av et økende antall pasienter. Det anbefales også å etablere rutiner for forhåndsvurdering av pasienter som skal legges inn og vurdering av SARS-CoV-2-testing ved innleggelse.

Ved mistanke om smitte, oppfordres pasienter til å kontakte sykehuset i forkant for å avklare videre tiltak. Pårørende/ledsager oppfordres til å kontakte sykehuset for å avklare eventuelt besøk og screenes i forhold til standardisert skjema før de kommer inn.

- Smittereduksjon
 - o En forhåndsvurdering av pasienter og pårørende som kommer til sykehus vil kunne ha noe smittereduserende effekt på smitte inn til sykehus, men vi har ikke data på effekten av dette tiltaket.
 - o Dersom utvidet bruk av munnbind er innført både blant besøkende, polikliniske pasienter og ansatte, er tilleggseffekten av forhåndsvurdering antagelig liten.
- Tiltaksbyrde
 - o Tiltaket har en økonomisk kostnad og krever personalressurser til å gjøre vurderingene.
 - o Forhåndsvurdering kan gi unødvendig forsinkelse av behandling av pasienter.
 - o Enkelte besøkende har ikke kommet inn til sine pårørende. Mange har ikke fått ha med ledsager.
- Vurdering og behov fremover
 - o Forhåndsvurdering av pasienter og pårørende som kommer til sykehus vil kunne ha noe smittereduserende effekt, men siden smitte hovedsakelig kommer inn med ansatte, er det usikkert om tiltaket forsvarer kostnadene.
 - o Effektiviteten av forhåndsvurdering bli mindre når det er høyt smittetrykk i befolkningen fordi færre vet om de har vært eksponert for smitte.
- Råd:
 - o Forhåndsvurderinger kan fases ut.
 - o Fortsatt fokus på at personer med symptomer som hovedregel ikke skal komme på besøk.

Smittesporing

Smittesporing har vært en viktig komponent av TISK strategien. Ansvar har blitt delt mellom sykehusene som har gjennomført smittesporing innenfor institusjonen og kommunen som har hatt ansvar utenfor. Testing og kartlegging av eksponerte er nå avvirket utenfor helsetjenesten. Smittesporing kan iverksettes rundt alle enkelttilfeller eller bare ved utbrudd

- Smittereduksjon
 - o Smittesporing ved utbrudd bidrar til redusert smitte innad sykehuset.
- Tiltaksbyrde
 - o Ved høy smitte vil smittesporing rundt enkelttilfeller være veldig ressurskrevende.
 - o Tiltaksbyrden er relativ lav når det iverksettes raskt, rundt enkelttilfeller eller i utbrudd
 - o Tiltaksbyrden er høy ved høy smitte i befolkningen.
 - o Tiltaksbyrden blir betydelig redusert ved å ekskludere situasjoner hvor ansatte har brukt beskyttelsesutstyr.
- Vurdering og behov fremover
 - o Ved høyt nivåer av smitte vil smittesporing være mindre effektivt og betydelig ressurskrevende.

- o Smittesporing rundt utbrudd med fokus på personer med symptomer vil være aktuelt under hele pandemien. Smittesporing rundt enkelttilfeller og hvor det har vært benyttet beskyttelsesutstyr vil være mindre aktuelt.
- Råd
 - o Smittesporing der ansatte har brukt beskyttelsesutstyr anbefales ikke.
 - o Smittesporing rundt personer med symptomer opprettholdes, men omfanget av testing kan vurderes lokalt.

Besøk

Å legge til rette for besøk og å ha med ledsager ved undersøkelser/konsultasjoner har vært anbefalt fra FHI og Helsedirektoratet under hele pandemien. Dette er et viktig tiltak for pasienter og deres nærmeste.

- Smittereduksjon
 - o Data tilsier at smitte i liten grad har kommet inn med besøkende. Det har vært flere smittevernråd knyttet til besøk, som kan ha bidratt til dette.
 - o Ved økt smitte i befolkningen kan risikoen for at smitte kommer inn med pårørende øke.
 - o Ved å anbefale å bruke munnbind i kontakt med helsetjenesten, vil risikoen reduseres.
- Tiltaksbyrde
 - o Byrden av ikke å få ha besøk/ha med ledsager vurderes som høy.
- Vurdering og behov fremover
 - o Det bør fortsatt legges til rette for besøk og ledsagere ved alle avdelinger.
 - o Det er spesielt viktig at det tilrettelegges for besøk/ledsagere til fødende og ved alvorlig sykdom. Dette gjelder også dersom besøkende er smittet av covid-19.
 - o Lokale tiltak rundt besøkende må basere seg på lokale risikovurderinger og forhold.
 - o Effekten av å stenge for besøk vil ha konsekvenser for de berørte i lang tid.
- Råd
 - o Det bør fortsatt legges til rette for besøk og ledsagere ved alle avdelinger.
 - o Det er spesielt viktig at det tilrettelegges for besøk/ledsagere til fødende og ved alvorlig sykdom. Dette gjelder også dersom besøkende er smittet av covid-19.

2. Styrking av smittevern

Håndteringen av pandemien i helsetjenesten har vært god og det har overveiende vært et godt rammeverk og organisering rundt arbeidet. Vi benytter anledningen til å løfte noen behov her, som vi vurderer som viktige for å sikre ytterligere beredskap ved eventuelt fremtidig pandemi.

Overvåking

Beredt C19 har vært en viktig ressurs for å følge smitten i helsetjenesten og har gitt meget nyttig styringsinformasjon ift. å vurdere behov for nye tiltak eller justering av eksisterende tiltak. En utfordring har vært å få opp overvåkingen ved at flere av datakildene var ukjent og at det er krevende å forholde seg til mange ulike datakilder i en krisesituasjon. Det vil derfor være viktig å få noen av mulighetene som en i dag har i Beredt C19 inn via MSIS- forskriften. Covid-19 har, som influensapandemier, en forbigående, langvarig karakter, men andre utfordringer, som f. eks fremveksten av antibiotikaresistens, og overvåking av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) trenger kontinuerlig overvåking, for målrettet innsats. Det å få et tilsvarende system som det danske HAIBA (tiltak 9 i Handlingsplan for et bedre smittevern) vil være et viktig tiltak. Det er viktig at data tilgjengeliggjøres for helseforetakene og kommuner, slik at de kan nyttiggjøre seg dette i vurdering av smitteverntiltak.

Smittevernkompetanse

Pandemien har vist at det er behov for å styrke smittevernkompetansen til ansatte i helsetjenesten. Mangel på kompetanse kan skyldes at lite undervisning i smittevern i grunnutdanningene i helsefag, også innenfor medisin.

Basert på nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk er det nødvendig å sikre at helsefagutdanninger omtaler læringsutbytte for smittevern med definerte beskrivelser av kunnskap ferdigheter og generell kompetanse på alle utdanningsnivåer.

Man bør vurdere egne spesialutdanninger innen smittevern, for eksempel en norsk masterutdanning innen smittevern og et eget kompetanseområde for leger. For masterutdanning i smittevern henvises til kommunikasjon mellom FHI og HOD.

Organisering av smittevern

Under pandemien har det blitt avdekket en del organisatoriske og juridiske utfordringer;

Smittevernloven ikke er tilstrekkelig tydelig på ansvar og roller når det skjer utbrudd i sykehus. Smittevernpersonell har ansvaret for å følge opp ansatte og pasienter som er knyttet til utbruddet. Det mangler derimot systemer for gjensidig utveksling (varsling) av informasjon mellom sykehuset til ansatte/pasienters og bostedskommune slik at disse blir fulgt opp og nærkontakter varslet.

Det er nødvendig med juridisk avklaring knyttet til personvern og smittesporing i sykehus. Det opprettes personbaserte utbruddsregistre med helseopplysninger uten å innhente samtykke, uten definerte sluttdato, og i mappestrukturer som datateknisk ikke er optimale for slik aktivitet. Her er et misforhold mellom plikt til smittesporing og personvern. Det er behov for å løfte denne problemstillingen nasjonalt og tydeliggjøre føringene til PVO i hvert sykehus. Det er videre behov for et sikkert datateknisk system hvor juridiske forhold er vurdert og ivaretatt for smittesporing i sykehus, fortrinnsvis et nasjonalt system som kan benyttes i utbruddsetterforskning mellom sykehus/regional/nasjonalt.

I sykehus er det etablert stillinger i smittevern med forskriftsfestet ansvar og oppgaver iht. forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten. Pandemien har imidlertid vist at det er behov for en tydeligere organisering og ansvarsbeskrivelse for smittevernpersonell. Organisering av smittevernpersonell varierer betydelig mellom ulike sykehus. I enkelte sykehus har smittevern kort kommunikasjonslinje til ledelsen, mens i andre sykehus går kommunikasjonen gjennom flere ledernivåer. Dette er spesielt utfordrende ved utbrudd og der hvor det må tas raske avgjørelser. Således har smittevern i varierende grad blitt tatt med i viktige vurderinger og beslutninger.

Ressurser i form av personell skal iht forskriften være basert på lokale risikovurderinger. Pandemien har imidlertid avdekket at smittevern hadde få ressurser til å følge opp alle oppgavene pandemien medførte.

I kommunehelsetjenesten er det få dedikerte stillinger til smittevern. Organiseringen er ikke like tydelig som i sykehus og organisering, ansvar og ressurser varierer. På samme måte som for sykehus, bør disse utfordringene tydeliggjøres.

Sykehusbygg

Gjennom pandemien har det tydeliggjort at flere sykehus har bygg som vanskeliggjør isolering av pasienter. Det mangler enerom, kontakt- og luftsmitteisolat. Luftsmitteisolat er pålagt gjennom forskrift om utførelse av arbeid og forskrift om tiltaks og grenseverdier. Hvor mange luftsmitteisolat hvert sykehus/region trenger i normalsituasjonen vil måtte basere seg på en risikovurdering.

Pandemien har vist at en rekke undersøkelsesrom hvor det utføres aerosolgenerende prosedyrer, ikke har anbefalt ventilasjon.

Sykehusbygg HF organiserte prosjektet om å etablere en veileder for smittevern som ble avsluttet i 2018. HOD ga i november 2021 oppdrag til Helsedirektoratet om å vurdere smittevern i kommunale heldøgns plasser. Dette prosjektet må sees i sammenheng med behovet for en mer utførlig veileder for nybygg/renovering av sykehusbygg tilsvarende det man har i Sverige, Danmark og Storbritannia. Standardisering av krav til smittevern i helse- og omsorgsbygg, inkludert sykehus, kan gi betydelige økonomiske besparelser.

3. Vedlegg

Tabell over tiltak som er i bruk i spesialisthelsetjenesten og vurdering av behov for råd fremover

Tiltak	Råd til spesialisthelsetjenesten	Forsterkede smitteverntiltak	Utbrudd/uventet smitte	Anbefalte fremtidige tiltak ved normal hverdag
Tilrettelegge for testing av ansatte og pasienter	Ledelsen tilrettelegger for testing av ansatte og pasienter. Ikke anbefalt jevnlig testing av ansatte eller pasienter	Økt testing/jevnlig testing for en periode	Omfattende testing av nærkontakter innledningsvis i utbruddet	Inngår i lokalt infeksjonskontrollprogram Inngår i vanlig diagnostisk praksis etter klinisk vurdering
Tilbud om vaksinasjon	Tilbud til ansatte og pasienter i risikogrupper	Økt fokus på vaksinerings av ansatte	Ikke omtalt	Fortsatt legge til rette for vaksinerings
Forhåndsvurdering av pasienter/pårørende	Anbefalt å ha systemer for forhåndsvurdering	Innskjerping av forhåndsvurdering	Inntaks og utskrivningsstopp i berørte enheter	Utfases
Bruk av personlig beskyttelsesutstyr	Standard bruk av personlig beskyttelsesutstyr	Flat (universell bruk) av munnbind for alle ansatte, Åndedrettsvern ved kontakt med alle pasienter med bekreftet SARS-CoV-2	Som ved forsterkede smitteverntiltak.	Oppdatering av nasjonale veiledere basert på ny kunnskap
Oppfølging av personell i risikogrupper	Systemer for oppfølging, omplassering	Råd til spesialisthelsetjenesten legges til grunn	Råd til spesialisthelsetjenesten legges til grunn	Beholdes, men da i form av individuell vurdering
Tiltak mot ulike pasientgrupper; barn, intensiv	Sikre ivaretagelse av ulike pasientgrupper og tilpassing av tiltak	Vurdere tilrettelegging av tiltak.	Råd til spesialisthelsetjenesten legges til grunn	Inngår i lokalt infeksjonskontrollprogram
Innleggelse	Tiltak ved innleggelse i akuttmottak, transportveier til avdelingene	Råd til spesialisthelsetjenesten legges til grunn	Råd til spesialisthelsetjenesten legges til grunn. Vurdere inntaksstopp	Inngår i lokalt infeksjonskontrollprogram
Smitteregime/kohortisolering	Dråpesmitteregime, luftsmitte ved AGP Kohortisolering ved mange innleggelser Spesielle tiltak for intensivavdelinger	Råd til spesialisthelsetjenesten legges til grunn	Råd til spesialisthelsetjenesten legges til grunn	Inngår i lokalt infeksjonskontrollprogram
Opphevelse av isolasjon	Følger gjeldende nasjonale råd	Følger gjeldende nasjonale råd	Følger gjeldende nasjonale råd	Klinisk vurdering
Overflytting til andre avdelinger/helseinstitusjoner	Varsling om smitte til mottagende institusjoner	Vurdere behovet for overflyttinger ved høy smitte	Inntaks og utskrivningsstopp i berørte enheter	Rutiner for varsling må videreføres etter pandemien
Stell av døde	Lokale rutiner	Lokale rutiner	Lokale rutiner	Inngår i lokalt infeksjonskontrollprogram
Smittesporing	Følger nasjonale råd	Følger nasjonale råd	Følger nasjonale råd	Fases ut
Avstand	Avstand minst 1 m	Vurdere å øke avstand til 2 m	Følger forsterkede smitteverntiltak	Beholdes ikke
Ventilasjon	Ikke omtalt	Systemer for å sikre god ventilasjon	Ikke omtalt	Fortsatt fokus på ventilasjon i helsebygg
Gruppebehandling	Tilrettelegge med smitteverntiltak	Tilrettelegge med økt avstand, færre deltagere eller stoppes	Følger forsterkede smitteverntiltak	Inngår i lokalt infeksjonskontrollprogram
Besøk	Tilrettelegge for besøk i alle avdelinger	Begrense antall besøkende tilrettelegge for smitteverntiltak	Begrense antall besøkende og tilrettelegge for smitteverntiltak.	Tilrettelegging av besøk videreføres
Kurs/undervisning	Ikke omtalt	Smitteverntiltak, tilrettelegge med økt avstand, færre deltagere	Ikke omtalt	Inngår i lokalt infeksjonskontrollprogram

Råd i spesialisthelsetjenesten: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/spesialisthelsetjenesten/?term=&h=1>

Spesialisthelsetjenesten – tiltak ved utbrudd/uventet smitte; <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/spesialisthelsetjenesten-handtering-av-utbrudd/?term=&h=1>

Undervisningsmateriale: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/informasjonsskriv-og-skjemaer-til-bruk-i-helsetjenesten/?term=&h=1>