

# Kontaktsporing: offentlig helsebehandling av personer, inkludert helsepersonell, som har hatt kontakt med covid-19-tilfeller i EU – andre oppdatering

8. april 2020

## Bakgrunn

Dette dokumentet beskriver de viktigste trinnene i kontaktsporing, inkludert kontaktidentifisering, opplisting og oppfølging, i sammenheng med covid-19-responsen.

Kontakthåndtering er basert på de nyeste tilgjengelige holdepunktene, som beskrevet nedenfor.

- Gjeldende beregninger anslår en median inkubasjonsperiode fra fem til seks dager, i området 1 til 14 dager. En nylig modellingsstudie bekreftet at det fortsatt er forsiktig å overveie en inkubasjonsperiode på opptil 14 dager [1,2].
- Et tilfelle kan være smittefarlig allerede 48 timer før symptomdebut. En nylig studie rapporterte at 12,6 % av kasustikker tydet på presymptomatisk smitte [3]. I tillegg er andelen av presymptomatisk smitte utledet via modellering og ble anslått å være – ved hjelp av kontrolltiltak – ca. 48 % og 62 % i henholdsvis Singapore og Kina (Tianjin-data) [4]. Andre studier har ikke vist noen signifikant forskjell i virusmengde hos asymptomatiske og symptomatiske pasienter, hvilket tyder på at virusmitte kan forekomme fra asymptomatiske pasienter [5-7].
- Smitte antas å skje primært via luftveisdråper og direkte kontakt med smittede personer samt indirekte kontakt med overflater eller gjenstander i nærmiljøet [8]. Nylige eksperimentelle studier som ble utført under svært kontrollerte forhold, har vist overlevelsen til SARS-CoV-2 på ulike overflater, samt i aerosol. Ulike nivåer av miljøforurensing har blitt beskrevet i rom med covid-19-pasienter [9-11].
- Opptil 10 % av rapporterte tilfeller i Kina [12] og opptil 9 % av tilfeller i Italia var blant helsepersonell [13]. Det er sannsynlig at nosokomiale utbrudd spiller en viktig rolle i forsterkning av lokale utbrudd, og at de påvirker eldre og sårbare befolkningsgrupper på en uforholdsmessig måte.

## Dokumentets innhold

Dette dokumentets formål er å hjelpe offentlige helsemyndigheter i EU/EØS med å spore og håndtere personer, inkludert helsepersonell, som har hatt kontakt med covid-19-tilfeller. Det skal implementeres i kombinasjon med ikke-farmasøytiske tiltak etter behov [14].

## Formålet med kontaktsporing

Formålet med å identifisere og håndtere kontaktene til sannsynlige eller bekreftede covid-19-tilfeller er å raskt identifisere sekundære tilfeller som kan oppstå etter smitte fra de primære kjente tilfellene for å intervensere og hindre videre smitte. Dette oppnås ved å:

- raskt identifisere kontaktene til et sannsynlig eller bekreftet tilfelle med covid-19;
- gi kontaktene informasjon om tiltak innen selvkarantene, korrekte tiltak med hensyn til håndhygiene og respirasjon, og råd om hva de skal gjøre hvis de utvikler symptomer;
- utføre tidsriktig laboratorietesting for alle personer med symptomer.

Kontaktsporing er et viktig tiltak for å bekjempe den nåværende covid-19-epidemien, i sammenheng med aktiv påvisning av tilfeller og testing, og i samhandling med andre tiltak som fysisk distansering. Hvert land er nødt til å tilpasse sin respons til den lokale epidemiologiske situasjonen i samsvar med tilgjengelige ressurser. Streng bruk av kontaktsporingstiltak i perioden når kun sporadiske tilfeller er observert, kan redusere videre smitte og ha en viktig effekt på spredningen av utbruddet. Hvis ressursene tillater det, bør man imidlertid også vurdere kontaktsporing i geografiske områder med mer utbredt smitte. Selv om ikke alle kontaktene til hvert tilfelle blir identifisert og sporet, kan kontaktsporing fremdeles bidra til å redusere smitte i kombinasjon med andre tiltak, for eksempel fysisk distansering [15-17].

Bevis som har fremkommet fra responsen i Kina og Singapore, har vist at effektiv kontaktsporing bidro til å redusere tiden fra symptomstart til isolasjon og kan ha redusert sannsynligheten for videre smitte betydelig [18,19]. Kontaktsporing og karantene har også blitt brukt i perioder med utbredt smitte i Wuhan og Sør-Korea, i tillegg til en rekke andre tiltak [12,20]. Kontaktsporing bidrar også til bedre forståelse av epidemiologien til covid-19.

Land i EU/EØS som fremdeles har et **begrenset antall tilfeller** bør fokusere de offentlige helsetiltakene mot å identifisere tilfeller og spore kontaktene deres.

I land med **utbredt smitte** i noen regioner, men begrenset smitte i andre, spiller kontaktsporing en viktig rolle i å kontrollere utbruddet i områdene som er minst rammet og i lukkede miljøer (f.eks. fengsler, sykehjem). Kontaktsporing bør fremdeles vurderes i områder med mer utbredt smitte, når det lar seg gjøre, og i sammenheng med tiltak som fysisk distansering. Hvis ressursene er begrenset, bør høyrisikokontaktene til hvert tilfelle (nære kontakter) og kontakter som er helsepersonell eller arbeider med sårbare befolkningsgrupper, spores først, etterfulgt av så mange lavrisikokontakter som mulig [21]. I områder med utbredt virussirkulasjon bør kontaktsporing minst inkludere tilfeller som oppstår i spesifikke miljøer, for eksempel sykehus med langtidsopphold, fengsler, flyktningleirer osv. for å redusere smitte og dempe innvirkningen på sårbare befolkningsgrupper. Videre bør kontaktsporing utføres hvis tilfellet er helsepersonell, og det bør fokusere på sykehus eller legesentre for raskt å kunne identifisere potensielt sårbare, eksponerte personer. Selv om kontaktsporing ikke implementeres for alle tilfeller når det observeres utbredt smitte, må det implementeres i omfattende grad så snart smitten i samfunnet reduseres.

For land som har implementert strenge tiltak for **fysisk distansering** i en periode for å forsøke å bryte smittetekjeden, er tiltak for å lokalisere tilfeller, inkludert kontaktsporing, en prioritet så snart **tiltakene for fysisk distansering oppheves** for å kunne redusere risikoen for videre eskalering. I perioder med nedstengning bør landene ha som mål å gjennomgå eksisterende offentlige helsesystemer for å fastslå hvordan og når det er optimalt å gjenoppta tiltakene for kontaktsporing.

ECDC har offentliggjort en teknisk rapport om ressursene som kreves for kontaktsporing, karantene og overvåkingsaktiviteter [21]. På slutten av dette dokumentet blir enkelte ressurs sparende tiltak beskrevet.

## Definisjon av betegnelsen «kontaktperson»

En kontakt av et covid-19-tilfelle er en person som har hatt kontakt med et covid-19-tilfelle (tabell 1) innen et tidsrom fra 48 timer før oppstart av symptomer i tilfellet til 14 dager etter oppstart av symptomer.

Hvis tilfellet ikke har hatt symptomer, er en kontaktperson definert som noen som har hatt kontakt med tilfellet i en tidsperiode fra 48 timer før prøven som resulterte i bekræftelsen ble tatt, til 14 timer etter at prøven ble tatt.

Den tilknyttede infeksjonsrisikoen avhenger av eksponeringsnivået, som igjen vil fastslå typen håndtering og overvåking (tabell 1) [22].

**Tabell 1. Klassifisering av kontakt basert på eksponeringsnivå**

Høyrisikoeksponering (nær kontakt)	Lavrisikoeksponering
<p>En person:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• som har hatt kontakt med et covid-19-tilfelle ansikt til ansikt innen to meter i mer enn 15 minutter;</li> <li>• som har hatt fysisk kontakt med et covid-19-tilfelle;</li> <li>• som har hatt ubeskyttet, direkte kontakt med smittefarlige sekreter fra et covid-19-tilfelle (f.eks. har blitt hostet på);</li> <li>• som har vært i et lukket miljø (f.eks. husholdning, klasserom, møterom, venterom på sykehus osv.) med et covid-19-tilfelle i mer enn 15 minutter;</li> <li>• som har vært på et fly innen to seter (i enhver retning) av covid-19-tilfellet, reisefeller eller omsorgsgivere av et tilfelle og flyverter/-vertinner som serverte i delen av flyet der indekstilfellet satt [23] (hvis symptomenes alvorlighetsgrad eller tilfellets bevegelse tyder på mer omfattende eksponering, kan det hende at alle passasjene som satt i delen eller samtlige passasjerer på flyet vil bli ansett som nære kontakter);</li> <li>• Helsepersonell eller annen omsorgsgiver til et covid-19-tilfelle, eller laboratoriepersonell som håndterer prøver fra et covid-19-tilfelle, der anbefalt personlig verneutstyr manglet eller kan ha vært brutt [24].</li> </ul>	<p>En person:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• som har hatt kontakt med et covid-19-tilfelle ansikt til ansikt innen to meter i mindre enn 15 minutter;</li> <li>• som har vært i et lukket miljø med et covid-19-tilfelle i mindre enn 15 minutter;</li> <li>• som har reist sammen med et covid-19-tilfelle via enhver transportmetode*;</li> <li>• Helsepersonell eller annen omsorgsgiver til et covid-19-tilfelle, eller laboratoriepersonell som håndterer prøver fra et covid-19-tilfelle, som har brukt anbefalt personlig verneutstyr [24].</li> </ul>

\* Bortsett fra om man har vært på et fly som spesifisert i det relevante punktet i venstre kolonne.

Lengre kontaktvarighet antas å øke risikoen for smitte; grensen på 15 minutter er vilkårlig valgt av praktiske hensyn. Offentlige helsemyndigheter kan anse at enkelte personer som har hatt kortere varighet med tilfellet har hatt høyrisikoeksponering, basert på individuelle risikovurderinger.

Hvis kun deler av det anbefalte settet av personlig verneutstyr benyttes, økes helsepersonellens eksponering og dermed risikoen.

## Viktige trinn etter at et tilfelle er identifisert

### Identifisering og oppfølging av kontakter

Umiddelbart etter at et bekreftet eller sannsynlig tilfelle er identifisert, vil de neste trinnene vedrørende kontaktsporing for offentlige helsemyndigheter inkludere disse trinnene:

- Tilfellet bør intervjues for å hente inn informasjon om klinisk historikk og mulige kontakter fra 48 timer før oppstart av symptomer frem til isolering av tilfellet. Dette skal om mulig gjennomføres via en telefonsamtale. Tilfeller kan være innlagt på sykehus og ha dårlig allmenntilstand. I slike tilfeller kan sykehuspersonellet eller den behandelende legen hjelpe til med å hente inn informasjon enten direkte fra tilfellet eller fra nære familiemedlemmer.
- Kontaktene bør spores og klassifiseres som høyrisikoeksponering («nær kontakt») eller lavrisikoeksponering, som beskrevet i tabell 1 ovenfor. Det bør også hentes inn informasjon om hvorvidt kontakten tilhører en av risikogrupperne for alvorlig covid-19 eller arbeider med sårbare befolkningsgrupper (f.eks. omsorgsgivere til eldre eller personer med nedsatt immunforsvar).
- Det bør arrangeres testing av symptomatiske kontakter for SARS-CoV-2 (se [ECDCs nettsted for laboriestøtte for covid-19](#) og [WHO's anbefalinger vedrørende strategi for testing](#)).
- De identifiserte kontaktene bør spores opp og kommuniseres med, og informasjon bør oppgis om egnede tiltak for infeksjonskontroll, symptomovervåking og andre forsiktighetstiltak, for eksempel behov for karantene.

### Oppfølging av kontakter

Avhengig av eksponeringsrisikonivå, bør personer og offentlige helsemyndigheter vurdere forskjellige tiltak (tabell 2).

Kontakter med høyrisikoeksponering bør overvåkes aktivt av offentlige helsemyndigheter, mens kontakter med lavrisikoeksponering kan overvåke seg selv for symptomer mens de overholder tiltak for fysisk distansering og unngår reising. Karantene bør vurderes for kontakter med høyrisikoeksponering [14]. Hvis det oppstår symptomer på sykdom, bør kontakter umiddelbart selvisoleres og oppsøke legehjelp, helst over telefon til å begynne med, og alltid i samsvar med anbefalingene fra nasjonale/lokale myndigheter.

**Tabell 2. Viktige tiltak for håndtering av kontakter**

Tiltak	Høyrisikoeksponering (nær kontakt)	Lavrisikoeksponering
<b>Privatperson</b>	I en periode på 14 dager etter siste eksponering for et covid-19-tilfelle, bør høyrisikokontakter rådes til å: <ul style="list-style-type: none"> <li>• sette seg i karantene hjemme, om mulig*. Hvis dette ikke er mulig, skal man overholde tiltak for fysisk distansering og unngå reising;</li> <li>• overvåke seg selv daglig for covid-19-kompatible symptomer, inkludert enhver grad av feber, hoste, tretthet eller pustevansker;</li> <li>• måle og registrere temperaturen daglig (kontakter bør unngå bruk av febernedssettende legemidler noen få timer før de tar temperaturen);</li> <li>• være tilgjengelig for å bli kontaktet av offentlige helsemyndigheter;</li> <li>• implementere strenge tiltak med hensyn til håndhygiene og respirasjon;</li> <li>• selvisolere umiddelbart hvis det utvikles symptomer og oppsøke legehjelp, helst via telefon innledningsvis, i samsvar med anbefalingene fra nasjonale/lokale myndigheter.</li> </ul>	I en periode på 14 dager etter siste eksponering, bør lavrisikokontakter rådes til å: <ul style="list-style-type: none"> <li>• overvåke seg selv daglig for covid-19-kompatible symptomer, inkludert enhver grad av feber, hoste, tretthet eller pustevansker;</li> <li>• overholde tiltak for fysisk distansering og unngå reising;</li> <li>• implementere strenge tiltak med hensyn til håndhygiene og respirasjon;</li> <li>• selvisolere umiddelbart hvis det utvikles symptomer og oppsøke legehjelp, helst via telefon innledningsvis, i samsvar med anbefalingene fra nasjonale/lokale myndigheter.</li> </ul>
<b>Offentlige helsemyndigheter</b>	I en periode på 14 dager etter siste eksponering for et covid-19-tilfelle: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktiv oppfølging av kontaktene (f.eks. daglige telefonsamtaler, e-poster, tekstmeldinger). Kontakter kan også oppfordres til proaktivt å kontakte de offentlige helsemyndighetene så snart de utvikler compatible symptomer utenfor den planlagte oppfølgingen;</li> <li>• testing av kontakter som utvikler covid-19-kompatible symptomer, om mulig** <ul style="list-style-type: none"> <li>• hvis testen er negativ, fortsett med individuelle tiltak i en periode på 14 dager etter siste eksponering;</li> <li>• hvis testen er positiv, må tilfellet varsles og kontaktsporing igangsettes.</li> </ul> </li> </ul>	I en periode på 14 dager etter siste lavrisikoeksponering for et covid-19-tilfelle: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppfordre lavrisikokontakter til proaktivt å kontakte offentlige helsemyndigheter hvis de utvikler compatible symptomer;</li> <li>• Hvis kontakten utvikler covid-19-kompatible symptomer, må man følge samme trinn som for høyrisikokontakter.</li> </ul> <p>Basert på individuelle risikovurderinger kan offentlige helsemyndigheter vurdere å permittere lavrisikokontakter hvis de arbeider med sårbare befolkningsgrupper (f.eks. omsorgsgivere til eldre).</p>

\* Se ECDCs tekniske rapport «Infection prevention and control in the household management of people with suspected or confirmed coronavirus disease (COVID-19)» [25].

\*\*Se ECDCs «Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19 - first update» [26].

## Vurdering av ressurser

Kontaktsporing kan være ressurskrevende. Hvert land er nødt til å tilpasse sine kontaktsporingstiltak til den lokale epidemiologiske situasjonen i samsvar med tilgjengelige ressurser. Disse ressursene kan forsterkes ved å rekruttere ikke-medisinsk personell, deriblant frivillige, hvis tilstrekkelig personvern, opplæring og tilsyn kan ivaretas. Andre tilgjengelige ressurser, for eksempel rekruttering av telefonsentre som er tiltenkt for andre formål, kan også vurderes. Tiltak som kan bidra til å spare ressurser inkluderer å bytte til selvovervåking for nære kontakter i stedet for daglige samtaler, eller å introdusere en app eller et annet elektronisk verktøy for å medvirke til overvåkingen [27,28]. For å gjøre det mulig å trappe opp kontaktsporing kan kontakter også bli kontaktet og informert via tekstmeldinger i stedet for telefonsamtaler [28]. WHO har utviklet [Go.Data tool](#), som muliggjør mer hensiktsmessig og effektiv kontaktsporing. Verktøyet gjør at man raskt kan følge opp kontakter, visualisere smittekjeder og dele data.

Hvis ressursene blir for begrenset til å teste symptomatiske kontakter, bør alle symptomatiske kontakter rådes til å selvisolere seg og bør behandles som et tilfelle [26].

## Bruke kontaktsporingsdata for å informere respons

Data om kontaktsporingsundersøkelser bør sammenstilles og analyseres på lokalt og/eller nasjonalt nivå for å lære fra undersøkelsene og informere responsen. Eksempler inkluderer å oppnå en forståelse av smitten og angrepsraten, å identifisere og dokumentere miljøer der smitte finner sted, og å forstå effektiviteten til ulike avhjelpende tiltak, for eksempel fysisk distansering.

En algoritme for håndtering av kontakter til sannsynlige eller bekreftede covid-19-tilfeller finnes i vedlegget.

# Medvirkende ECDC-eksperter (i alfabetisk rekkefølge)

Cornelia Adlhoch, Andrew J Amato-Gauci, Agoritsa Baka, Orlando Cenciarelli, Bruno Ciancio, Stefania De Angelis, Tarik Derrough, Erika Duffell, Lina Nerlander, Pasi Penttinen, Daniel Palm, Diamantis Plachouras, Emmanuel Robesyn, Ettore Severi, Gianfranco Spiteri, Bertrand Sudre, Carl Suetens, Phillip Zucs.

## Referanser

1. Chinese Center for Disease Control and Prevention. Epidemic update and risk assessment of 2019 novel coronavirus. Beijing: CCDC; 2020. Available from: <http://www.chinacdc.cn/yrdqz/202001/P020200128523354919292.pdf>.
2. Backer JA, Klinkenberg D, Wallinga J. Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20–28 January 2020. *Eurosurveillance*. 2020;25(5).
3. Du Z, Xu X, Wu Y, Wang L, Cowling BJ, Meyers LA. Serial interval of COVID-19 among publicly reported confirmed cases. *Emerging infectious diseases*. 2020;26(6).
4. Ganyani T, Kremer C, Chen D, Torneri A, Faes C, Wallinga J, et al. Estimating the generation interval for COVID-19 based on symptom onset data. *medRxiv*. 2020:2020.03.05.20031815.
5. Han Y, Yang H. The transmission and diagnosis of 2019 novel coronavirus infection disease (COVID-19): A Chinese perspective. *Journal of Medical Virology*.n/a(n/a).
6. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(12):1177-9.
7. Cereda D, Tirani M, Rovida F, Demicheli V, Ajelli M, Poletti P, et al. The early phase of the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy 2020. Available from: <https://arxiv.org/abs/2003.09320v1>.
8. World Health Organization (WHO). Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations. Geneva: WHO; 2020 [accessed 27 March 2020]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>.
9. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *New England Journal of Medicine*. 2020.
10. Cheng VCC, Wong S-C, Chen JHK, Yip CCY, Chuang VWM, Tsang OTY, et al. Escalating infection control response to the rapidly evolving epidemiology of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) due to SARS-CoV-2 in Hong Kong. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2020:1-24.
11. Santarpia JL, Rivera DN, Herrera V, Morwitzer MJ, Creager H, Santarpia GW, et al. Transmission potential of SARS-CoV-2 in viral shedding observed at the University of Nebraska Medical Center. *medRxiv*. 2020:2020.03.23.20039446.
12. World Health Organization (WHO). Report of the WHO–China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
13. Istituto superiore di sanità. Sorveglianza integrata COVID-19 in Italia: Aggiornamento 22 marzo 2020. Rome: Istituto superiore di sanità; 2020. Available from: [https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Infografica\\_22marzo%20ITA.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Infografica_22marzo%20ITA.pdf).
14. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidelines for the use of non-pharmaceutical measures to delay and mitigate the impact of 2019-nCoV. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/novel-coronavirus-guidelines-non-pharmaceutical-measures\\_0.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/novel-coronavirus-guidelines-non-pharmaceutical-measures_0.pdf).
15. Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW, et al. Feasibility of controlling 2019-nCoV outbreaks by isolation of cases and contacts. *medRxiv*. 2020.
16. Keeling MJ, Hollingsworth TD, Read JM. The efficacy of contact tracing for the containment of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *medRxiv*. 2020.
17. Peak CM, Kahn R, Grad YH, Childs LM, Li R, Lipsitch M, et al. Modeling the comparative impact of individual quarantine vs. active monitoring of contacts for the mitigation of COVID-19. *medRxiv*. 2020.
18. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*. 2020 2020/02/15;395(10223):507-13.
19. Bi Q, Wu Y, Mei S, Ye C, Zou X, Zhang Z, et al. Epidemiology and transmission of COVID-19 in Shenzhen China: Analysis of 391 cases and 1 286 of their close contacts. *medRxiv*. 2020.

20. Choe YJ. Coronavirus disease-19: Summary of 2 370 contact investigations of the first 30 cases in the Republic of Korea. medRxiv. 2020.
21. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Resource estimation for contact tracing, quarantine and monitoring activities in the EU/EEA [internet]. Stockholm: ECDC; 2020 [accessed 11 March 2020]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/resource-estimation-contact-tracing-quarantine-and-monitoring-activities-covid-19>.
22. World Health Organization (WHO). Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts [internet]. Geneva: WHO; 2020 [accessed 4 February 2020]. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts).
23. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft (RAGIDA) – Middle east respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV). Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/infectious-diseases-transmitted-on-aircrafts-ragida-risk-assessment-guidelines.pdf>.
24. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Infection prevention and control for the care of patients with 2019-nCoV in healthcare settings 2020 [accessed 20 February 2020]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-care-patients-2019-ncov-healthcare-settings>.
25. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Infection prevention and control in the household management of people with suspected or confirmed coronavirus disease (COVID-19) [accessed 31 March 2020]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-control-household-management-covid-19>.
26. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19 - first update) [accessed 8 April 2020]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-guidance-discharge-and-ending-isolation-first%20update.pdf>.
27. TheJournal.ie. 80 defence forces cadets are being trained in Covid-19 contact tracing [internet]. Dublin: TheJournal.ie; 13 March 2020 [accessed 23 March 2020]. Available from: <https://www.thejournal.ie/defence-forces-cadets-trained-in-coronavirus-contact-tracing-5046020-Mar2020/>.
28. Personal communication, 23 March 2020: Greg Martin, specialist in public health medicine, Health Service Executive, Ireland.

# Vedlegg

## Algoritme for håndtering av kontakter til sannsynlige eller bekreftede covid-19-tilfeller

