

# COVID-19 i Danmark



Status ved 11. epidemiuge  
13. maj 2020

**COVID-19 i Danmark –13.maj 2020**  
Sundhedsstyrelsen 13. maj 2020

© Sundhedsstyrelsen, 2020.  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Elektronisk ISBN: 978-87-7014-168-0**

**Sprog:** Dansk  
**Version:** 7.0  
**Versionsdato:** 13.maj 2020  
**Format:** pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
Maj 2020

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Baggrund .....</b>	<b>4</b>
1.1. COVID-19 er en ny sygdom .....	4
1.2. Bæredygtig og langtidsholdbar strategi for håndtering af COVID-19 .....	5
<b>2. Om COVID-19.....</b>	<b>7</b>
2.1. Epidemiologi og sygdomsforløb .....	7
2.2. Personer med øget risiko ved COVID-19 .....	8
2.3. Vaccine og behandling .....	13
<b>3. Status på epidemien .....</b>	<b>15</b>
3.1. Baggrund.....	15
3.2. Den globale epidemi .....	15
3.3. Den europæiske epidemi.....	16
3.4. Den danske epidemi .....	19
3.5. Befolkningens handlemønster i forbindelse med den gradvise genåbning.....	26
<b>4. Risikovurdering og prognose .....</b>	<b>30</b>
4.1. Datagrundlag.....	30
4.2. Epidemiprognosen .....	32
4.3. Den seneste uges epidemiologiske udvikling og samlet risikovurdering.....	37
<b>5. Smitteforebyggelse i samfundet og i befolkningen .....</b>	<b>39</b>
5.1. Grundelementer i smitteforebyggelse .....	39
<b>6. Smitteundertrykkelse – Test, isolation og kontaktopsporing .....</b>	<b>44</b>
6.1. Test kan både bruges til at finde dem, der er smittet og til at forebygge smitte .....	45
6.2. Selv-isolation .....	48
6.3. Smitteopsporing og test af nære kontakter .....	48
6.4. Intensivt fokus på at undgå smittespredning blandt sårbare borgere .....	50
<b>7. Fleksibel planlægning i sundhedsvæsenet .....</b>	<b>53</b>
7.1. Omstillingsparat primært sundhedsvæsen .....	54
7.2. Et fleksibelt sygehusvæsen .....	54
<b>8. Befolkningsrettet kommunikation .....</b>	<b>59</b>
8.1. Sundhedsstyrelsens hidtidige kommunikationsindsats .....	59
8.2. Kommunikation i forbindelse med genåbning af funktioner .....	60
<b>Bilag 1. Ordliste.....</b>	<b>63</b>
<b>Bilag 2. Materialer og dokumenter .....</b>	<b>65</b>

# 1. Baggrund

Den 11. marts erklærede Verdenssundhedsorganisationen, WHO, udbruddet af COVID-19 for en pandemi.

Danmark er i denne uge gået ind i den 11. epidemiuge. COVID-19 epidemien er de seneste uger blevet bremset, og danskerne har i fællesskab formået at stoppe smittespredning. Men vi er fortsat midt i en epidemi, som har udviklet sig globalt over de seneste ca. 4 måneder.

Lige nu er smittetrykket lavt, antallet af nye tilfælde er lavt og antallet af indlagte patienter med COVID-19 er stadigt faldende. Vi har kontrol med epidemien, og det skal gerne fortsætte. Kun en mindre del af befolkningen har indtil nu været smittet, så vi skal fortsat arbejde for at undgå, at vi på et senere tidspunkt pludselig får en stejl epidemiudvikling.

Håndteringen af COVID-19 ændres og justeres hele tiden, og alle sundhedsmyndigheder verden over arbejder på højtryk med at forebygge smitte i samfundet og håndtere sygdommen. I takt med epidemiens udvikling bliver vi time for time, dag til dag klogere på virus, og på sygdommens karakter – og den viden skal omsættes til rådgivningen af befolkning og anbefalinger til håndteringen af COVID-19. Indsatsen skal tilrettelægges så den passer til det danske samfund, sundhedsvæsen og kulturelle forhold, og ud fra den viden om sygdommen, som vi har.

## 1.1. COVID-19 er en ny sygdom

COVID-19 er en sygdom, som vi må forvente vil være en del af sygdomsbilledet i Danmark og andre lande fremover. Nye sygdomme skaber usikkerhed, fordi der er meget, vi endnu ikke ved, og det giver en uforudsigelighed, da svarene først kommer med tiden.

Det er ikke første gang, at vi som individer og samfund skal justere vores adfærd og sundhedsvæsenets indsats i lyset af en ny smitsom sygdom. I 1980'erne spredte den på det tidspunkt ukendt og dødelig sygdom AIDS sig blandt særligt unge og raske personer. Sygdommen smittede seksuelt og det var nødvendigt at ændre adfærd for at mindske spredningen. Sundhedsvæsenet skulle lære at håndtere og senere behandle patienter med den nye sygdom. Smitte via fx blodtransfusioner og stikuheld skulle undgås. Personer skulle testes for sygdommen, og smittekæder skulle opspores. Senere kom effektiv behandling. I 2009 stod vi over for pandemien med Influenza A (H1N1). Dengang var der ligesom med COVID-19 også tale om et luftvejsvirus, hvor der var behov for særligt fokus på hygiejne og andre beskyttelsesforanstaltninger samt på risikogrupper.

Som i 1980 ved HIV og som under epidemien med H1N1 har vi i dag et behov for at få mere viden om sygdommen, om virusset og om epidemien. Hvem rammes særligt hårdt af COVID-19? Hvornår skal man ikke være nervøs for at blive smittet, og hvornår skal man tage sine forholdsregler? Udvikler man immunitet efter infektion? Hvilke tiltag mod

smittespredning virker, og hvilke virker ikke? Det er nogle af de spørgsmål, vi har behov for at få mere viden om.

Både sundhedsmyndigheder og faglige eksperter er undervejs blevet klogere på sygdommen. Ny viden tilkommer løbende. Nogle gange er det tydeligt, hvordan den nye viden skal tolkes. Andre gange er der ikke fuldstændig enighed. Det er et vilkår, som vi skal forstå og forholde os til. Vi vil i de kommende uger og måneder blive klogere på sygdommen og må tilpasse rådgivningen og planlægningen løbende.

## **1.2. Bæredygtig og langtidsholdbar strategi for håndtering af COVID-19**

Når forretninger, kulturliv, erhvervsliv, uddannelsesinstitutioner og skolerne åbner, kolleger mødes på arbejdspladsen og fritids-, og sportsaktiviteter over tid påbegyndes vil COVID-19 have mulighed for at sprede sig. Opgaven er derfor fortsat at søge at begrænse smitten i vores samfund. Det gør vi både ved de generelle smitteforebyggende tiltag og ved at have et skarpt fokus på at opspore smitten, isolere den og undgå, at den breder sig til den del af befolkningen, som er i risiko for at blive meget syge af COVID-19.

Danskerne har været gode til at følge de generelle anbefalinger. Vi ved, at de generelle anbefalinger om at holde afstand, håndhygiejne og rengøring virker, og derfor skal vi alle støtte hinanden i fortsat at følge anbefalingerne.

Vi skal derfor igennem lang tid fortsætte med at holde god håndhygiejne, være gode til at gøre rent derhjemme, på arbejdet og i institutioner samtidigt med, at vi holder fysisk afstand, undgå håndtryk, kram og kys. Det er svært at ændre på vaner, og nærhed og social kontakt er en essentiel del af vores kultur, i venskaber og i familier. Vi skal opfordre og motivere til at følge anbefalingerne, men samtidig må det ikke hindre vores hverdagsliv.

Viden om COVID-19 skal fortsat omsættes til handlingsanvisninger, for hvad man skal gøre ved symptomer, sygdom eller ved kontakt med en person smittet med COVID-19, hvad enten det er som sundhedsperson, ansat i ældresektoren eller som pårørende eller kollega.

Danmark er et samfund, der i høj grad bygger på tillid mellem mennesker, og ansvaret for den enkeltes sundhed ligger et sted mellem sundhedspersonen og borgeren i dialog og med en høj grad af inddragelse. Vi har tradition for strukturelle tiltag rettet mod sundhed fx børnesundhedsplejeområdet og tilbud om screening af bestemte kræftsygdom, mens vi ikke har tradition for at kontrollere, om den enkelte børster tænder tager sin blodtryksmedicin eller i øvrigt følger anbefalinger for forebyggende og sundhedsfremmende adfærd.

Tilliden mellem danskerne, sundhedsvæsenet og myndighederne er en forudsætning, som vi skal bygge på under den kontrollerede genåbning. Langt de fleste danskere smit-

tet med COVID-19 vil med god rådgivning kunne følge råd om selvisolation, opmærksomhed på egne symptomer og kontaktopsporing. Men vi skal samtidigt støtte op, når den enkelte ikke har mulighed for dette.

Sundhedsvæsenet skal tilbyde behandling til dem, der får brug for det, og læring fra behandlingen af den enkelte patient skal inddrages til at forbedre behandlingen af den næste patient. Sundhedsvæsenet og myndighederne skal tilbyde rådgivning om sygdommen og hjælp til at forhindre, at personer smittet med COVID-19 smitter andre og hjælp til at opspore kontakter.

De mest sårbare i vores samfund – på sygehuse, plejecentre og andre institutioner - skal beskyttes mod smitte. Det kræver både viden, kompetencer og ændring af den daglige organisering. Sygehusene skal i den kommende tid tilrettelægge fleksibelt. De skal både kunne håndtere patienter smittet med COVID-19 samt vanlige opgaver. Der skal planlægges fleksibelt og med evne til omstilling, så de også er forberedte på epidemiens uvished. Dette har sygehusene allerede flere gange under denne epidemi vist sig i stand til at gøre.

Sundhedsstyrelsen skal under den kontrollerede genåbning og på sigt mens COVID-19 bliver en del af sygdomsbilledet sikre befolkningens sundhed. Vi skal have fokus på, at kontrollere epidemien samt behandle dem, der får brug for det, men vi skal også have fokus på folkesundheden. En forudsætning for dette er, at aktiviteten i sundhedssektoren øges, så vi kan sikre et bredt og dækkende behandlingstilbud af høj kvalitet.

Det kræver en bæredygtig og langtidsholdbart håndtering, hvor COVID-19 er i samfundet som en ny sygdom. En håndtering, hvor borgerne tager et ansvar i forhold til at mindske smittespredning, og hvor sundhedsvæsenet fortsat er fleksibelt og kan udvide og omstille sin kapacitet i forhold til det aktuelle behov. Det kræver også, at vi er på forkant med epidemien, at vi følger udviklingen og inddrager ny viden i vores håndtering og anbefalinger.

COVID-19-epidemien skal håndteres med mindst mulig smittespredning og uden at sundhedsvæsenet og dets personale belastes mere end det kan holde til. Vores mål er imidlertid, at vi i denne håndtering finder en balance, så vi ikke mister fokus fra andre vigtige opgaver og befolkningens sundhed i bred forstand.

Omstilling og nye tiltag skal så vidt muligt underbygges af data og viden. Vi har nu tre måneders erfaring med den nye epidemiske sygdom COVID-19, og vi lærer hele tiden af både andres og egne erfaringer. Mange hensyn, både samfundsmæssige og sundhedsfaglige, skal afbalanceres. Det er nødvendigt med en stor grad af fleksibilitet og vi må hele tiden tilpasse de løsninger, vi iværksætter, så de passer til vores forhold i Danmark.

## 2. Om COVID-19

### 2.1. Epidemiologi og sygdomsforløb

COVID-19 forårsages af SARS-CoV-2, der tilhører en familie af vira, der kan være årsag til alt fra lette forkølelser til alvorlige nedre luftvejsinfektioner med mulig dødelig udgang. SARS-CoV-2 spredes via dråbe- og kontaktsmitte ligesom andre humane coronavirus.

Som epidemien har udviklet sig, er der kommet mere viden om, hvornår smittespredningen foregår. Det antages, at smitten kan ske både, når man har symptomer og før man udvikler symptomer (præsymptomatisk og asymptomatisk). Det antages, at personer der nyser og hoster, smitter mere, da smittedråber dermed spredes, end personer med få eller ingen symptomer, som formentligt primært smitter ved kontaktsmitte efter berøring af eget ansigt (næse og/eller mund) Se boks 1.

#### Boks 1. Smitteveje

##### Smitteveje for SARS-CoV-2

- **Dråbesmitte** - smitte sker fra person til person via små dråber. Dråber spreder sig i luften ved hoste eller nys i en afstand på 1-2 meter, hvorefter de hurtigt falder til jorden. Typisk bliver man smittet ved, at man er tæt på en person, som udskiller små dråber ved hoste eller nys, hvorefter dråberne lander på ens slimhinder i næse, øjne eller mund. Dråbesmitte kan forebygges ved at holde afstand.
- **Kontaktsmitte** - smitte sker via direkte fysisk kontakt eller via overflader, hvor der fra en anden person er efterladt viruspartikler, som man rører ved, inden man rører sig i næse, øjne eller mund. Man ved ikke, præcis hvor længe virus kan overleve på overflader, men man regner med en overlevelsesetid på 48 timer. Det er dog vigtigt at huske på, at man ikke kan smittes alene ved at røre ved genstande med virus på. Smitte kræver, at virus kommer i kontakt med slimhinder i mund, næse eller øjne. Kontaktsmitte kan forebygges ved at holde afstand samt sikre god håndhygiejne, undlade at røre sig i ansigtet, hvis man har urene hænder samt ved hyppig rengøring af kontaktpunkter.

COVID-19 overføres fra symptomatiske personer til andre ved nær kontakt via host/nys og dråber, ved direkte kontakt med personer smittet med COVID-19 eller ved kontakt med virus-forurenedede genstande og overflader. Studier, der har undersøgt prøver taget fra samme patienter over flere dage, har fundet, at viruskoncentrationen er størst i de øvre luftveje tidligt i sygdomsforløbet, dvs. inden for de første tre dage fra symptomer opstår. Det tyder således på, at personer muligvis er mere smitsomme omkring tidspunktet for symptomdebut, end de er senere i sygdomsforløbet.

Personer smittet med COVID-19 kan udskille virus flere dage, før de selv udviser symptomer. Det er derfor også muligt, at smittespredningen finder sted præsymptomatisk, typisk via kontaktsmitte eller berøring med virus-forurenede overflader .

Man kan blive smittet med COVID-19 uden, at man udvikler symptomer, og det antages, at der er risiko for, at der kan ske smitteoverførsel fra smittede personer uden symptomer.

### **2.1.1. Sygdomsforløb**

Der ses forskellige sygdomsforløb ved COVID-19. De fleste personer, som bliver smittet, også personer i øget risiko, vil få et mildt forbigående forløb med lette luftvejs-symptomer, som går over af sig selv uden behandling. Særligt yngre personer kan være smittet uden at udvikle symptomer.

For de, der udvikler symptomer, begynder forløbet typisk omkring 5-7 dage efter smitte og indledes med lette symptomer fra svælget og øvre luftveje med ondt i halsen, sygdomsfølelse, muskelsmerter, tør hoste og feber. Man kan også opleve at få hovedpine, kvalme, diarré og muligvis andre symptomer

Nogle personer vil opleve et alvorligt sygdomsforløb, hvor de udvikler vejrtrækningsbesvær, forværring af hoste og feber, og hvor de kan få behov for behandling på sygehus. Langt de fleste vil blive udskrevet efter få dages indlæggelse, mens få vil have behov for intensiv behandling og måske også respiratorbehandling. Det er således vigtigt at huske på, at langt de fleste bliver raske igen, også personer med sygdomme eller tilstande, der menes at medføre en øget risiko for et alvorligt forløb.

For praktiske forhold kan patienter betragtes som smittefrie fra 48 timer efter symptomophør.

### **2.1.2. Immunitet**

De fleste andre typer af virus, som giver øvre luftvejsinfektioner i stil med COVID-19, fx influenza og andre typer af coronavirus, medfører immunitet i en periode, efter at man har været smittet, men det er meget forskelligt hvor længe. Serologiske test finder, at personer med COVID-19 danner antistoffer mod SARS-CoV-19, men der mangler fortsat viden om omfanget og varigheden af immuniteten.

## **2.2. Personer med øget risiko ved COVID-19**

Sygdomsforløb med COVID-19 kan være meget varierede, og særligt ældre og personer med visse sygdomme ser ud til at være overrepræsenteret blandt patienter med svære og fatale sygdomsforløb. Der har derfor været behov for at beskrive, hvem der er i øget risiko for at udvikle alvorlige sygdomsforløb, så der kan sikres målrettet information og hindring af smittespredning til disse grupper. Sundhedsstyrelsen har derfor på baggrund af en afdækning af den eksisterende viden og med fagligt rådgivning fra



en lange række lægevidenskabelige selskaber og patientforeninger udarbejdet anbefalinger til personer i øget risiko<sup>1</sup>.

Den tidligere vurdering af hvilke sygdomme og tilstande, der menes at medføre en øget risiko, og som under epidemien er meldt ud i Danmark, er baseret på faglige overvejelser og erfaringer fra andre infektionssygdomme, herunder influenza, SARS og MERS. Disse bredde definitioner af risikogrupper har medført, at mange - særligt ældre - har været rigtig gode til at passe på sig selv og nærmest har isoleret sig i deres eget hjem i forbindelse med nedlukningen af Danmark. Det var anbefalingen, da der forventedes en relativt hurtigt overstået epidemi. Det er hverken godt eller nødvendigt at isolere sig på længere sigt, hvorfor Sundhedsstyrelsen har lavet anbefalinger til, hvordan man stadig kan leve et godt hverdagsliv, selvom man er i øget risiko.

### **2.2.1. Hvem er i øget risiko**

For langt de fleste mennesker er der kun en lille risiko for alvorlig sygdom med COVID-19, og især børn og unge påvirkes mindre og har milde sygdomsforløb. Dog kan selv i øvrigt raske personer i sjældne tilfælde få alvorlige sygdomsforløb med COVID-19.

Der findes en række sygdomme og tilstande, som vil kunne medføre øget risiko for et alvorligt sygdomsforløb. En 'øget risiko' skal forstås som en risiko for et indlæggelseskrævende sygdomsforløb, der er øget i forhold til baggrundsbefolkningen, og hvor intensivbehandling kan blive nødvendig. For personer med de sygdomme og tilstande, hvor der er en veldokumenteret øget risiko, er risikoen øget ca. 2-3 gange i forhold til baggrundsbefolkningen.

Det er vurderingen, at det først og fremmest er personer med høj alder, personer i plejebolig og personer med overvægt, hvor der er en veldokumenteret øget risiko for et alvorligt sygdomsforløb. Derudover må det antages, at der er en øget risiko for et alvorligt sygdomsforløb hos personer med en række sygdomme og tilstande (boks 2). Derudover betragter man ud fra et forsigtighedsprincip og af hensyn til det ufødte barn og den gravide, gravide som værende en risikogruppe i forhold til COVID-19. Det er dog ikke påvist, at gravide har en øget risiko for at få et alvorligt sygdomsforløb med COVID-19 eller har en øget dødelighed, hvilket heller ikke er påvist for det ufødte barn.

<sup>1</sup> Håndtering af COVID: 19-Anbefalinger til personer i øget risiko. Sundhedsstyrelsen 6. maj 2020.

**Boks 2. Personer med øget risiko ved COVID-19<sup>2</sup>****Personer, hvor det er veldokumenteret, at der er en øget risiko for et alvorligt sygdomsforløb*****Personer med høj alder***

Risikoen for ældre må ikke alene baseres på alder. Den enkelte ældres risiko for et alvorligt sygdomsforløb med COVID-19 afhænger i væsentlig grad af, hvor rask, frisk og rørig, man er, om ens funktionsniveau er godt og af ens fysiske formåen og aktivitet, fx om man går ture, cykler eller tilsvarende. Det betyder også noget, om man vanligtvis kan klare sig i eget hjem.

Dette skal vurderes og vægtes med højere værdi end den faktiske alder, og risikoen med alderen stiger formentlig mere ved forekomsten og eventuel forværringen af kronisk sygdom end af stigningen i alder i sig selv. Eksempelvis er en rask 75-årig uden kronisk sygdom i mindre risiko for et alvorligt forløb end en 62-årig med hjerte-karsygdom og diabetes, ligesom en fysisk aktiv 79-årig, der vanligtvis klarer sig selv må forventes at være i mindre risiko for et alvorligt sygdomsforløb end en 74-årig med lungesygdom og begrænset fysisk formåen.

Såfremt man som ældre selv er i tvivl, er det er vigtigt, at der i dialog med egen læge foretages en konkret og individuel vurdering af den enkelte ældres samlede situation.

Det er veldokumenteret, at følgende – som dog skal anskues i sammenhæng med ovenstående – er i øget risiko for et alvorligt sygdomsforløb:

- personer over 70 år og særligt personer over 80 år
- personer over 65 år og samtidig forekomst af en eller flere kroniske sygdomme

***Beboere i plejebolig***

Beboere i plejebolig vurderes at være i øget risiko for et alvorligt sygdomsforløb med COVID-19 baseret på kombinationen af høj alder, typisk en eller flere kroniske sygdomme og nedsat funktions- og aktivitetsniveau.

***Personer med overvægt***

Risikoen ved overvægt skal også ses i sammenhæng med den samtidige tilstedeværelse af andre kroniske sygdomme, som fx ved overvægt kan være diabetes eller hjertekarsygdom.

Det er veldokumenteret at følgende er i øget risiko for et alvorligt sygdomsforløb:

- Personer med svær overvægt med BMI over 35
- Personer med svær overvægt med BMI over 30 og samtidig kronisk sygdom

<sup>2</sup> Fagligt grundlag. Personer med øget risiko ved COVID-19. Sundhedsstyrelsen 4. maj 2020.

**Personer, hvor det må antages, der er en øget risiko for et alvorligt sygdomsforløb***Følgende sygdomme eller tilstande*

- Svær hjertekarsygdom, fx svært hjertesvigt, alvorlig arvelig eller medfødt hjertesygdom, nylig blodprop i hjertet mv
- Svær lungesygdom, fx svær astma eller KOL, alvorlige lungesygdomme eller voksne med kronisk respirationsinsufficiens tilknyttet respirationscenter (dog ikke patienter med velbehandlet søvnapnø) mv
- Lungekræft, udbredt (metastatisk) kræft uanset kræfttype, strålebehandling mod lunger, eller hvor lungerne rammes samt pneumonitis som bivirkning til immunterapi
- Kronisk nyresygdom med nedsat nyrefunktion (eGFR < 15, plasma albumin < 20)
- Kronisk leversygdom med komplikationer
- Dårligt reguleret diabetes med HbA1c > 70 mmol/mol, uanset diabetes-type – især opmærksomhed ved samtidig svær overvægt, hjertekarsygdom eller svær nyresygdom
- Tilstande med nedsat ernæringstilstand og påvirket almentilstand, fx svære mave-tarm lidelser, korttarmssyndrom
- Muskulære, neuromuskulære og neurodegenerative sygdomme og tilstande, der medfører nedsat hostekraft eller problemer med at komme af med slim fra luftvejene, fx ALS, myasteni, svære myositter og bindevævslidelser, senfølger til apopleksi mv
- Fremskreden demenssygdom, uanset baggrund for denne, og personer med let til moderat kognitiv svækkelse og samtidig høj alder og komorbiditet

*Nedsat immunforsvar*

- Sygdomme med nedsat immunforsvar, fx primær immundefekt, myelomatose, seglcelleanæmi, vaskulit mv
- HIV-positive med udtalt immundefekt
- Immunhæmmende behandling, herunder kemoterapi, højdosis steroid og biologiske lægemidler
- Transplantation foretaget inden for de seneste seks måneder

**Visse børn med kronisk sygdom**

Visse børn med kronisk sygdom eller særlige tilstande kan have en øget risiko for et alvorligt sygdomsforløb, typisk børn, der under omstændigheder uden epidemi med COVID-19, også har særlige foranstaltninger fx særlige forhold i forbindelse med skolegang eller pasning i dagtilbud. Disse børn har sygdomme eller tilstande, der vanligt følges i specialambulatorier i sygehusregi, og får derigennem individuel vurdering og rådgivning.

For yderligere information henviser Sundhedsstyrelsen til oversigt fra Dansk Pædiatrisk Selskab: <http://www.paediatri.dk/nyheder/skolestart-og-risikoborn>

**Personer uden fast bopæl**

Ingen eller lav boligstandard, lille eller ingen adgang til hygiejnefaciliteter og vanskelighed ved at holde fysisk afstand på herberg mv medfører en øget risiko for smitte. Personer uden fast bopæl har endvidere ofte kronisk sygdom, særligt infektionssygdomme som hepatitis og tuberkulose, KOL mv. Kombinationen af øget smitterisiko og forekomst af kronisk sygdom hos personer uden fast bopæl medfører en øget risiko for alvorligt sygdomsforløb.

**Personer, hvor der alene er tale om et forsigtighedsprincip****Gravide**

Gravide kan være mere modtagelige over for infektioner. Gravide har dog samme sygdomsmønster som den øvrige befolkning, dvs. det er ikke påvist, at gravide har en øget risiko for at få et alvorligt sygdomsforløb med COVID-19 eller har en øget dødelighed. Tilsvarende er heller ikke påvist for det ufødte barn.

Der er dokumentation for, at nogle gravide, der indlægges med COVID-19 i 3. trimester, forløses ved kejsersnit før tid, og at barnet hermed fødes før terminen med de dertil hørende risici.

Ud fra et hensyn til det ufødte barn, men også til den gravide, betragter Sundhedsstyrelsen gravide som en risikogruppe i forhold til COVID-19.

**2.2.2. Anbefalinger for personer i øget risiko**

COVID-19 er en ny, men ikke grundlæggende anderledes smitsom sygdom. Som person i øget risiko bør man derfor følge de normale forholdsregler for infektioner som man plejer. Det betyder, at det man kunne før COVID-19 epidemien, fx tage på arbejde og passe børnebørn, kan man også i vidt omfang gøre nu, når man følger nogle særlige forholdsregler (boks 3)

**Boks 3. Generelle smitteforebyggende anbefalinger til personer i øget risiko****Forebyg kontaktsmitte - sørg for ekstra god hygiejne**

- Vær særlig opmærksom på håndhygiejne, når du har rørt typiske kontaktpunkter, som anvendes af mange i det offentlige rum, fx dørhåndtag i butikker, elevatorknapper, dankortterminaler, hæveautomater, håndtag i busser, armlæn på restaurant- og cafestole mv.
- Undgå at røre din næse, mund og øjne, hvis du ikke har rene hænder, da virus typisk smitter fra hænderne til slimhinderne i næse, mund og øjne – men ikke gennem huden.
- Vær særlig påpasselig med hygiejne og rengøring i hjemmet. Rengøring foretages med almindelige metoder og rengøringsmidler, men ekstra hyppigt og grundigt.
- Tal åbent med dine nærmeste pårørende om deres omgangskredse og 'bevægecirkler', så du kender risikoen ved at give kram til dem.
- Du kan godt give kram til dine allernærmeste, fx partner, børn og børnebørn, men undgå håndtryk, kindkys og kram til andre end dine nærmeste pårørende.

**Forebyg dråbesmitte - hold afstand**

- Bed andre om at tage hensyn ved at holde afstand.
- Undgå særligt længerevarende ansigt-til-ansigt kontakt.

**Begræns situationer hvor du udsættes for smitte**

- Undgå samvær med personer, som har symptomer, der kunne være COVID-19, også børn og børnebørn.
- Undgå steder med mange mennesker, fx offentlige transportmidler i myldretiden. Lav dine indkøb når eller hvor, der er færrest i butikkerne
- Overvej din deltagelse i sociale arrangementer og fritidsaktiviteter i forhold til smitterisiko. Bed om hjælp til at aktiviteter gennemføres på en forsvarlig måde.

Personer i særlig risiko kan også deltage i sociale sammenhænge, fællesskaber, foreningsliv og private sammenkomster. Når befolkningen følger de generelle råd for reduktion af smitterisiko, både i det offentlige rum, privat og på arbejdspladser, skabes et miljø, hvor også personer i øget risiko kan deltage. I udgangspunktet behøves personer i øget risiko ikke blive omplaceret i deres arbejde eller arbejde hjemmefra. Dog skal personer i øget risiko, der er ansat i sundheds-, social- eller ældresektoren, ikke indgå i funktioner, hvor de deltager i pleje, omsorg eller behandling af og har tæt kontakt med en borger eller patient, hvor der er mistanke om COVID-19 baseret på typiske og karakteristiske symptomer, eller af personer, som er bekræftet med COVID-19. Der vil dog være personer i øget risiko som på baggrund af en konkret individuel vurdering fra deres læge, ikke bør møde på arbejde, også i andre erhverv.

Pårørende, fx partner eller barn, til person i øget risiko, kan gå på arbejde eller komme i dagtilbud eller skole, og det gælder også hvis denne arbejder i sundheds-, social- eller ældresektoren eller andre sektorer, hvor man kan være i tæt fysisk kontakt med andre mennesker. Det er dog samtidigt Sundhedsstyrelsen vurdering, at pårørende, der er ansat i sundheds-, social- eller ældresektoren, og som deler husstand med fx partner eller barn, der er i øget risiko, ikke skal indgå i funktioner, hvor de deltager i pleje, omsorg eller behandling af og har tæt kontakt med en borger eller patient, hvor der er mistanke om COVID-19 baseret på typiske og karakteristiske symptomer, eller af personer, som er bekræftet med COVID-19.

### 2.3. Vaccine og behandling

Der findes på nuværende tidspunkt ikke en specifik behandling af COVID-19, men forskere over hele verden arbejder på at teste og udvikle forskellige lægemidler. Der arbejdes både på at finde en behandling, der forebygger sygdom og forkorter varigheden af den smitsomme periode og på at finde behandlinger, der nedsætter risikoen for kritisk sygdom og død. Danmark deltager både i internationale forsøg og laver egne behandlingsudviklende forsøg. Ifølge Lægemiddelstyrelsens oversigt over godkendte danske forsøg er der d. 6. maj 2020 16 godkendte igangværende studier i Danmark.

Lægemiddelmyndigheder verden over støtter forskere og virksomheder i hurtigt at udvikle medicin og vaccine mod COVID-19. Lægemiddelstyrelsen er forberedt på at

kunne godkende ny behandling eller en eventuel vaccine så hurtigt som muligt uden at gå på kompromis med sikkerheden.

Lægemiddelstyrelsen følger området tæt og opdaterer løbende lister over studier og forskning i henholdsvis medicin til behandling af COVID-19 og vacciner mod COVID-19, der pågår på verdensplan<sup>3</sup>.

Et internationalt fase III forsøg, med dansk deltagelse, med Remdesivir, et antiviralt medikament, der direkte hindrer RNA syntese og dermed virusreplikation, har fået en del omtale efter offentliggørelse af foreløbige data har vist, at behandling med stoffet accelererer bedring hos indlagte patienter med COVID-19. På baggrund af, at der ikke findes nogen virksom behandling af COVID-19, at COVID-19 er en livstruende sygdom, og at Remdesivir har vist effekt i cellekulturer, dyremodeller og ovennævnte studie, er behandlingen godkendt i USA til 'emergency use' i bestemte situationer ved svær sygdom hos indlagte patienter.

Det Europæiske Lægemiddel Agentur (EMA) har den 30 april påbegyndt et såkaldt 'rolling review' af remdesivir ved COVID-19. Et 'rolling review' er et værktøj som bruges, når man ønsker at fremskynde vurderingen af et lovende medikament<sup>4</sup>. EMA har d. 3. april udgivet en vejledning for "compassionate use of Remdesivir for COVID-19", og danske speciallæger i Infektionsmedicin kan søge om generel udleveringstilladelse hos Lægemiddelstyrelsen.

Der forskes i mange forskellige vacciner med forskellige virkningsmekanismer og tids-horisonter. Det forventes, at det vil tage tid, inden der er en tilgængelig vaccine, idet det først skal lykkes at udvikle en effektiv og sikker vaccine, og derefter vil den skulle sættes i produktion.

<sup>3</sup> <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/nyheder/temaer/ny-coronavirus-covid-19/vacciner-og-medicin-til-behandling-mod-covid-19/>

<sup>4</sup> EMA starts rolling review of remdesivir for COVID-19, Det Europæiske Lægemiddel Agentur, 30.april 2020  
[https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/ema-starts-rolling-review-remdesivir-covid-19\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/ema-starts-rolling-review-remdesivir-covid-19_en.pdf)

## 3. Status på epidemien

### 3.1. Baggrund

I dette afsnit beskrives pandemiens udvikling globalt, i Europa og i Danmark samt befolkningens bevægelses- og kontaktmønstre.

Afsnittet om epidemiens udvikling bygger på materiale fra international og national epidemiologisk overvågning, hvor særligt Statens Serum Institut har bidraget.

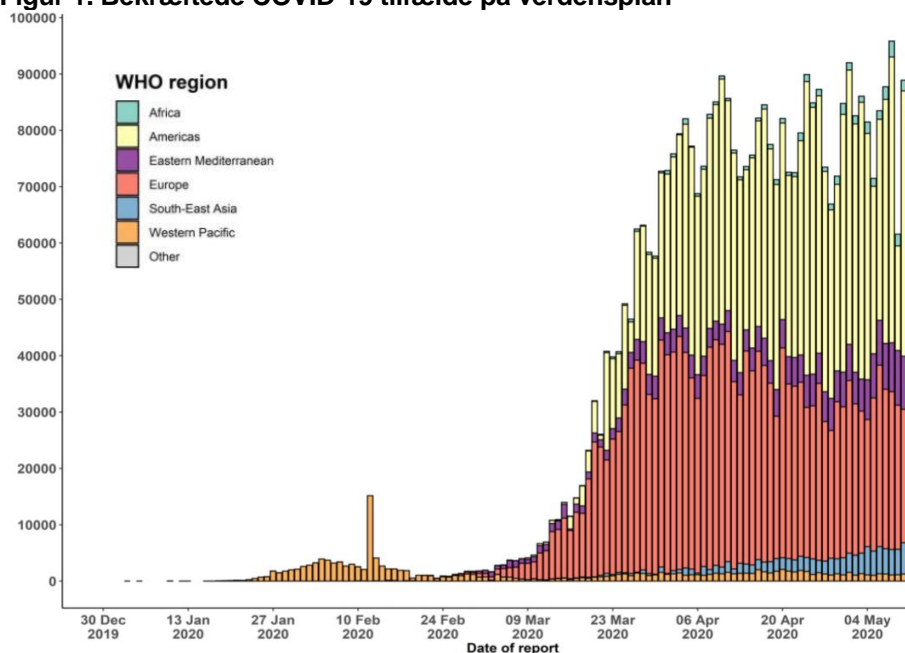
Ved sammenligning af antallet af bekræftede tilfælde på tværs af lande, er det væsentligt at tage forbehold for forhold som variationer i, hvordan man definerer et tilfælde af COVID-19, hvordan COVID-19 relaterede dødsfald defineres, samt forskellige kriterier for testning og tilgængelighed af diagnostiske tests.

### 3.2. Den globale epidemi

På verdensplan er der nu over 4 millioner mennesker, der er eller har været bekræftet med COVID-19, mens over 278.000 personer er døde i relation til COVID-19.

Figur 1 viser udviklingen af COVID-19-pandemien på verdensplan. Det ses, at det fortsat er i Europa og USA der rapporteres flest personer smittet med COVID-19. Det ser ud til at epidemien har toppet i Europa. Desuden ses en stigning i det daglige antal personer bekræftet med COVID-19 i Sydøstasien, hvor det er særligt er Indien, hvor der er en stigende registrering af daglige tilfælde.

**Figur 1. Bekræftede COVID-19 tilfælde på verdensplan**



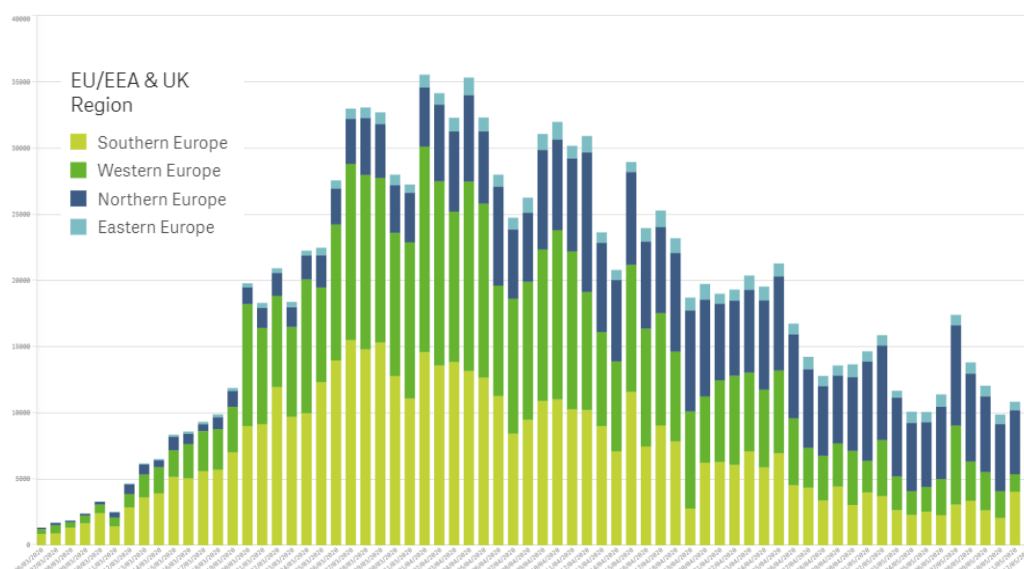
Bekræftede tilfælde af COVID-19, efter dato for indrapportering og efter anvendt case-definition i de enkelte lande, idet det bemærkes, at denne blev ændret for Hubei-provinsen hhv. 13. og 20 februar 2020. Figur modificeret fra WHO Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports, Nyeste opgørelse pr. 12.maj 2020.

### 3.3. Den europæiske epidemi

Epidemien i Europa er langsomt ved at bøje af og flere lande rapporterer et fald i dag-til-dag incidensen. Statens Serum Institut oplyser dog, at Hviderusland, Rusland og Ukraine, de sidste to uger har registreret en markant stigning i antallet af bekræftede tilfælde.

En række europæiske lande implementerede i marts en række tiltag i forskellige omfang og på forskellige tidspunkter til at nedsætte smittespredningen og en række lande er nu – lige som Danmark – langsomt og gradvist ved at åbne op og øge aktiviteten i samfundet igen. Figur 2 viser udviklingen i antallet af det daglige antal personer bekræftet med COVID-19 i Europa.

**Figur 2. Dagligt bekræftede COVID-19 tilfælde i Europa**

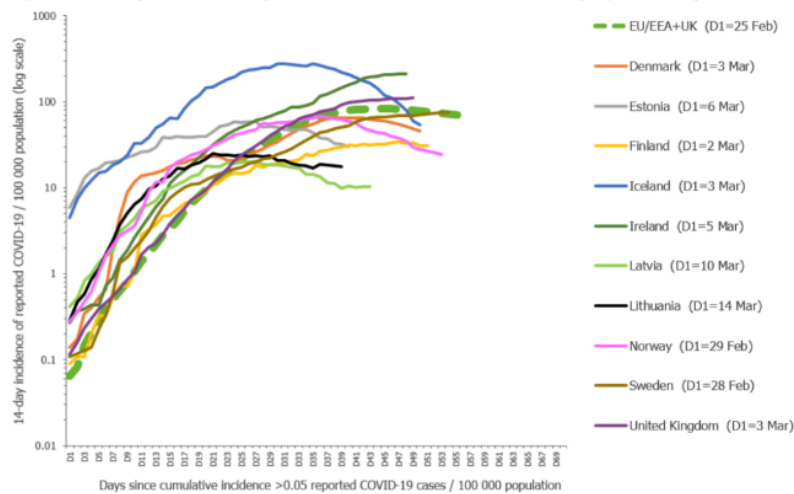


Bekræftede tilfælde af COVID-19, efter dato for indrapportering i europæiske regioner, Figur fra ECDC Global overview, Nyeste opgørelse pr. 12.maj 2020.

Det kan i figur 3 og 4 ses, at epidemien i de forskellige europæiske allerede i midten af april har været ved at bøje af i hovedparten af landene. Figurene viser befolkningsjusteret udvikling af nye tilfælde pr. 14 dag i en række nord og syd europæiske lande. Kurverne er vist på logaritmeskala og med fikseret start for dagen, hvor de enkelte lande rapporterede en samlet incidens på mere end 0,05 tilfælde pr. 100.000 borgere, i det at det på denne måde er muligt at sammenligne udviklingen i de forskellige lande.

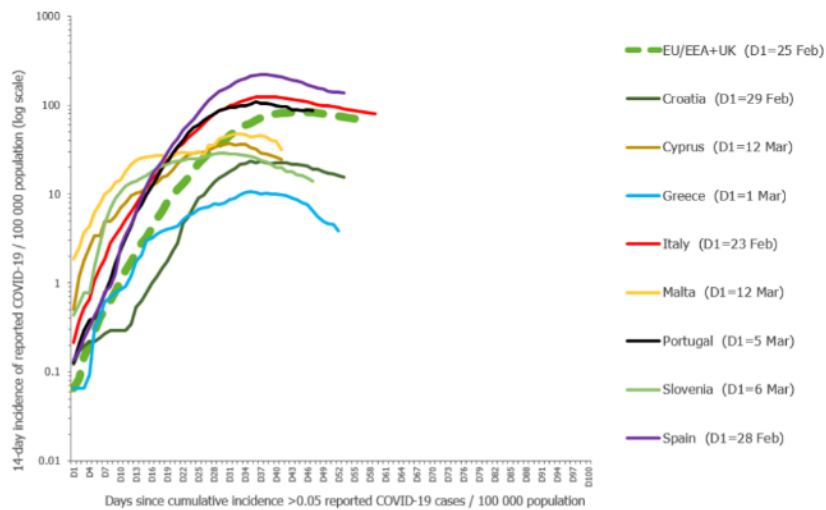


**Figur3. 14 dags incidens af bekræftede COVID-19 tilfælde i Nord Europa – fra 22.april**



D 1= første dag det respektive land rapporterede en samlet incidens på mere end 0,05 tilfælde pr. 100.000 borgere. Figur fra ECDC Rapid Risk Assessment – ninth update pr. 23.april 2020.

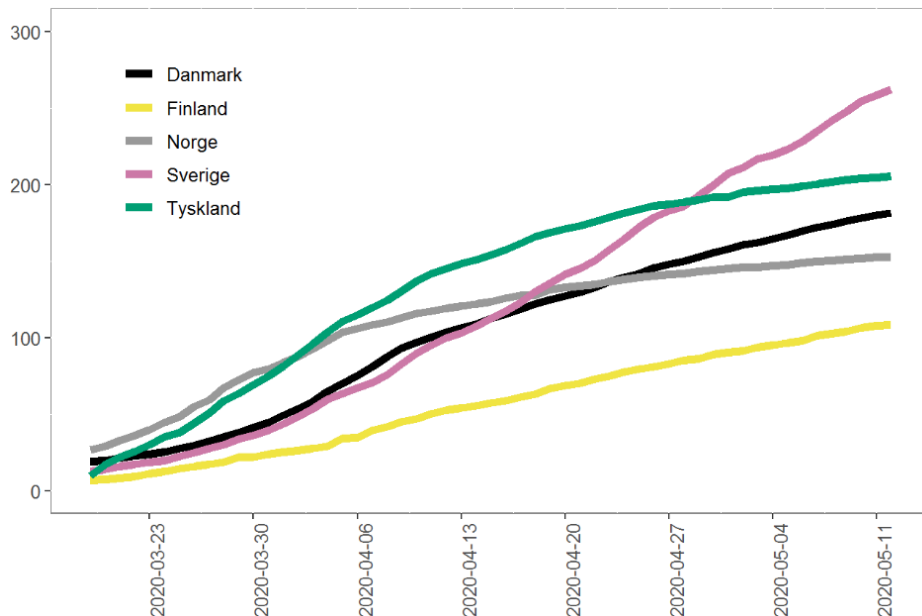
**Figur4. 14 dags incidens af bekræftede COVID-19 tilfælde i Syd Europa – fra 22.april**



D 1= første dag det respektive land rapporterede en samlet incidens på mere end 0,05 tilfælde pr. 100.000 borgere. Figur fra ECDC Rapid Risk Assessment – ninth update pr. 23.april 2020.

I landene rundt om Danmark ses varierende udvikling i rapporterede tilfælde. Udviklingen i Tyskland, Norge og Finland ser ud til at være bremset op, mens tilvæksten af nye rapporterede tilfælde stiger i Sverige (figur 5).

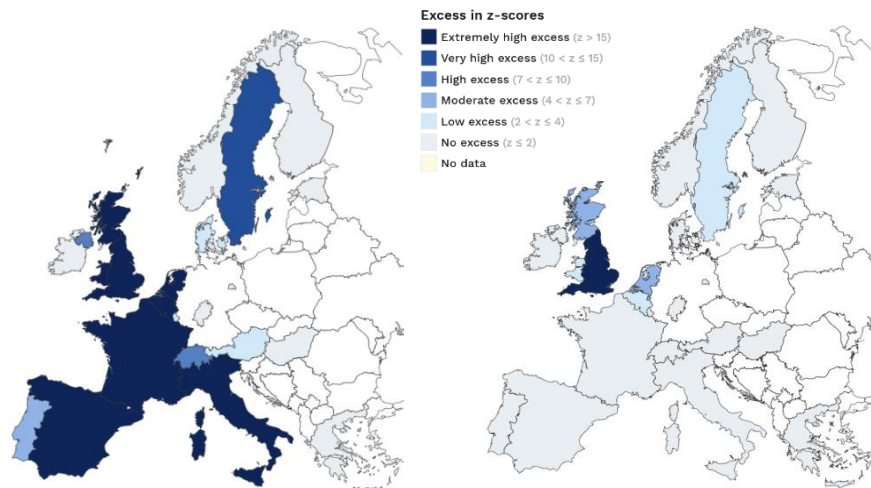
**Figur 5. Samlet antal bekræftede COVID-19 tilfælde i nordiske lande og Tyskland**



Figur udarbejdet af Statens Serum Institut, opdateret 13.maj 2020. Der skal tages højde for forskellige testkriterier og mørketal

Antallet af COVID-19 relaterede dødsfald i Europa er over 150.000. I flere europæiske lande ses en overdødelighed sammenlignet med forrige år både i aldersgrupper over 65, men også i den yngre aldersgruppe 15-64, der antages at skyldes COVID-19 epidemien<sup>5</sup>. Det er især i Spanien, Frankrig, Italien Storbritannien, Belgien Holland og Sverige, at der har været en tydelig overdødelige. I takt med at antallet af nye smittede falder, falder også antallet af COVID-19 relateret dødsfald, og overdødeligheden falder. Figur 6 viser udviklingen fra uge 15, hvor den europæiske overdødelighed toppede og til uge 18, hvor dødeligheden er faldet markant i hovedparten af de europæiske lande. England havde i uge 18 stadig en markant overdødelighed.

<sup>5</sup> <http://euromomo.eu/>

**Figur 6. Overdødeligheden i uge 15 og 18**

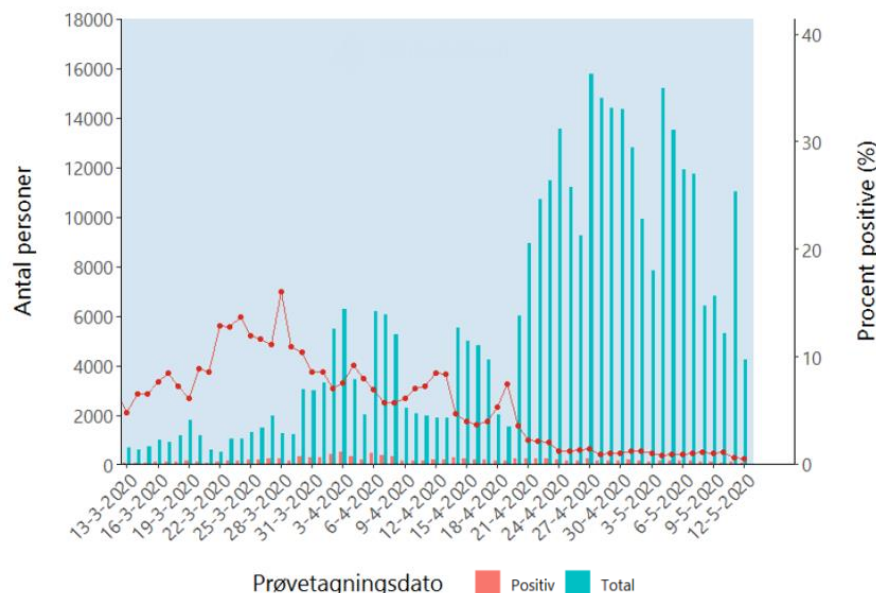
Dødelighed- alle årsager - i europæiske lande. Z-scoren bruges til at standardisere serier og muliggør sammenligning af dødelighed mellem forskellige populationer eller mellem forskellige tidsperioder. Jo højere Z-score, jo mere afviger dødeligheden for normalen, dvs. jo højere overdødelighed. Data fra uge 18 skal læses med forbehold for forsinkelse i registreringen. Figur fra EuroMOMO network

### 3.4. Den danske epidemi

#### 3.4.1. Testede personer, bekræftede COVID-19 tilfælde og overstået infektion

Antallet af danskere, der er testet for SARS-CoV-2 er løbende steget i takt med, at kapaciteten er øget, og det er blevet muligt at teste flere grupper. Den sidste uge er der i gennemsnit testet omkring 10.000 personer dagligt, dog skal der tages forbehold for sene indberetninger, der kan betyde stigninger i registrerede test for de seneste dage. Det daglige antal af personer, der testes positive for SARS-CoV-2 falder fortsat og andelen af positive prøver har den sidste uge været meget lav ca. 1 %. Figur 7 viser udviklingen af antal test, antal positive og positiv-procenten fra d. 13. marts til i dag.

**Figur 7. Personer som er testet positiv for COVID-19, antal testede personer samt procent der er testet positiv (rød kurve) opgjort på prøvetagningsdag**



Figur fra Epidemiologiske overvågningsrapporter om COVID-19, udarbejdet af Statens Serum Institut, opdateret 13.maj 2020. Modificeret af Sundhedsstyrelsen til kun at vise afbødningsfasen. Det skal bemærkes, at prøvesvar kan afrapporteres med forsinkelse, derfor skal der tages forbehold for komplement af de seneste døgnstal.

Statens Serum Institut opgør antallet af personer med overstået infektion baseret på en række registerparametre. Den 13.maj har 8.663 overstået COVID-19 infektion, hvilket er ca. 81 % af de bekræftede tilfælde (10.667 i alt)<sup>6</sup>. Det skal bemærkes, at en patient tidligst kan klassificeres som have overstået sin infektion 14 dage efter den positive test<sup>7</sup>.

### 3.4.2. Forekomst i aldersgrupper

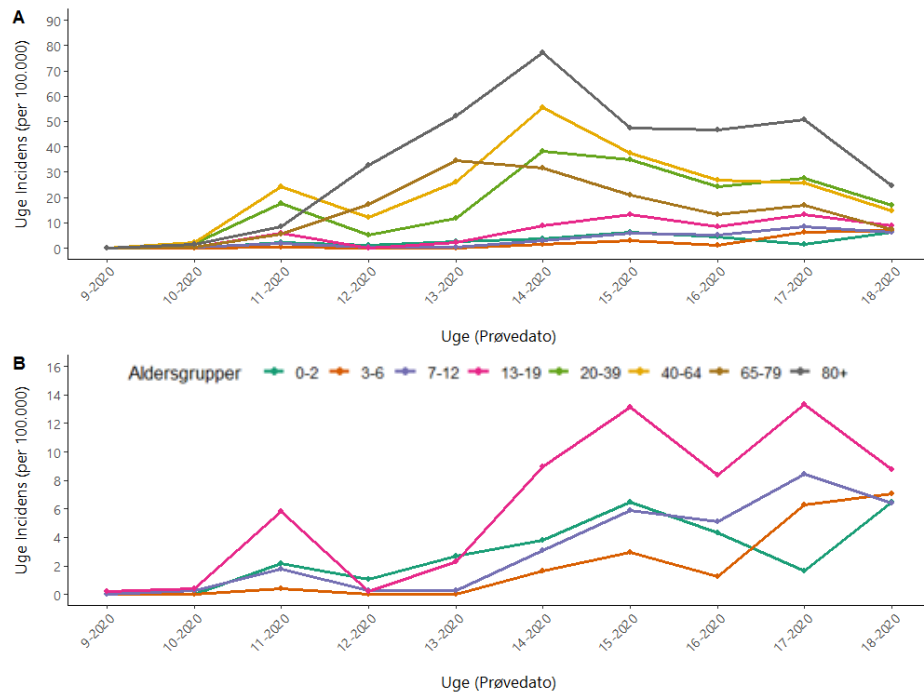
Den aldersspecifikke incidens ses i figur 8. Panel A viser data for alle aldersgrupper, og Panel B viser data for børn og unge under 20 år.

I uge 17 og 18 blev der set et fald i forekomsten af bekræftede tilfælde hos voksne over 40 år. Aldersgruppen over 80 år har klart den højeste incidens, men også her er antallet af nye bekræftede tilfælde faldende. Der er en relativ stabil forekomst i aldersgruppen 20-39 år fra uge 15 til 18 (hvilket repræsenterer perioden 23. marts til 3. maj).

For børn og unge blev der set en stigende forekomst af bekræftede tilfælde i aldersgruppen 13-19 år og aldersgruppen 7-12 år i uge 17, denne tendens ser ikke ud til at fortsætte i uge 18. Der er en tendens til stigning i de 3-6 årige mens børn under 3 år ligger relativt stabilt.

<sup>6</sup> Tal fra Epidemiologiske overvågningsrapporter om COVID-19, udarbejdet af Statens Serum Institut, opdateret 13.maj 2020

<sup>7</sup> Overstået COVID-19-infektion defineres som: Når en person, hverken er indlagt eller død 14 dage efter en påvist COVID-19-infektion. For patienter, der er indlagt 14 dage efter påvist COVID-19 infektion, vil datoen for overstået COVID-19-infektion blive sat til førstkomende udskrivelsesdato eller til 30 dage efter prøvetagningsdatoen. Hvis en patient dør indenfor 30 dage efter påvist COVID-19, vil patienten blive talt med som COVID-19-relateret dødsfald uanset om patienten tidligere skulle have været klassificeret som havende en overstået infektion.

**Figur 8. Aldersspecifik incidens**

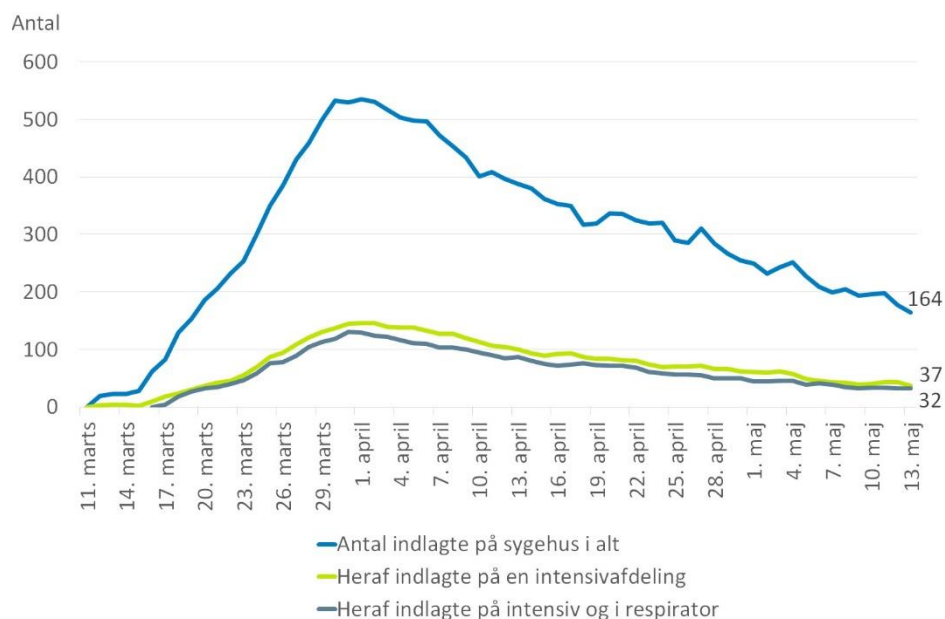
Figur fra Statens Serum Institut

Statens Serum Institut vurderer, at en stigende testaktivitet delvist kan forklare tendensen til stigende antal påviste tilfælde blandt børn og unge. Eksempelvis ser det ud til, at der er foretaget aktiv testning af familiemedlemmer til syge forældre, da største delen af unge bor på adresse med voksne som er blevet diagnosticeret med COVID-19 umiddelbart før den unge. Imidlertid har den stigende testaktivitet også medført aktiv testning i andre aldersgrupper, eksempelvis beboere i plejeboliger. Derfor kan de modsatte tendenser i de forskellige aldersgrupper næppe alene forklares ud fra stigende testaktivitet. Statens Serum Institut konkluderer, at der på trods af generel god kontrol med epidemien, og selvom voksne stadig har den højeste forekomst i befolkningen, ses en stigning i påviste tilfælde blandt børn og unge, især i alderen 3-19 år. Der er endnu ingen entydig forklaring på denne udvikling.

### 3.4.3. Indlagte patienter med COVID-19

Det samlede antal af patienter indlagt med COVID-19 falder fortsat. Også patienter indlagt på intensivafdeling og antallet af patienter med behov for respiratorbehandling falder (figur 9).

**Figur 9. Antal patienter med COVID-19 indlagt på sygehus**



Indberetning fra regionerne. Seneste data er fra 13.maj 2020. 7. Data indsamlet af Styrelsen for Patientsikkerhed 11.-13. marts, Sundhedsstyrelsen 16. marts-1. april og Sundhedsdatastyrelsen siden 2.april. Tallene viser, i hvor mange senge på intensivafdelinger og på andre afdelinger i regionerne, der ligger patienter med bekræftet COVID-19 kl 7 hver morgen. Det kan være forskellige patienter de forskellige dage. Der tages generel forbehold for oplysninger vedr. respirator. For perioden 24. marts-2. april indeholder antallet af patienter i respirator i Region Hovedstaden og Region Sjælland patienter, der på et tidspunkt i deres hospitalsindlæggelse har modtaget respiratorbehandling. Fra 3. april og frem indeholder tallene fra de to regioner ikke længere patienter, som har afsluttet respiratorbehandling, hvilket forklarer faldet i antallet af respiratorpatienter fra og med 4.april.

Blandt patienter med behov for intensiv indlæggelse, er der en øget andel blandt de ældre aldersklasser og også en høj andel, der har haft anden samtidig sygdom (komorbiditet<sup>8</sup>). I alt har 323 personer haft behov for intensivindlæggelse, hvor af ca. 72 var over 60 år og omkring 70 % af disse har været i kontakt med sygehusvæsenet for en kronisk sygdom inden for de sidste 5 år<sup>9</sup>.

### 3.4.4. Dødelighed

Antallet af danskere, der er døde med COVID-19 er 533, hvilket er 92 pr. mio. Der er rapporteret om 67 dødsfald, der fandt sted i uge 18 imod indtil videre 35 i uge 19<sup>10</sup>. Sidstnævnte tal kan vokse de næste dage, da der kan være forsinkelser i opgørelsen.

<sup>8</sup> Komorbiditet er i den sammenhæng defineret som sygehuskontakt inden for de sidste 5 år med bl.a. følgende diagnoser: diabetes, kræft, kronisk lungesygdom, hjerte-kar sygdom og hæmatologisk sygdom.

<sup>9</sup> Tal fra Epidemiologiske overvågningsrapporter om COVID-19, udarbejdet af Statens Serum Institut, opdateret 13.maj 2020.

<sup>10</sup> Tal fra Epidemiologiske overvågningsrapporter om COVID-19, udarbejdet af Statens Serum Institut, opdateret 13.maj 2020

Opgørelsen af dødsfald omfatter dødsfald, der er registreret inden for 30 dage efter påvist COVID-19-infektion. COVID-19 er ikke nødvendigvis den tilgrundliggende årsag til dødsfaldet<sup>11</sup>.

Statens Serum Institut har opgjort dødeligheden dette år, sammenlignet med forventet dødsfald baseret på tidligere år. Dødeligheden dette år har ligget inden for det normale forventede niveau i hele perioden siden 1. januar 2020 bortset fra to uger, uge 14 og 15, hvor der var en diskret overdødelig. I uge 14 var der 17 dødsfald over den beregnede grænse for forventet dødelighed, og 113 dødsfald relateret til COVID-19, mens der i uge 15 var 7 dødsfald over den beregnede grænse for forventet dødelighed, og 95 dødsfald relateret til COVID-19. Dette tyder på, at der disse to uger har været en begrænset overdødelighed relateret til COVID-19-epidemien. Den samlede dødelighed er faldet til normalt niveau i fra uge 16<sup>12</sup>.

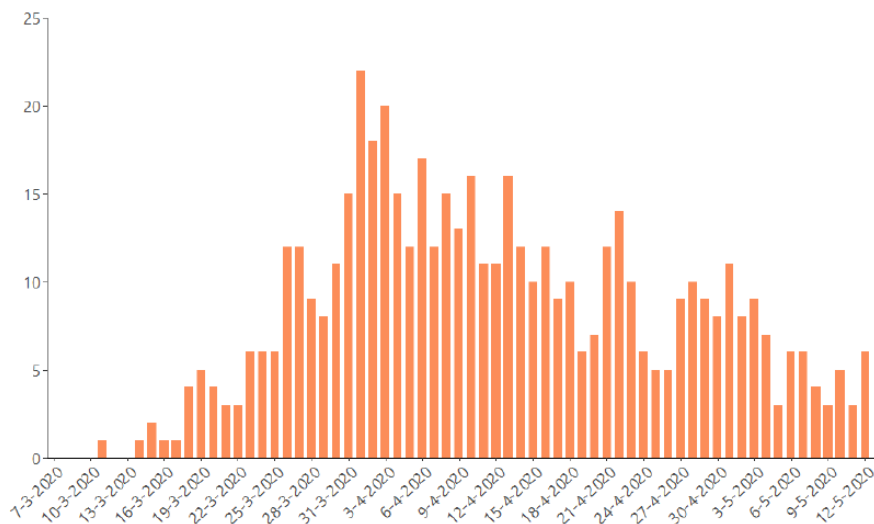
Andelen af døde blandt personer, der er bekræftet smittet med COVID-19 (CFR, Case Fatality Rate), ligger i Danmark på omkring 5 %. CFR varierer betydeligt fra land til land, da den er afhængig af, hvor mange der testes og dermed bliver talt med i statistikken. Alderssammensætningen og forekomsten af underliggende sygdomme i befolkningen har også en betydning. Sammenlignes dødeligheden af COVID-19 med influenza-dødeligheden findes, at det for de ældste aldersgrupper (70 år og ældre) på nuværende tidspunkt er mere alvorligt at blive smittet med COVID-19 end med sæsoninfluenza.

Langt hovedparten af de personer, der er døde relateret til COVID-19 har været ældre – ca. 86 % har været over 70 år. Hovedparten har haft sygehuskontakt som følge af en anden sygdom inden for 5 år - ca. 83 % har haft kontakt til sygehus for enten diabetes, kræft, kronisk lungesygdom, hjerte-kar sygdomme eller hæmatologiske sygdom<sup>13</sup>.

<sup>11</sup> Opgørelsen omfatter dødsfald, der er registreret indenfor 30 dage efter påvist COVID-19-infektion. COVID-19 er ikke nødvendigvis den tilgrundliggende årsag til dødsfaldet. Dødsfald er hentet fra CPR-registret og Dødsårsagsregistret. Beregningen for dødsfald inden for 30 dage er blevet rettet i dagens tal med tilbagevirkende kraft. Siden d. 25. april 2020 blev der, ved en fejl, inkluderet patienter som døde på intensivafdeling mere end 30 dage efter prøvetagningsdato. Det drejer sig om 12 personer, som nu er blevet fjernet fra opgørelsen.

<sup>12</sup> COVID-19 i Danmark – Epidemiologisk trend og fokus: Dødelighed. udarbejdet af Statens Serum Institut, opdateret 30. april 2020.

<sup>13</sup> Tal fra Epidemiologiske overvågningsrapporter om COVID-19, udarbejdet af Statens Serum Institut, opdateret 13.maj 2020

**Figur 10. Antal dødsfald med COVID-19-infektion, vist på dødsdato**

Figur fra Epidemiologiske overvågningsrapporter om COVID-19, udarbejdet af Statens Serum Institut, opdateret 13.maj 2020. Opgørelsen af dødsfald omfatter dødsfald, der er registreret inden for 30 dage efter påvist COVID-19-infektion. COVID-19 er ikke nødvendigvis den tilgrundliggende årsag til dødsfaldet.

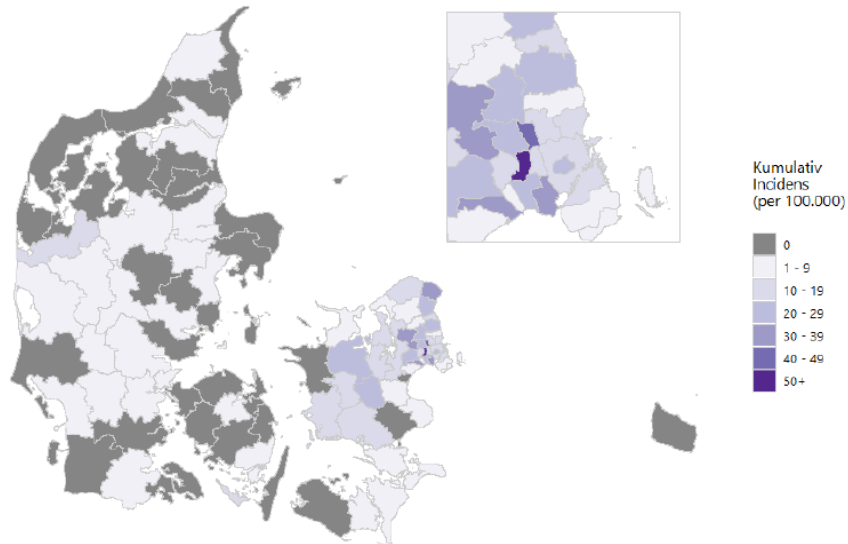
### 3.4.5. Lokale forskelle i smitteudbredelse af COVID-19

Geografisk har der været identificeret smitte i hele landet, der er dog store lokale forskelle i omfanget af smitteudbredelse. En række af landets mindste kommuner har registreret 10 eller færre tilfælde, mens de større kommuner med højere befolkningstæthed generelt har registreret flere borgere smittet med COVID-19. Glostrup, Vallensbæk, Ishøj, Albertslund og Hvidovre Kommuner har haft den højeste kumulerede incidens af påviste tilfælde pr. indbygger.

I figur 11 ses udviklingen de seneste 7 dage i antallet af personer med bekræftet COVID-19 pr. 100.000 indbyggere fordelt på Danmarks 98 kommuner. Det ses, at der i en lang række kommuner, særligt i Jylland og på Fyn, over den seneste uge ikke er registreret nye smittetilfælde.



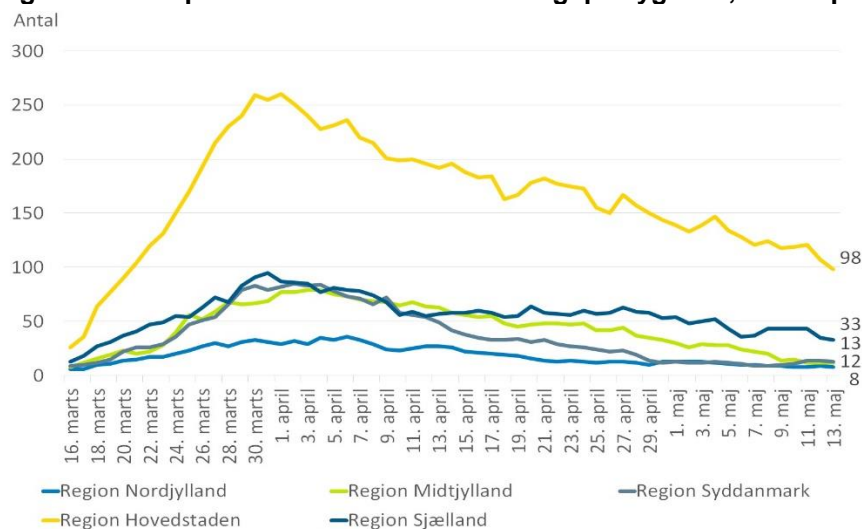
**Figur 11. Kumuleret antal bekræftede tilfælde af COVID-19 pr. 100.000 indbyggere per kommune**



Figur fra Epidemiologiske overvågningsrapporter om COVID-19, udarbejdet af Statens Serum Institut, opdateret 13.maj 2020

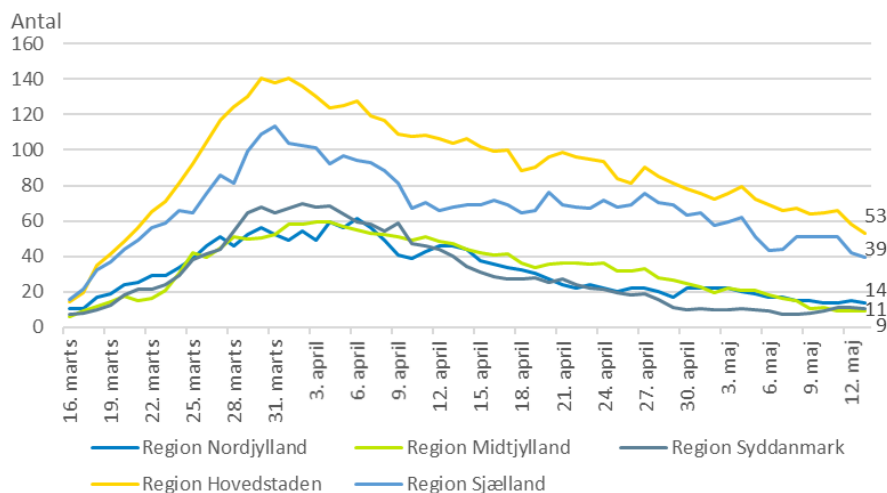
De lokale forskelle i forhold til antallet af personer med bekræftet COVID-19 afspejles også i regionale forskelle i forhold til antallet af patienter indlagt på sygehus med COVID-19 og patienter indlagt på intensiv afdeling. Region Hovedstaden har flest patienter indlagt både i almindelige senge og intensiv senge med COVID-19 (figur 12, 13, 14).

**Figur 12. Antal patienter med COVID-19 indlagt på sygehus, fordelt på region**



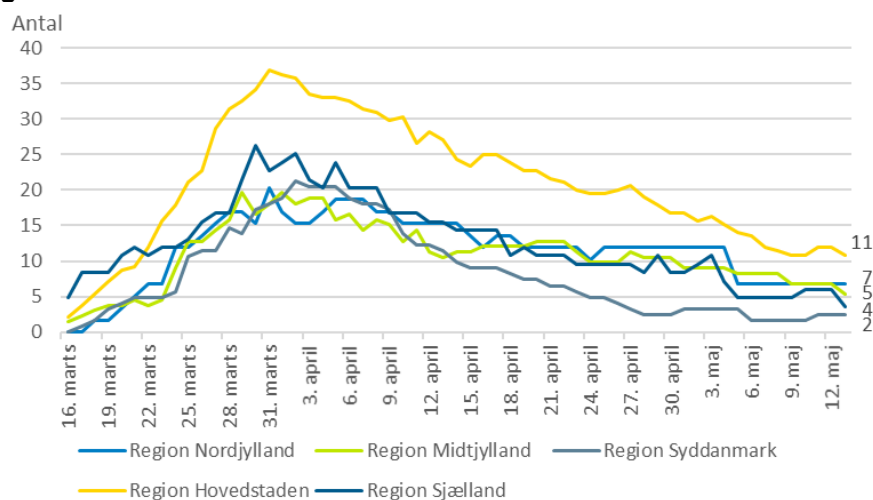
Indberetning fra regionerne til Sundhedsstyrelsen (til og med 1. april) og Sundhedsdatastyrelsen (fra og med 2. april). Tallene viser, i hvor mange senge i regionerne, der ligger patienter med bekræftet COVID-19 kl 7 hver morgen. Det kan være forskellige patienter de forskellige dage. Seneste data er fra 13.maj april 2020 kl.7

**Figur 13. Antal personer indlagt på sygehus pr. 1.000.000 indbyggere pr. region**



Indberetning fra regionerne til Sundhedsstyrelsen (til og med 1. april) og Sundhedsdatastyrelsen (fra og med 2. april). Tallene viser, i hvor mange senge i regionerne, der ligger patienter med bekræftet COVID-19 kl 7 hver morgen. Det kan være forskellige patienter de forskellige dage. Seneste data er fra 13.maj april 2020 kl.7

**Figur 14. Antal personer indlagt på intensivafdeling pr. 1.000.000 indbyggere pr. region**



Indberetning fra regionerne til Sundhedsstyrelsen (til og med 1. april) og Sundhedsdatastyrelsen (fra og med 2. april). Note: Tallene viser, i hvor mange senge i regionerne, der ligger patienter med bekræftet COVID-19 kl 7 hver morgen. Det kan være forskellige patienter de forskellige dage. Seneste data er fra 13.maj april 2020 kl.7

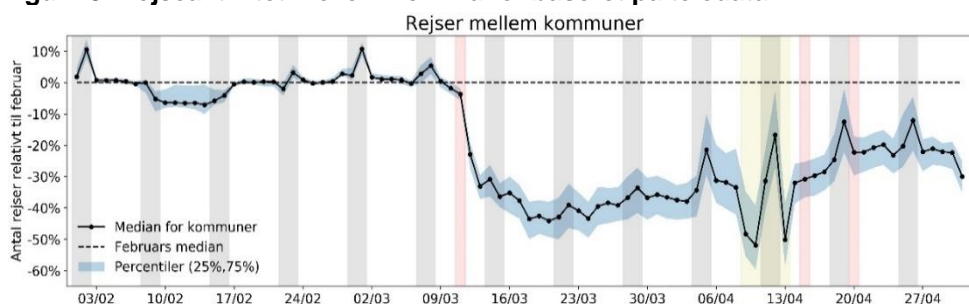
### 3.5. Befolkningens handlemønstre i forbindelse med den gradvise genåbning

Befolkningens bevægelsesmønstre følges løbende for at estimere antallet af kontakter og få et billede af, hvordan epidemien vil udvikle sig. Efter regeringens udmeldinger d. 13. marts og den efterfølgende nedlukning sås et markant fald i befolkningens bevægelsesmønstre.

De seneste uger ses indikationer på stigning i befolkningens bevægelsesmønstre baseret på teledata, trafikdata og rejsekortdata. Stigningen i bevægelsesmønstre kan indikere flere kontakter mellem mennesker og deraf øget risiko for smittespredning.

Aggregeret teledata kan i anonymiseret form benyttes til at belyse mønstre i befolkningens samlede bevægelser i samfundet målt over tid. Figur 15 viser antallet af rejser mellem kommuner over tid angivet relativt til aktiviteten i februar 2020. Af figuren ses, at der i forbindelse med nedlukningen var et markant fald af rejser mellem kommuner, men at rejseaktiviteten er stigende igen, dog fortsat mindre end aktiviteten i februar.

**Figur 15. Rejseaktivitet mellem kommuner baseret på teledata**



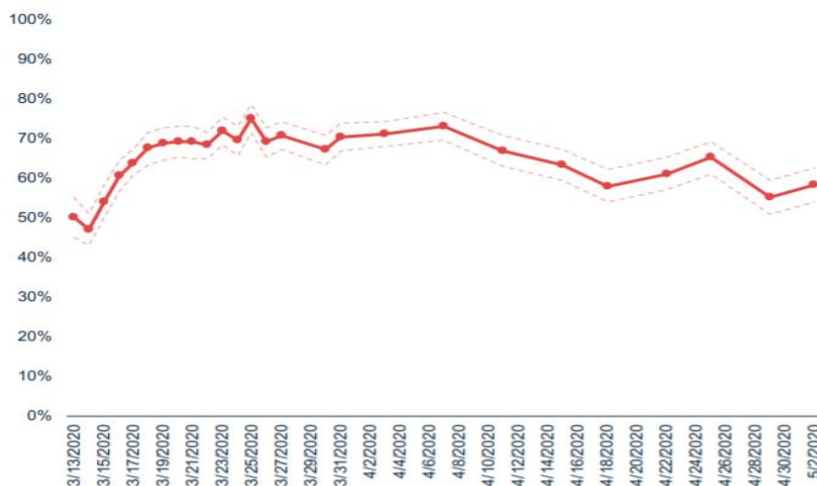
På figuren er markeret: Forløbet for nedlukning og genåbning af Danmark med rød skravering (11. marts: Nedlukning af Danmark, 15. april: Gradvis genåbning af skoler 0.-5. klasse, daginstitutioner mv. og 20. april: Genåbning af liberale erhverv, domstole mv.). Weekender med grå skravering. Påsken med gul skravering. En rejse er defineret ved, at en bruger er registreret ved to forskellige master, og har haft længere tids ophold begge steder. Det bemærkes, at de anvendte data er fuldt anonymiseret, og at ekspertgruppen ikke har adgang til enkelte persons lokationer eller rejser, men kun aggregerede og fuldt anonymiserede data. Data kan derfor ikke bruges til at belyse den enkelte persons bevægelser, og kun anvendes på aggregeret niveau. Figur fra Ekspertrapport af den 6. maj 2020<sup>14</sup>

Samtidigt ses en ændring i befolkningens selvrappede adfærd. Projektet HOPE (How Democracies Cope With COVID-19)<sup>15</sup> indsamler og analyserer løbende danskernes selvrappede efterlevelse af myndighedernes anbefalinger. Seneste opgørelse viser, at danskernes efterlevelse af myndighedernes anbefalinger til smitteforebyggende adfærd siden begyndelsen af april har været langsomt faldende, men ser ud til at være stabiliseret (figur 16). Undersøgelserne viser, at adfærdsændringerne er ens over landet, men at der er alders- og kønsforskelle i forhold til, hvor mange der har ændret adfærd. Det er hovedsageligt kvinder, og personer over 35 år, der rapporterer, at de har ændret adfærd<sup>16</sup>.

<sup>14</sup> Ekspertrapport af den 6. maj 2020 - Matematisk modellering af COVID-19 smittespredning og sygehusbelastning ved scenarier for anden fase af genåbningen af Danmark. Tilgængelig via <https://files.ssi.dk/Ekspertrapport-af-den-6-maj>

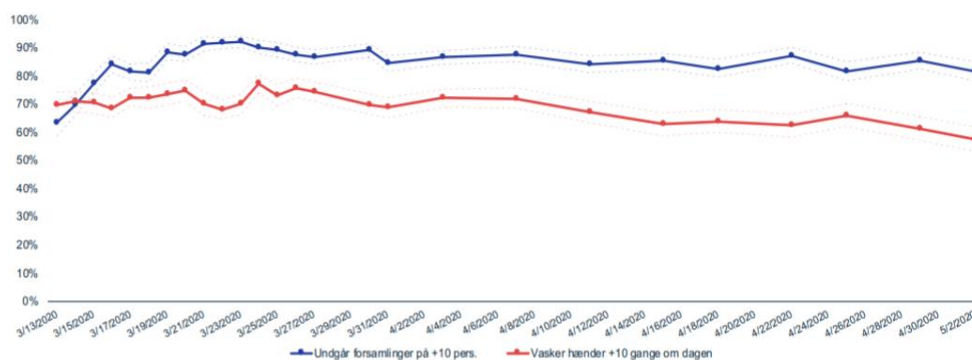
<sup>15</sup> <https://www.hope-project.dk/>

<sup>16</sup> Danskernes adfærd og holdninger til corona-epidemi, Michael Bang Petersen, Andreas Roepstorff, Epinions Adfærdsenhed, 5. maj 2020, HOPE-projektet, [www.hope-project.dk](http://www.hope-project.dk)

**Figur 16. Andel af befolkningen, der oplever høj grad af ændret adfærd**

Antal deltagere = 15.223. Grafen angiver andelen, som svarer, at de i høj grad føler, at de har ændret adfærd for at undgå at sprede smitte. Figur fra Danskernes Adfærd og holdninger til corona-epidemi, Michael Bang Petersen, Andreas Roepstorff, Epinions Adfærdsenhed

I projektet spørges også ind til håndvask og forsamling. Den seneste undersøgelse viser, at andelen af danskere, der følger anbefalinger til håndhygiejnen er faldende og er på sit laveste målte niveau siden 13. marts. Andelen af personer, der undgår forsamlinger i lokaler med mere end 10 personer er nogenlunde stabilt hen over hele epidemiperioden (figur 17)<sup>17</sup>.

**Figur 17. Andel af befolkningen, der oplever høj grad af ændret adfærd**

Antal deltagere = 15.223. Regelefterlevelse er målt ved at spørge ind til danskernes adfærd i går ved spørgsmålene: "Var du i et lokale med mere end 10 mennesker i går?" "Hvor mange gange vil du anslå, at du vaskede dine hænder eller brugte håndsprit i går?" som svarer, at de i høj grad føler, at de har ændret adfærd for at undgå at sprede smitte. Figur fra Danskernes adfærd og holdninger til corona-epidemi, Michael Bang Petersen, Andreas Roepstorff, Epinions Adfærdsenhed

<sup>17</sup> Danskernes adfærd og holdninger til corona-epidemi, Michael Bang Petersen, Andreas Roepstorff, Epinions Adfærdsenhed, 5. maj 2020, HOPE-projektet, [www.hope-project.dk](http://www.hope-project.dk)

Der er altså sket ændringer i befolkningens adfærd i forbindelse med genåbningen. Statens Serum Institut og ekspertmodelleringsgruppen følger løbende, hvordan adfærden vil forventes at påvirke epidemiens udvikling.

## 4. Risikovurdering og prognose

Danmark er gået ind i 11. epidemiuge. Som beskrevet i tidligere statusrapporter har Statens Serum Institut i samarbejde med en ekspertgruppe udarbejdet matematiske modeller for COVID-19-epidemien, som ud fra specifikke scenarier kan lave prognoser for udviklingen i smittespredningen i Danmark, belastning af kritiske sygehusfunktion ved nuværende og mulige myndighedstiltag, herunder ved ophævelse af disse. Prognoserne er afhængige af et retvisende datagrundlag samt validiteten af underliggende antagelser. Prognoserne justeres derfor løbende på baggrund af den epidemiologiske overvågning samt i forhold til løbende validering af antagelser.

For en uddybende beskrivelse af de matematiske modeller herunder forbehold, datagrundlag og modellernes udvikling og validering henvises til modelleringsrapporterne fra Statens Serum Institut<sup>18</sup>.

Under den kontrollerede genåbning af samfundet er det nødvendigt at overvåge epidemien så vi er på forkant med epidemiens udvikling, og så vi hurtigt kan opdage og handle, hvis epidemien udvikler sig. Den epidemiologiske overvågning fra Statens Serum Instituts er derfor helt central for, at myndigheder, beslutningstagere og sundhedsvæsenet kan agere i forhold til epidemiens udvikling. Statens Serum Institut udvikler løbende deres overvågning af epidemien i takt med epidemiens udvikling, og overvågningen omfatter både sygdomsovervågning, virusovervågning samt overvågning af sygefraværdsdata og kontaktmønstre

### 4.1. Datagrundlag

COVID-19 overvågningsdata er afgørende både som datagrundlag for de matematiske modeller, der danner grundlag for prognoserne, men også i forhold til at kunne følge epidemiens udvikling i forbindelse med den gradvise kontrolleret genåbning af samfundet, hvor det er nødvendigt at kunne identificere ændringer nationalt eller lokalt i smittetryk, der kan afstedkomme konkrete myndighedstiltag, fx målrettet information til en region/kommune med et stigende smittetryk eller iværksættelse af særlige målrettede tiltag for at beskytte bestemte risikogrupper.

Indtil videre har antallet af nyindlagte været den bedste markør for udviklingen i epidemien. Der vil imidlertid i gennemsnit gå ca. 10-14 dage, fra en person er smittet, til en person eventuelt vil blive indlagt. Derfor vil en effekt af en gradvis kontrolleret genåbning af samfundet først kunne ses nogle uger senere. Der er derfor behov for en intensiveret overvågning af udviklingen af epidemien i samfundet, så man kan være på

<sup>18</sup> Modelrapporterne findes her: <https://www.ssi.dk/aktuelt/sygdomsudbrud/coronavirus>

forkant i forhold til eventuelle ændringer i smittespredningen. Derfor er en række indsatser iværksat.

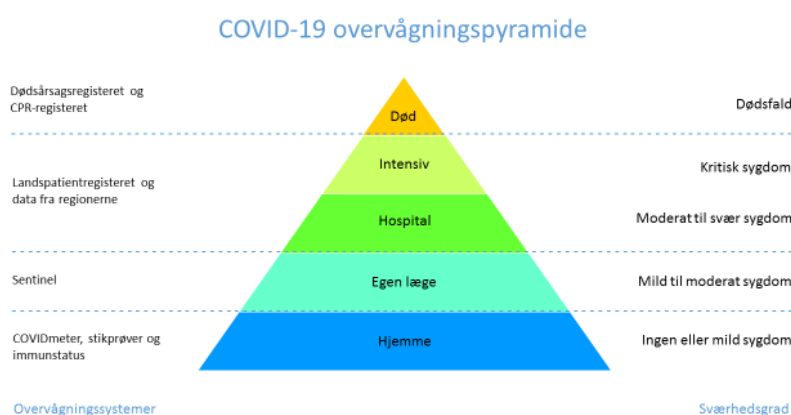
#### 4.1.1. Overvågning af epidemien

For at få et samlet overblik over epidemien er både passiv og aktiv overvågning nødvendig. Den passive overvågning består af indberetninger eller indhentning af data, fx om antallet af indlagte, antallet af smittede, den geografiske spredning. Ved den aktive overvågning iværksættes særlige undersøgelser for aktivt at opspore tilfælde eller undersøge smittespredningen i samfundet fx i form af en stikprøveundersøgelse.

Statens Serum Institut indsamler en lang række data for at overvåge den danske COVID-19-epidemi, herunder data for antal testede, antal bekræftede, fordeling på geografi, alder, køn mv. samt antal indlagte på sygehus og i intensiv behandling. Antallet af dødsfald relateret til COVID-19 bliver opgjort, ligesom overdødeligheden i befolkningen generelt bliver opgjort.

Der er også opsat overvågningssystemer til at kunne vurdere omfanget af samfundssmitte i befolkningen ved fx symptombaseret overvågning via de praktiserende læger, der indgår i sentinelovervågningen og som tilbyder prøvetagning i hjemmet til patienter med milde luftvejssymptomer. Desuden vurderes samfundsmitten via COVIDmeter. Der er også iværksat studier af immunitet i befolkningen igennem samarbejde med blodbankerne og en netop igangsat stikprøve pilotundersøgelse, hvor et repræsentativt udsnit af befolkningen på 2600 personer er inviteret til at blive testet for antistoffer og på sigt også for virus via PCR-test.

**Figur 18. Overvågningspyramide.**



Figur fra Statens Serum Institut

Der arbejdes desuden på at styrke overvågningen af udbrud på institutioner med særligt udsatte borgere som fx plejehjem og bosteder for psykisk udviklingshæmmede, samt overvågningen af COVID-19 sygehusudbrud igennem HAIBA (Hospital Acquired Infections Database).

Den udvidede brug af test til personer med lette symptomer vil i sig selv forventeligt være med til at give et mere retvisende billede af epidemiudviklingen. Blandt andet giver det mulighed for at følge smittespredningen i samfundet i mindre aldersintervaller og geografiske områder. Der vil dog være behov for sammenlignelige data over en længere periode for at kunne vurdere reelle ændringer og ikke kun ændringer i forhold til adgang til test. Derfor vil det mest solide mål for udvikling i epidemien på nuværende tidspunkt fortsat være antallet af indlæggelser. I denne uge er der arbejdet yderligere på at få styrket overvågningen af udbrud på institutioner med særligt udsatte borgere som fx plejehjem, således at det er muligt at følge antal testede og positive borgere på samme plejehjemsadresse. På sigt skal dette kunne kobles med beskæftigelsesoplysninger om testede plejehjems personale.

Statens Serum Institut har desuden indgået samarbejde med landets blodbanker i forhold til løbende at kunne foretage antistoftest og løbende kunne vurdere serokonvertering blandt bloddonorerne. Dette vil kunne bidrage til vigtig viden om graden af smitte i samfundet.

#### **4.1.2. Overvågning af kontaktmønstre, adfærd mv.**

For at kunne vurdere graden af aktivitet i samfundet som udtryk for kontakter mellem mennesker og hermed smittetrykket i befolkningen indhentes anonymiserede og aggregerede data som fx teledata, transportdata og fraværdata fra kommuner mm.

Endvidere indsamles på forskelligt niveau data vedrørende danskernes adfærd, herunder selv vurderet viden om og evne og vilje til at overholde myndighedernes anbefalinger.

Denne slags data er både relevant for den matematiske modellering af epidemiprognosen men også for sundhedsmyndighederne bredt set, da den giver indblik i adfærdsændringer, der senere kan resultere i ændringer i smittespredning.

## **4.2. Epidemiprognosen**

Statens Serum Institut har i samarbejde med en ekspert modelleringsgruppe udarbejdet en ny prognose for epidemiens udvikling. Prognosen er baseret på den første delvise genåbning, der trådte i kraft kort efter påske. Denne omfatter genåbning af daginstitutioner, skoler op til 5. klasse, praksissektoren, herunder fysioterapeuter, tandlæger mv., liberale erhverv, kritiske offentlige funktioner som domstole mv.

### **4.2.1. Ny regionsopdelt model**

Den nye prognose er udarbejdet som en regionsbaseret model. Det har gennem et stykke tid været arbejdet på et skift til denne model, og den er aktuelt ikke færdig valideret. Skiftet fra en landsmodel til en regionsbaseret model skyldes tiltagende interregionale forskelle både i antal indlæggelser og i indlæggelsesforløb. Dermed er den hidtidige nationale model ikke længere repræsentativ. Brugen af den regionsopdelte model vil være behæftet med større forbehold ift. tidligere fremsendte modelberegninger. Det bemærkes dog, at modelresultaterne indikerer, at den nye regionale model bedre



kan beskrive antallet af nyindlæggelser, bl.a. fordi den er bedre i overensstemmelse med historiske data.

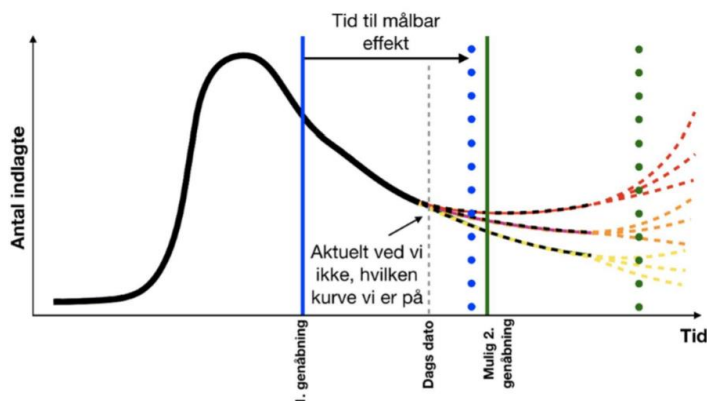
#### 4.2.2. Usikker effekt af første genåbning

Det er på nuværende tidspunkt uvist om effekten af første fase af genåbningen er slået helt igennem i antal nye indlæggelser. Dette skyldes flere ting: Den første fase af genåbningen berørte i stort omfang børn. Derfor forventes det, at en evt stigende smittespredning primært er blandt børn, unge og yngre voksne, som ikke er indlæggelseskrævende. Såfremt det er tilfældet, kan der gå flere "smittegenerationer" før smitteaktiviteten afspejler sig i et øget antal indlæggelser. Smitteaktiviteten var efter alt at dømme ikke særlig stor lige før påske, og der er mange tegn på, at en stor gruppe af ældre har isoleret sig selv og derved mindsket deres smitterisiko betydeligt. Første del af genåbningen forløb over uger, hvilket står i modsætning til nedlukningen af Danmark som skete på få dage. I forbindelse med nedlukningen af Danmark gik der knap 3 uger før det med sikkerhed kunne ses en effekt på antallet af indlæggelser. Samlet betyder dette, at første genåbning kan have øget smitteaktiviteten uden, at det har afspejlet sig i et øget antal indlæggelser.

Testkapaciteten er i de seneste uger øget betragteligt, men uden der er set en stigning i antallet af personer, der er testet positive. Dette tyder på, at effekten af første fase af genåbningen har været meget beskedent. Men som nævnt foroven er det også muligt, at der er en underliggende øget smitteaktivitet, der ikke har manifesteret sig.

Ekspertmodelleringsgruppen antager, at det derfor endnu ikke kan vides, om effekten af første fase af genåbningen er slået igennem, eller om denne første fase vil forårsage en stigning i antallet af nye indlæggelser i den nære fremtid. Det vides derfor ikke, hvordan epidemien vil udvikle sig fremover (eksemplificeret ved gul, orange eller rød i Figur 19). Det medfører særlig stor usikkerhed i forhold til at estimere epidemiens udvikling og betydningen af en yderligere genåbning.

**Figur 19. Illustration af mulig udvikling i antallet af nye indlæggelser**



Figuren viser en grafisk eksemplificering af tre mulige udviklinger og effekter af en mulig anden fase af genåbningen. Det bemærkes, at figuren ikke repræsenterer statistiske modelberegninger. I figuren markeres tidspunktet for hhv. den første og anden fase af genåbningen (hhv. den fuldt optrukne blå og grønne linje)

samt tid til målbar effekt målt på antallet af nye indlæggelser (hvh. den prikkede blå og grønne linje). Figur fra Ekspertrapport af den 6. maj 2020<sup>19</sup>

#### 4.2.3. Prognose

Nedenstående prognose er udarbejdet på baggrund af den faktiske udvikling. Såfremt det skulle vise sig, at der alligevel er en underliggende smitteaktivitet, skønnes det ikke, at det den næste måned vil føre til væsentlige stigninger i belastningen af sygehusvæsenet.

Prognosen er foretaget i 3 scenarier a) fastholdelse af ekstra fysisk afstand og hygiejneforanstaltninger svarende til før påske for alle voksne, b) Halvdelen af alle voksne fastholder ekstra fysisk afstand og hygiejneforanstaltninger svarende til før påske for alle voksne (50 pct. af voksne) samt c) Normal "præ-corona" adfærd (0% af voksne). Da der ses en tendens til øget aktivitet i befolkningens bevægelsesmønstre og et fald i danskernes selvrapporterede smitteundvigende adfærd<sup>20</sup> baseres denne prognose på, at halvdelen af voksne fastholder ekstra fysisk afstand og hygiejneforanstaltninger svarende til før påske (b). Prognosen er som tidligere anført stærkt påvirkelig af fastholdelse af at overholde fysisk afstand og hygiejnetiltag. Den angivne prognose er behæftet med usikkerhed. Der er tale om matematiske modeller for smittespredningen, der kun forsimplet vil afspejle menneskers fysiske adfærd og kontaktmønstre. Modellen er baseret på en lang række parametre, der hver især er behæftet med betydelig usikkerhed, herunder det faktiske smittetal. Prognosen vil blive opdateret regelmæssigt.

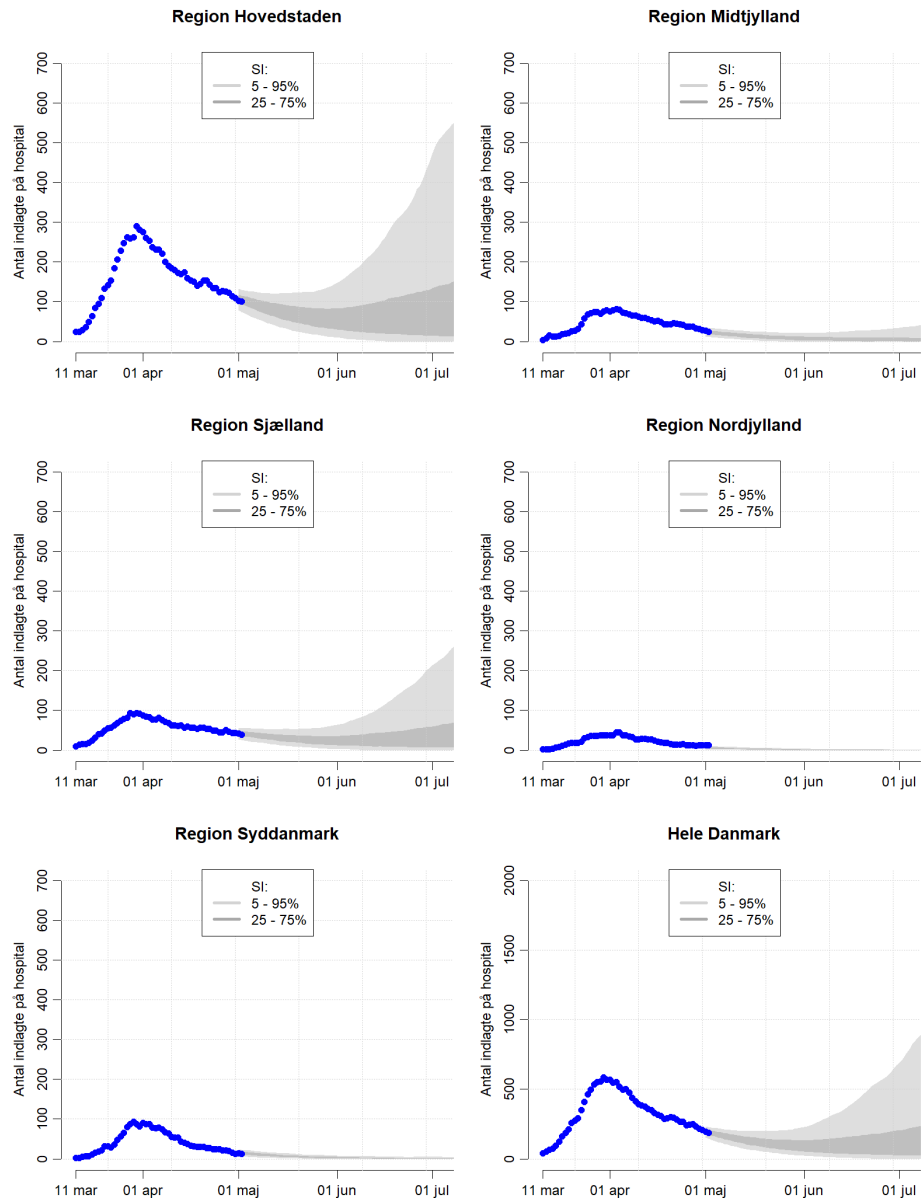
Figur 20 og 21 viser prognosen i forhold til den samlede sygehusbelastning og intensiv senge. Det ses, at der er stor forskel mellem regionerne i den forventede belastning på sygehusene. Belastningen er betydeligt større i Region Hovedstaden og Region Sjælland end i de tre andre regioner. Det gælder for både det totale antal indlagte og antal indlagte på intensive sengepladser. Prognosen har ikke taget højde for en yderlig genåbning.

For Region Hovedstaden og Region Sjælland viser prognosen, at i over 75 pct. af simulationerne vil belastningen falde minimum frem til 1. juni. Dette gælder både i belastning på det samlede antal sengepladser og i belastningen på intensiv sengepladserne. For de øvrige regioner vil belastningen være faldende frem til 1. juni.

<sup>19</sup> Ekspertrapport af den 6. maj 2020 - Matematisk modellering af COVID-19 smittespredning og sygehusbelastning ved scenarier for anden fase af genåbningen af Danmark. Tilgængelig via <https://files.ssi.dk/Ekspertrapport-af-den-6-maj>

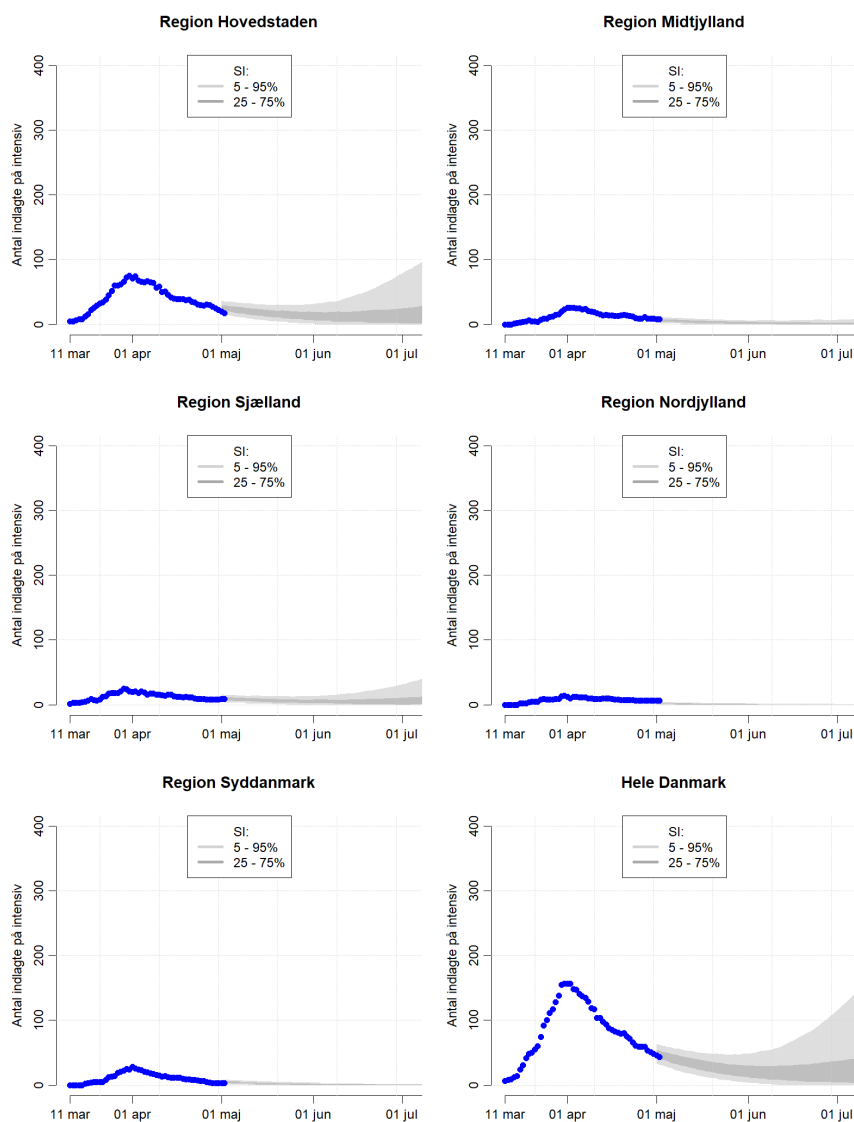
<sup>20</sup> Danskernes adfærd og holdninger til corona-epidemi, Michael Bang Petersen, Andreas Roepstorff, Epinions Adfærdsenhed, 5. maj 2020, HOPE-projektet, [www.hope-project.dk](http://www.hope-project.dk)

**Figur 20. Den simulerede samlede sygehusbelastning efter første fase af genåbningen fordelt på regioner og samlet for hele landet**



Den simulerede samlede sygehusbelastning efter første fase af genåbningen (udvidet grundscenarie, beregnet ud fra 50% af den voksne befolkning holder social afstand) fordelt på regioner og samlet for hele landet. Figur fra Statens Serum Institut

**Figur 21. Den simulerede sygehusbelastning på intensive sengepladser efter første fase af genåbningen fordelt på regioner og samlet for hele landet.**



Den simulerede sygehusbelastning på intensive sengepladser efter første fase af genåbningen (udvidet grundscenarie, beregnet ud fra 50% af den voksne befolkning holder social afstand) fordelt på regioner og samlet for hele landet. Figur fra Statens Serum Institut

#### 4.2.4. Samfundsmitte

Omfanget af smitte i samfundet kan for nuværende vurderes ud fra data fra Influmeter, sentinelovervågningen og prøveresultater i MiBa.

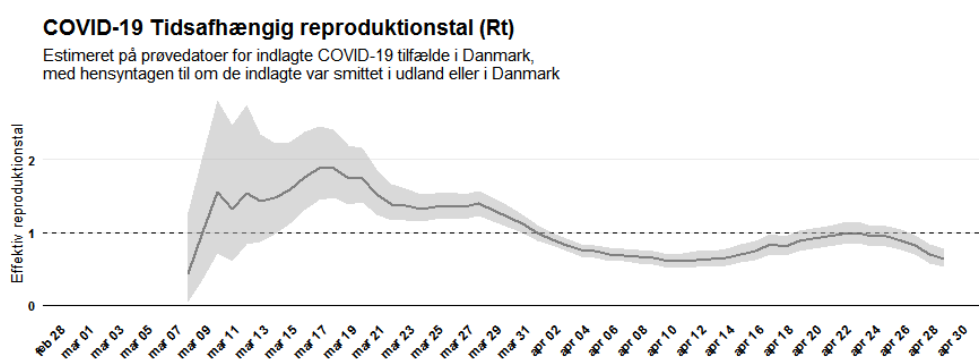
I uge 18 blev 75.400 hvoraf 753 er fundet positive, svarende til en positiv procent på 1 %. I uge 19 var det tilsvarende tal 66.836 hvoraf 608 er fundet positive, svarende til en positiv procent lige under 1 %.

Siden midten af marts (uge 12) har andelen af borgere, der har rapporteret om influenzalignende symptomer til Influmeter været lav. I uge 18 rapporterede knap 10.400 borgere til systemet og kun 0,02% angav at havde haft influenzalignende symptomer. Andelen af personer, der har kontaktet læge med influenzalignende symptomer i sentinelovervågningen har i perioden fra uge 13 til 15 ligget i intervallet 5,5-5,9%. I uge 16 faldt den til 3 procent og i uge 17 steg den igen til 4,3 %. 165 læger har rapporteret ind til overvågningen og 935 patienter ud af samlet 21.533 konsultationer, havde influenzalignende symptomer. Man kan ikke udelukke at en øget adgang til test har betydet, at flere borgere har kontaktet læge med mild sygdom. Andelen ligger under niveauet for uge 13-15 og er således ikke bekymrende.

#### 4.2.5. Smittetryk

Smittetallet beregnet på nyindlagte patienter, der er smittet i Danmark ligger den 29. april på 0,6 (95% sikkerhedsinterval: 0,5 -0,8). Smittetallet har den d. 22.-23. april kortvarigt ligget på 1 (0,8-1,1), men har herefter været aftagende. Det er også beregnet et separat smittetryk for Region Hovedstaden på baggrund af en bekymring om geografisk forskel, her er smittetallet 0,7 (0,5-0,9) d. 29. april. Da smittetallet er beregnet på antal nyindlagte, vil tidspunktet for smitten kunne ligge 1-2 uger tilbage.

**Figur 22. Smittetrykket**



Figur fra Statens Serum Institut

#### 4.3. Den seneste uges epidemiologiske udvikling og samlet risikovurdering

Vi kan i overvågningen ikke se tegn på betydende ændringer i smittespredningen i samfundet på nationalt plan, tværtimod er antallet af påviste tilfælde faldet.

I uge 17 var der en tendens til stigning i forekomsten i alderen 3-19 år, denne tendens ser ikke ud til at fortsætte i uge 18. Der ses geografiske ophobninger i flere af kommunerne på vestegnen. Antallet af nyindlæggelser og antal patienter på intensiv har været faldende i uge 18 sammenlignet med ugen før. Smittetallet var d. 29. april på 0,6 efter, at det kortvarigt rundede 1,0 d. 22-23. april. Antallet af rapporterede dødsfald ligger stabilt, og 1/3 af dødsfaldene i uge 18 er set blandt plejehjemsbeboere.

Ved udgangen af uge 19 er der gået 3 uger siden, at den første fase af den gradvise kontrollerede genåbning blev implementeret. Indtil videre kan vi ikke se, at det har medført ændringer i omfanget af samfundsmitte eller antallet af nyindlæggelser. Forekomsten af COVID-19 vil afhænge af kontaktmønstre, herunder vedholdenhed i forhold til de generelle anbefalinger, fx håndhygiejne og fysisk afstand i den kommende tid. Ekspertmodelleringsgruppen vil komme med yderligere beregninger og prognoser i den nærmeste fremtid.

## 5. Smitteforebyggelse i samfundet og i befolkningen

COVID-19 kan reduceres i samfundet gennem befolkningens adfærd og særligt ved at overholde de fem generelle råd om at forebygge samfundssmitte med COVID-19. Sundhedsstyrelsen har siden februar haft en bred befolkningsrettet kommunikationsindsats i forhold til at udbrede kendskabet til de fem generelle råd.

Både på individ-, befolknings- og myndighedsniveau har der i de seneste måneder været iværksat en række indsatser, der alle har haft til hensigt at nedsætte smittespredningen. Indsatser som også samtidig har ændret måden, vi lever på. Nogle af ændringerne har store negative konsekvenser for samfundet, og nogle har haft stor betydning for hverdagslivet. En række tiltag blev ophævet d. 6. april, andre er fortsat gældende men vil gradvist ophæves, mens andre smittereducerende tiltag skal vedligeholdes i en længere periode.

Over den seneste periode er der udgivet smitteforebyggende retningslinjer til forskellige målgrupper, særligt i forbindelse med den gradvise genåbning har der været behov for målrettede anbefalinger. Med en øget aktivitet i samfundet forventes stigende fysisk kontakt mellem mennesker, og da størstedelen af befolkningen mangler immunitet, er der behov for at fastholde og udvikle tiltag, der forebygger smittespredning i samfundet.

Regeringen udmeldte d. 7. maj den anden fase af genåbningen af Danmark. Når yderligere dele af samfundet åbnes fra midten af maj og når alle skoletrin åbner, kolleger igen mødes på arbejdspladsen og kultur-, fritids-, og sportsaktiviteter påbegyndes og restauranterne og butikkerne genåbner, vil der være behov for generelle handlingsanvisende anbefalinger, der mindsker smittespredning i hele samfundet.

### 5.1. Grundelementer i smitteforebyggelse

Sundhedsstyrelsen har foretaget en faglig gennemgang af de generelle smitteforebyggende tiltag. I gennemgangen er det undersøgt, hvilke tiltag, der har størst smitteforebyggende effekt, samt om der er et rimeligt forhold (proportionalitet) i mellem forventet effekt, mulige skadevirkninger og ressourceforbrug, herunder om evt. alternative tiltag kan være mere hensigtsmæssige. Desuden er bæredygtigheden af tiltagene blevet gennemgået, dvs. om tiltagene kan opretholdes med tilstrækkelig stor tilslutning over længere tid og uden u hensigtsmæssige omkostninger og skadevirkninger. På baggrund af dette, har vi udgivet generelle og praktiske anbefalinger til forebyggelse af smittespredning, der gælder i alle dele af samfundet<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> Anbefalinger. COVID-19: forebyggelse af smittespredning. Sundhedsstyrelsen d. 10.maj 2020

Grundelementer i den danske smitteforebyggelse er beskrevet i boks 4.

#### Boks 4. Smitteforebyggelse

##### Grundelementer i forebyggelse af smittespredning i prioriteret rækkefølge:

1. Isolation af personer med symptomer fx i eget hjem eller på sygehus
2. Hygiejne med fokus på hostetikette, håndhygiejne og kontaktpunkter
3. Kontaktreduktion med fokus på afstand, hyppighed, varighed og barrierer

##### Sundhedsstyrelsens fem generelle råd er:

- Vask dine hænder tit, eller brug håndsprit.
- Host eller nys i dit ærme.
- Undgå håndtryk, kindkys og kram – begræns den fysiske kontakt.
- Vær opmærksom på rengøring – både hjemme og på arbejdspladsen.
- Hold afstand og bed andre tage hensyn.

Nedenfor beskrives centrale smittereducerende tiltag, der bør fastholdes blandt befolkningen.

#### 5.1.1. Håndhygiejne

Håndhygiejne er en effektiv metode til at forebygge kontaktsmitte via genstande, hænder og ansigt. Håndhygiejne er derfor et væsentligt smitteforebyggende tiltag til at undgå kontaktsmitte, og er især et vigtigt tiltag at fastholde i forbindelse med genåbningen, hvor kontakten mellem mennesker eller kontaktpunkter igen stiger. Undersøgelser blandt befolkningens selvrapporterede adfærd viser et fald i danskernes håndhygiejne målt på, hvor mange gange man vaskede hænder eller brugte håndsprit dagen før<sup>22</sup>. Det er derfor væsentligt at understøtte befolkningen i at fastholde god håndhygiejne.

#### Boks 5. Anbefalinger til håndhygiejne

##### Anbefalinger:

- Udfør hyppig håndhygiejne, som tilpasses situationer fx ved ankomst til og afgang fra hjem, arbejde, skole, butik m.v., mellem forskellige opgaver og aktiviteter, før spisning eller efter host/nys.
- Håndvask og hånddesinfektion er ligeværdige, dog anbefales håndvask altid ved synligt snavs på hænder, ved fugtige hænder, efter toiletbesøg, efter bleskift og før håndtering af madvarer.
- Der skal være let adgang til hånddesinfektion hvor der færdes mange mennesker og er mange kontaktpunkter, fx i offentlige institutioner, ved indgangspartier, på arbejdspladser, i forretninger, ved serveringssteder, ved idrætsfaciliteter m.v.
- I lokaler med offentlig adgang skal der være let adgang for alle til håndvask med vand og flydende sæbe, samt engangshåndklæder. Der bør ikke anvendes fælles håndklæder eller fælles sæbestykker.
- Når man færdes blandt mange mennesker og på steder med mange kontaktpunkter, anbefales det at man medbringer hånddesinfektion eller vådservietter, fx i offentlige transportmidler eller i forsamlinger

<sup>22</sup> Danskernes adfærd og holdninger til corona-epidemi, Michael Bang Petersen, Andreas Roepstorff, Epinions Adfærdsenhed, 5. maj 2020, HOPE-projektet, [www.hope-project.dk](http://www.hope-project.dk)



### 5.1.2. Kontaktpunkter

Risikoen for kontaktsmitte øges betydeligt ved berøring af kontaktpunkter og overflader, der berøres af mange, som f.eks. håndtag, gelændere, kontakter, trykknapper, tastaturer, mus, terminaler, armlæn, bordkanter, legetøj, redskaber, vandhaner, toiletter mv. Hyppig rengøring af kontaktpunkter er derfor særligt vigtigt. Rengøring med vand og sæbe kan løsne og fjerne snavs og mikroorganismer, herunder virus fra overflader, og dermed nedsætte risikoen for kontaktsmitte. Almindelig rengøring er i de fleste tilfælde tilstrækkelig, men kan suppleres med efterfølgende desinfektion ud fra et forsigtighedsprincip.

Frekvens af rengøring bør tilpasses aktivitet, således at der sikres hyppig og gentagen rengøring af kontaktflader i lokaler og situationer med mange besøgende og/eller mange berøringer, som f.eks. i dagtilbud, skoler, butikker, serveringssteder, offentlig transport, fitnesscentre, liberale erhverv m.v.

### Boks 6. Anbefalinger til at forebygge kontaktsmitte håndhygiejne

#### Anbefalinger:

- Identifikation og evt. markering af fælles kontaktpunkter, fx dørhåndtag og trykknapper.
- Hyppig og grundig rengøring af fælles kontaktpunkter, som minimum en gang dagligt, og oftere ved mange besøgende.
- Skraldespande tømmes dagligt, og altid inden de fyldes helt.
- Fælles redskaber og remedier bør rengøres mellem forskellige kunder, brugere, m.v., eller der kan benyttes personlige redskaber eller engangsudstyr.
- Undgå at dele udstyr, der vanskeligt kan rengøres mellem brugere, som f.eks. tablets.
- Fjern ikke-nødvendige kontaktpunkter som fx trykknappaserede tilfredshedsmålere, vareadskillere ved betalingskasser mv.
- Skift til kontaktløs betjening, f.eks. sensorstyret belysning, håndfri vandhaner, automatisk eller albuebetjent døråbning, kontaktløs betaling m.v.
- Tilbyd engangshandsker ved selvbetjeningsvarer m.v.
- Undgå håndtryk, eller brug handske

### 5.1.3. Hostetikette

God hostetikette forebygger både dråbesmitte, og at virus overføres til hænderne, og derefter til overflader og kontaktpunkter, der berøres ofte og af mange forskellige. Når der afsættes virus på en overflade kan andre røre stedet, og dermed opsamle smitten og føre sygdommen videre ud i samfundet.

### Boks 7. Anbefalinger til hostetikette

#### Anbefalinger:

- Host i papirlømmetørklæde, og vask eller afsprit hænder bagefter. Eller host i ærmet.
- Ved host i hænder, så vask eller afsprit hænder bagefter.

#### 5.1.4. Fysisk afstand og reduceret kontakt

Smitte ved host, nys, råb, sang m.v. kan ske ved afsætning af dråber i de nære omgivelser, hvoraf langt hovedparten falder til jorden indenfor 1-2 meter, hvilket har dannet afsættet for anbefalinger i forhold til afstand. Det anbefales derfor, at vi holder afstand til hinanden og reducerer antallet af kontakter. Ved smitteudbredelse i samfundet anbefales at undgå fysisk kontakt til personer uden for ens husstand og undgå direkte kontakt som fx håndtryk, knus og kindkys.

Der er ikke sikker dokumentation for et bestemt afstandskrav i det offentlige rum, og blandt internationale myndigheder varierer de aktuelle anbefalinger ift. COVID-19: Verdenssundhedsorganisationen (WHO) anbefaler 1 meter, det europæiske smitteagentur (ECDC) 2 meter, i Storbritannien anbefaler sundhedsmyndighederne '2 meter (6 feet)', i Tyskland 1,5 meter, i Holland '1,5 meter (to armlængder)', i Norge 1 meter, mens nogle lande som f.eks. Sverige ikke har faste anbefalinger om afstand, men 'en armlængde' har været nævnt i borgerrettet kommunikation.

Sundhedsstyrelse har i samarbejde med Statens Serum Institut foretaget en vurdering af den foreliggende dokumentation for afstand, internationale anbefalinger og erfaringer samt pragmatiske overvejelser om bæredygtighed og proportionalitet i forhold til afstandskrav. På baggrund af dette er anbefalingerne til afstand i den aktuelle situation blevet præciseret.

#### Boks 8. Anbefalinger til fysisk afstand og reduceret kontakt

##### Anbefalinger:

- Hold mindst 1 meters afstand mellem personer i det offentlige rum
- Hold dog mindst 2 meters afstand i situationer, hvor der kan være øget risiko for dråbesmitte, eller hvor et forsigtighedsprincip tilsiger et særligt hensyn, som f.x.:
  - Hvis der er tvivl om luftvejssymptomer hos en selv eller den anden, f.eks. hvis man på vej hjem fra arbejde føler sig sløj, hvis man synes den anden ser forkølet ud osv.
  - Ved besøg på plejecentre, sygehuse, hos personer med særlig risiko mv. jfr. Sundhedsstyrelsens anbefalinger af 4. maj 2020
  - Ved aktiviteter med kraftig udånding, hvor dråber dannes og slynges længere væk fra personen end ved normal tale, f.eks. sang, råb, foredrag, skuespil, fysisk anstrengelse m.v.
  - Ved aktiviteter i bevægelse f.eks. rutsjebane.
  - Ved ophold i lukkede rum med begrænset bevægelsesrum, dårlig udluftning m.v. f.eks. kælderlokaler, skakter m.v

I situationer hvor det er vanskeligt eller umuligt at overholde afstandsanbefalinger eller regulere afstand til andre, er det vigtigt at reducere antallet og varigheden af kontakter, særligt ift. ansigt-til-ansigt kontakter. Disponering og indretning af lokaler og områder kan medvirke betydeligt til at overholde anbefalinger om fysisk afstand og ved at reducere antallet af fælles kontaktpunkter, hvor smitte kan overføres. Generelt skal I man fremme adfærdsregulerende indretninger og tiltag ('nudging') samt praktiske for-

anstaltninger i det offentlige rum, der understøtter at der holdes afstand f.eks. ruminddelinger og afstandstape. Offentlig adgang til lokaler, faciliteter, forretninger, serveringssteder, institutioner m.v. bør begrænses til et antal personer, der tillader mindst 1 meter afstand imellem dem. På arbejdspladser kan procedurer omlægges f.eks. ved forskudt fremmøde, opdeling af medarbejdere i hold, udnyttelse af lokaler til andre formål m.v.

For konkrete eksempler på forskellige situationer og anbefalinger til afstand, se anbefalinger til fysisk afstand og reduceret kontakt i *Anbefalinger til forebyggelse af smittespredning*<sup>23</sup>.

#### 5.1.5. Barrierer

I situationer hvor ansigt-til-ansigt kontakt indenfor 1 meter ikke kan undgås, kan man opsætte en fysisk barriere mellem personale og kunde/klient/patient, eksempelvis i form af en skærm af plastik eller glas. Ved aktiviteter som kræver tæt ansigt-til-ansigt kontakt i mere end 15 minutters varighed eller korterevarende ansigt-til-ansigt kontakt med mange forskellige personer på en arbejdsdag, kan anvendes ansigtsvisir. I opgaver, hvor ansigtsdækkende visir ikke er egnet kan i stedet anvendes maske (type II).

Der skal være særligt fokus på brug af barrierer ved ansigt-til-ansigt kontakt med personer med øget risiko for alvorligt forløb af COVID-19. Samt i dele af sundheds- og ældresektoren, f.eks. på plejecentre eller sygehusafdelinger med immunsvækkede patienter, hvor der kan være øget smittetryk, øget modtagelighed og stor sårbarhed hos beboere/patienter. Personalet skal her bære ansigtsvisir eller maske, når personalets opgaver indebærer langvarige eller hyppige, tætte og uundgåelige ansigt-til-ansigt kontakter.

Generelt vedrørende brug af barrierer er der tale om supplerende tiltag, som ikke skal erstatte øvrige smitteforebyggende tiltag. Det er således væsentligt at sikre viden og forståelse for at brug af barrierer, herunder mundbind, ansigtsvisir mv. ikke kan bruges som erstatning for tiltag som håndhygiejne, hostetikette og afstand, men kan tjene som et supplement i tilfælde, hvor anbefalinger ikke kan overholdes, samt at masker og visirer skal bruges korrekt for, at de kan have en beskyttende effekt.

<sup>23</sup> Anbefalinger. COVID-19: forebyggelse af smittespredning. Sundhedsstyrelsen d. 10.maj 2020

## 6. Smitteundertrykkelse – Test, isolation og kontaktopsporing

En forudsætning for den gradvis kontrollerede genåbning af samfundet i Danmark er et samtidigt og stort fokus på at mindske smittespredningen i befolkningen. Det er afgørende for at undgå en uhensigtsmæssigt spredning af COVID-19, at personer med COVID-19 findes og indsætter for, at sygdommen ikke spredes understøttes.

Det er vigtigt at sætte ind der, hvor der er en øget eller særlig risiko for smittespredning. Indsatserne skal være både effektive og bæredygtige. I en langvarig og bæredygtig åbning af samfundet er det afgørende, at de programmer, vi iværksætter, på den ene side effektivt mindsker smittespredningen, og på den anden side muliggør borgernes hverdagsliv og opretholdelse af vores velfærdssamfund.

Effektiv smitteundertrykkelse kræver, at myndigheder, sundhedsprofessionelle og borgere gør en fælles indsats. Den enkelte kan selv gøre en aktiv indsats for at undgå smitte, og vi har i de sidste par måneder oplevet, at den danske befolkning ønsker at bidrage til at få kontrol på epidemien. Det skal vi gøre brug af.

Øget identifikation af smittede personer, fokus på selv-isolation og kontaktopsporing kan tilsammen bidrage til kontrol over COVID-19-epidemien i Danmark under den kontrollerede genåbning.

Den øgede brug af test til at identificere også mennesker med milde symptomer og nære kontakter uden symptomer bidrager til at danne et overblik over smitten, både for myndigheder og sundhedsvæsenet. Men det vil også give den enkelte bedre mulighed for at handle ansvarsfuldt. Den, der er smittet med COVID-19, vil kunne sikre effektiv selvisolering, så smittespredningen hindres, og kan samtidig informere nære kontakter om smitterisikoen, så de også kan tage deres forholdsregler.

Den gradvise genåbning kan fremadrettet understøttes sundhedsfagligt forsvarligt ved effektiv isolation af patienter, der er testet positiv for SARS-CoV-2, samt ved sideløbende opsporing og testning af dem, der har været en nær kontakt til personer med en positiv test for SARS-CoV-2. Et program til opsporing af nære kontakter har ikke som ambition at sikre, at alle nære kontakter bliver fundet og testet, men at reducere smitten.

Forventningen er derfor ikke at hindre al smittespredning af COVID-19 i Danmark men derimod, at det vil begrænse smittespredningen til et lavt niveau, hvor vi har kontrol og overblik over epidemien samtidig med, at sårbare grupper beskyttes mod smitte. Denne kontrol vil være med til at sikre, at vi ikke ser en overbelastning af sundhedsvæsenet, som ville kunne ske ved en ukontrolleret stigning i antallet af smittede personer.

### 6.1. Test kan både bruges til at finde dem, der er smittet og til at forebygge smitte

Testning kan bruges til at finde ud af, om man er smittet med SARS-CoV-2, men også om man har været smittet. Denne information kan tjene forskellige formål:

- Et medicinsk diagnostisk formål – hvor testudfaldet er betydende i forhold til en videre behandling
- Et smitteforebyggende formål - hvor formålet fx er at understøtte selv-isolation, undgå smitte på sygehuse, håndtering af smitteudbrud på institutioner osv
- Et primært epidemiologisk formål – hvor formålet er at danne et systematisk overblik over smittespredning typisk via overvågningsystemer og forskningsprojekter.

Der kan anvendes to typer test, i forbindelse med COVID-19. Se boks 9.

#### Boks 9 – Test til at afklare om man er eller har været smittet med SARS-CoV-2

- **PCR** som kan påvise RNA fra SARS-CoV-2 virus. Analysen foretages på prøvemateriale fra svælgpodninger, ekspektorat eller sug fra lufrørret. Testen anvendes til diagnostik af COVID-19.
- **Antistoftest** der kan påvise forekomsten af antistoffer over for SARS-CoV-2, som et udtryk for tidligere smitte. Der mangler fortsat viden om anvendelse af antistoftest på individniveau. Der kan dog være et potentiale ift. epidemiologisk overvågning.

Retningslinjen for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet udarbejdes og revideres løbende i samarbejde med en faglige ekspertgruppe. Opdateringen sker dels på baggrund af den nyeste viden om COVID-19, dels på baggrund af, hvordan epidemien udvikler sig, men også på baggrund af konkrete danske og internationale erfaringer.

I retningslinjerne beskrives, hvornår man skal mistænke COVID-19, hvordan og hvornår man skal henvises til udredning – herunder forholdsregler, information og handlingsanvisninger. De mulige indikationer for test for COVID-19 er i forbindelse med revision af retningslinjerne løbende blevet justeret i forhold til ny viden, epidemiens udvikling og konkret erfaringer. Eksempler på dette kan ses i boksen nedenfor.

## Boks 10. Eksempler på justeringer af testindikationer

### Fra inddæmning til afbødning

I forbindelse med konstateringen af udbredt samfundssmitte gik vi fra at teste alle, der kom fra bestemte risikoområder i bestemte lande til at teste personer med alvorlige symptomer. Der var tale om et stort skifte, hvor vi gik fra at forhindre/forsinke introduktionen af COVID-19 i Danmark til at afbøde effekten af den konstaterede smittespredning i samfundet. I forventningen om, at vi ville se et epidemiforløb i Danmark svarende til den italienske epidemi, hvor et meget stort antal danskere med COVID-19 ville have behov for sygehusbehandling, blev retningslinjens beskrivelse af indikationer for test ændret til et fokus på at teste personer med moderate eller svære symptomer. Alle med symptomer blev bedt om at selv-isolere sig. Dette var et meget væsentligt skifte i forhold til at få kontrol med epidemien.

### Sårbare personer og risikogrupper

Der har været tiltagende fokus på at undgå udbrud på plejehjem. Der var tidligt fokus på at inddæmme smitte, men da der fortsat ses udbrud, er testindikationerne blevet udvidet således at både beboere og medarbejdere i et afsnit, hvor der har været en smittet beboer vil blive testet med gentagelse efter 7 dage for at sikre effektiv forebyggelse på plejehjem. Ifølge opgørelser fra Statens Serum Institut er der de seneste uger testet markant flere plejehjemsboere, over 1.500 om ugen. I den forgangne uge er der testet beboere på i alt 89% af alle plejehjem. Den øgede testaktivitet har ikke resulteret i en tilsvarende stigning af COVID-19-tilfælde, og i uge 18 er der set markant færre tilfælde end ugerne før. Det tyder på, at de iværksatte tiltag for at forebygge smitteudbrud fx omfattende testning, isolation af patienter og afskærmning af raske har haft en effekt.

### Øget fokus på at holde smittespredningen nede

I retningslinjen af d. 21. april blev testindikationerne udvidet, hvilket skal ses i lyset af, at vi havde fået trykket epidemien i bund, og at der var påbegyndt en gradvis åbning af samfundet. For at håndtere den forventede øget smittespredning blev iværksat et fokus på at få opsporet alle syge og nære kontakter for at mindske smittespredningen mest muligt og beskytte personer med øget risiko.

I retningslinjen er listet hvilke faglige indikationer der er for henvisning til test. Nogle patienter henvender sig til egen læge, fordi de har symptomer på COVID-19. Disse patienter henvises til de regionale udredningsklinikker med henblik på vurdering og test eller direkte til test. Indikationerne og håndteringen ses i boks 11.

## Boks 11. Testindikationer for patienter med symptomer på COVID-19

### Patienter med symptomer (Er implementeret)

- **Patienter med lette luftvejssymptomer henvises direkte til test for SARS-CoV-2 (efter telefonisk vurdering, ordineres af egen læge, lægevagt eller akuttelefon)**
- **Patienter med moderate til alvorlige luftvejssymptomer til vurdering og test (efter telefonisk vurdering, henvises af egen læge, lægevagt eller akuttelefon)**
- **Medarbejder i sundheds- og ældrektor med lette luftvejssymptomer direkte til test for SARS-CoV2 (selvvisitering efter aftale med personaleleder)**

Generelt kan man ikke anbefale enkeltstående test af personer, der ikke har symptomer. Dette skyldes, at testen ikke er lige så pålidelig som test af personer med symptomer. Dette skyldes bl.a., at testens pålidelighed afhænger af, om personen har karakteristiske og fremtrædende symptomer, og om der kan opsamles relevant prøvemateriale fra slimhinderne. Test af personer uden symptomer kan dog godt bruges som led i smitteforebyggelse fx af nære kontakter til personer smittet med COVID-19, smitteopsporing på plejecentre og ved indlæggelse på sygehus. Formålet med denne meget vide brug af test er at øge identifikationen af smittede. De faglige indikationer for test af personer uden symptomer kan ses i boks 12.

### Boks 12. Testindikationer for personer uden symptomer på COVID-19

#### **Personer som er uden symptomer, men testes som led i smitteforebyggelse\***

*(Er implementeret)*

- **Asymptomatiske beboere og frontpersonale på institutioner ved smittetilfælde hos personale og/eller beboer/indsat** (*Instruks for håndtering udsendes af Sundhedsstyrelsen*)
- **Patienter med forventet indlæggelse på sygehus > 24 timer, uanset årsag til indlæggelse** (*ordineres af sygehus*)
- **Patienter der – uanset årsag – skal have foretaget særlige producerer eller undersøgelse i speciallægepraksis og ved ambulante forløb på sygehus** (*ordineres af speciallæge eller sygehus*)

#### **Personer som er uden symptomer, men testes som led i smitteforebyggelse**

*(implementeres snarest)*

- **Nære kontakter til person med bekræftet COVID-19 testes fx på dag 4, 6 og 8 efter kontakt** (*Retningslinje for kontaktopsporing er under udarbejdelse og implementering vil ske snarest*)

\* Asymptomatiske børn til og med 12 år testes kun, hvis resultatet af en test kan have betydning for det videre behandlingsforløb eller hvis andre særlige forhold taler herfor. Aldersskellet er vejledende og beslutning om test bør bero på en konkret faglig vurdering.

Den vide brug af test kræver medicinsk udstyr; testudstyr, utensiller, reagenser – men også kvalificeret personale til at forestå prøver, analyser og give svar. Testkapaciteten er blevet udvidet markant under COVID-19-epidemien, men der har været perioder, hvor der opstod mangel på væsentlige dele af det udstyr, der skulle anvendes, hvilket har givet kapacitetsproblemer, hvor færre end ønsket kunne tilbydes test. I situationer med kapacitetsproblemer er det vigtigt, at der er prioriteringslister over indikationsmuligheder. Dette har vi, som fx Sverige<sup>24</sup> og Norge<sup>25</sup>, beskrevet i defaglige retningslinjer.

<sup>24</sup> <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/p/provtagningsindikation--misstankt-fall-av-covid-19/>

<sup>25</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/testkriterier/>

De kliniske mikrobiologiske afdelinger på sygehusene er hjørnестenen i den hidtidige testkapacitet og testanalyse. Med etableringen af Testcenter Danmark er der derudover opbygget ekstra kapacitet i regi af Statens Serum Institut. Etableringen sker i regi af Sundheds- og Ældreministeriet.

Sundhedsstyrelsens rolle er at rådgive om, hvem der skal testes – både i de regionale udredningsklinikker og i regi af Testcenter Danmark. Sundhedsstyrelsen tager i denne rådgivning udgangspunkt i den faglige retningslinje. Herudover skal der i regi af Testcenter Danmark testes personer som led i en epidemiologisk overvågning af epidemien, det er Statens Serum Institut, der har ansvaret herfor.

## 6.2. Selv-isolation

Et centralt værktøj for at hindre dannelsen af smittekæder er, at personer uden behov for sygehusbehandling, der er mistænkt eller konstateret smittet med COVID-19 foretager selv-isolation, også mens der forventes prøvesvar. Derved mindskes - risikoen for, at der sker smittespredning.

Det er vurderingen, at uddannelses- og boligforhold i Danmark gør, at de fleste danskere vil have mulighed for at sikre effektiv selv-isolation i hjemmet på baggrund af konkret rådgivning. Personerne skal have information om tegn på forværring af sygdom, og hvornår de bør kontakte læge, men derudover er det vurderingen, at langt hovedparten af personer i selv-isolering vil være i stand til selv at kunne reagere adekvat på forværring af symptomer. Denne vurdering er understøttet af organiseringen af det danske sundhedsvæsen med adgang til telefonisk lægefaglig vurdering og hjælp ved akut kritisk sygdom døgnet rundt alle årets dage. Det er en organisering, der gør, at personer i selv-isolation i en dansk kontekst ikke vil have behov for opsøgende sundhedshjælp/-monitorering fra sundhedsvæsenet eller sundhedsmyndighederne.

Hvis personens hjem ikke er velegnet til selv-isolation, f.eks. ved stor husstand i lille bolig, hvor det ikke er muligt at sikre eget sovested, eller der er dårlige bad- og toiletforhold m.v., skal der tilrådes alternative muligheder for isolation. Det kan f.eks. være lån af anden bolig, sommerhus, hotel, visitation til midlertidig kommunal bolig m.v.

I aftalen om anden fase af en kontrolleret genåbning indgået af regeringen og Folketingets partier d.7 maj 2020 indgår isolation af smittede personer som et element i aftalen.

## 6.3. Smitteopsporing og test af nære kontakter

Det er vigtigt at sætte ind, hvor der er en øget eller særlig risiko for smittespredning. Indsatserne skal være effektive og bæredygtige. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at netop identifikation af nære kontakter og efterfølgende opsporing af smittespredning blandt nære kontakter opfylder disse kriterier.



Hvis man har været en nær kontakt til en patient med COVID-19, ved vi, at der er øget risiko for at være blevet smittet. Det er eksempelvis situationen, hvor en af dem, man bor sammen med, viser sig at have COVID-19, eller en kollega på arbejdspladsen, som man har stået tæt på i mere end 15 min. I sådanne situationer er det væsentligt at iværksætte et program, der kan identificere, om man som nær kontakt er blevet smittet, og på den måde hjælpe til korrekt og effektiv selv-isolation.

### Boks 13. Definition af nære kontakter

#### Nære kontakter defineres som

- Personer fra samme husstand som person, der har fået påvist COVID-19
- Personer med direkte fysisk kontakt (fx ved berøring) til person, som har fået påvist COVID-19
- Personer som har haft ubeskyttet direkte kontakt med smittefarlige sekreter fra person, som har fået påvist COVID-19, fx er blevet hostet på, har berørt brugt lommetørklæde m.v.
- Personer med tæt kontakt "ansigt-til-ansigt" inden for 2 meter i mere end 15 minutter, fx samtale med person, som har fået påvist COVID-19
- Personer som har været i et lukket miljø, fx et klasseværelse, mødelokale m.v. i mere end 15 minutter og med mindre end 2 meters afstand fra person, som har fået påvist COVID-19
- Sundhedspersonale og andre som har deltaget i plejen af en patient med COVID-19, og ikke har benyttet værnemidler på de foreskrevne måder.

Programmet til opsporing af smitte blandt nære kontakter er baseret på følgende principper:

- Indsatsen skal bidrage til bedst mulig smitteinddæmning
- Indsatsen skal kunne formidles og kommunikeres meningsfuldt til borgeren
- Antallet af test skal balanceres med, hvad vi forventer, at man som borger vil medvirke til
- Der skal etableres et landsdækkende lettilgængeligt tilbud for at få størst mulig tilslutning

I en langvarig og bæredygtig åbning af samfundet er det afgørende, at de indsatser, vi iværksætter, på den ene side effektivt mindsker smittespredningen og på den anden side muliggør vores hverdag og opretholdelse af velfærdssamfundet – ellers bliver de ikke bæredygtige. En række lande har indført karantænesætning af nære kontakter, hvor de skal holde sig hjemme i 14 dage efter eksponering. Dette er tilfældet fx i Norge. I Norge har hovedparten af brancheorganisationer på erhvervsområdet dog allerede i starten af april ved en offentligt høring af en rapport om tiltag mod smittespredning peget på behov for en opblødning af dette forhold<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> 7. April 2020. *Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – COVID-19*, Rapport fra ekspertgruppe på oppdrag for Helsedirektoratet

Det er Sundhedsstyrelsen vurdering, at en systematisk testning af asymptomatiske nære kontakter er et langtidsholdbart tiltag, der i en danske kontekst samlet set har en bedre balance mellem gavn og skade end 14 dage karantænesætning af nære kontakter. Testningen kan evt. være suppleret af anbefalinger til kortere selvisolering.

Det er derfor samlet vurderingen, at understøtningen af åbningen af samfundet bedst gøres med en effektiv opsporing af patienter, der er smittet med COVID-19, og med opsporing af dem, som i denne sammenhæng kan betegnes som 'nære kontakter' til den, der er påvist smittet med COVID-19.

Sundhedsstyrelsen forventer at kunne offentliggøre en retningslinje for opsporing af nære kontakter inden for kort tid.

#### **6.4. Intensivt fokus på at undgå smittespredning blandt sårbare borgere**

##### **6.4.1. Plejecentre, bosteder, hjemmepleje mv.**

Internationale og danske tal viser, at smittespredning på institutioner for sårbare og ældre – plejecentre, bosteder mv. - kan have alvorlige konsekvenser. Der er registreret smittede beboere på en del af landets 932 plejehjem, og ca. hvert tredje registreret dødsfald med COVID-19 var hos en person, der havde bopæl på et plejecenter<sup>27</sup>.

Sundhedsstyrelsen har udgivet vejledninger og anbefalinger i forhold til at forebygge smittespredning på institutioner og også i hjemmeplejen. Vejledningerne indeholder generelle og konkrete råd i forhold til forebyggelse af smitte samt til organisering af kommunernes hygiejneindsatser.

For plejehjem og institutioner er der udarbejdet konkrete handlingsanvisninger og ansvarsfordeling for håndtering af COVID-19. Blandt de centrale indsatser i at mindske risikoen for omfattende udbrud er isolering af den smittede borger, kontakt til den kommunale hygiejneorganisation for rådgivning samt omfattende test af personale og borgere ud fra et forsigtighedsprincip.

Ved mistanke om COVID-19 hos en borger eller personale på plejecentre, bosteder, hjemmepleje mv, skal personen henvises til vurdering og test for SARS-CoV-2 via egen læge eller en fast tilknyttet læge, fx plejehjemslæge. Dette med henblik på tidligt at forebygge og opspore muligt udbrud af COVID-19 på institutioner, sikre rettidig og relevant isolation og undgå smittespredning. Den visiterende læge tager efterfølgende kontakt til en regional COVID-19 vurderingsenhed mhp. aftale af nærmere rammer for test af symptomatiske borgere.

Regionerne skal tilbyde vurdering og test på plejecenter, bosted, institution m.v. via en udkørende funktion, som f.eks. sociolance, og akutbil.

Hvis personale eller borger på plejecenter, bosted, institution m.v. testes positiv, skal det straks vurderes, om der er andre beboere eller personale, der samtidigt bør testes

<sup>27</sup> COVID-19 i Danmark. Epidemiologisk trend og fokus: Plejehjem. Udarbejdet af Statens Serum Institut 24.april 2020

som led i udbrudshåndtering. Det er kommunen og institutionen, som har ansvaret for at vurdering af behov for smitteopsporing iværksættes med det samme. Regionen skal rådgive institution og kommune om, hvem der bør testes. Den enkelte kommune kan sammen med relevant region aftale den konkrete organisering af håndteringen ved mistanke om udbrud, herunder hvem der tester borgere, personale mv. Ordination af test ved udbrud kræver ikke ordination af læge. For mere information om håndtering af påvist COVID-19 på institutioner henvises til Sundhedsstyrelsens vejledning herom<sup>28</sup>.

For at sikre at et evt. udbrud inddæmmes tilstrækkeligt, anbefales det ud fra et forsigtighedsprincip, at alle borgere og personale, der testes negative for SARS-CoV-2 i forbindelse med den første screening, testes igen efter 7 dage. Dette for at vurdere, om udbruddet er under kontrol, og for at sikre sig, at man også får identificeret personer, der ved første undersøgelse var tidligt i inkubationsforløbet og derfor testede negativt. Det anbefales yderligere, at man så længe der konstateres smittede på institutionen, hver 7.dag gentester de borgere og personale, der tester negativt, indtil der ikke længere konstateres nye tilfælde med COVID-19 hos borgere og personale.

For praktiske forhold kan personer smittet med COVID-19 betragtes som smittefri fra 48 timer efter symptomophør, fraset tab af smags- og lugtesans, som kan persistere over en længere periode. En person kan dog teste positiv i en diagnostisk PCR test i en længere periode efter symptomophør uden at smitte. Derfor anbefales det ikke at genteste borgere og personale med en positiv test for SARS-CoV-2 med henblik på af-isolation eller raskmelding.

Statens Serum Institut forestår den epidemiologiske overvågning af smittespredningen på plejecentre. Ifølge Statens Serum Institut er der foreløbigt registreret udbrud på 15 plejehjem, hvor 10 eller flere beboere er blevet smittet. Af disse er der set nye tilfælde i uge 18 på 5 af de 15. Blandt plejehjem med bekræftede COVID-19-tilfælde har de fleste stadig under fem bekræftede tilfælde, hvilket tyder på at lokale tiltag for at forebygge smitteudbrud fx omfattende testning, isolation af patienter og afskærmning af raske samt hygiejnetiltag virker.

#### **6.4.2. Hospitaler og øvrige dele af sundhedsvæsenet**

I sagens natur vil mange mennesker, der modtager behandling i sundhedsvæsenet - særligt patienter, der er indlagt på sygehuse - være i øget risiko for et alvorligt forløb af COVID-19. Sundhedsvæsenet skal derfor under en lang epidemi organiseres, så patienter med COVID-19 ikke introducerer og inducerer smittespredning i de forskellige dele af sundhedsvæsenet.

I Danmark har vi fra starten forsøgt at hindre dette ved, at patienter med symptomer skulle telefonvisiteres af almen praksis, at regionerne oprettede særlige enheder til

<sup>28</sup> Vejledning om forebyggelse af smitte med COVID 19 på plejecentre, bosteder og andre institutioner. Sundhedsstyrelsen 4. maj 2020

udredning og behandling af patienter med COVID-19, og at sundhedsvæsenets øvrige parter, fx praktiserende speciallæger, tandlæger, fodterapeuter sikrede, at patienter med symptomer ikke fremmødte.

Indsatsen er blevet øget ved, at alle patienter, hvor man må forvente indlæggelse i over 24 timer, herunder fødende, og alle patienter, der skal have udført særlige procedurer eller undersøgelser, skal testes for COVID-19 inden indlæggelse.

Regionerne har uddannet og oplært en betydelige personalekapacitet i COVID-19 og infektionshygiejniske forholdsregler i forbindelse med udredning og behandling af patienter med COVID-19. Under en længerevarende epidemi vil der være behov for løbende oplæring og træning i korrekte arbejdsgange og brug af værnemidler, også når viden om sygdommen udvikler sig.

## 7. Fleksibel planlægning i sundhedsvæsenet

I forventning om en epidemi over 12-13 uger med en høj top blev vanlig aktivitet i sundhedsvæsenet i marts og april reduceret og omstillet i betydeligt omfang, for at kunne gøre sundhedsvæsenet klar til at modtage, udrede og behandle en stor gruppe patienter med COVID-19 og samtidig mindske risikoen for smittespredning i sundhedsvæsenet.

I perioden var der et stort og omfattende arbejde med omstilling af hele sundhedsvæsenet, etablering af nye arbejdsgange, sikring af personaleressourcer og –kompetencer. Regionerne opbyggede også ny kapacitet i forhold til almindelige og intensivsenge til behandling af de sygeste patienter. Samtidig foregik en omstilling i kommuner og almen praksis i forhold til at kunne understøtte sygehusene og håndtering af udskrevne patienter.

Aktivitetsreduktionen og omstillingen var rammesat nationalt og omhandlede i forhold til sygehusene særlig reduktion af ambulant aktivitet og planlagte operationer, mens det uden for sygehusområdet omfattede varierende grader af aktivitetsreduktion afhængigt blandt andet af risiko for smitte inden for den pågældende sektor.

Centrale indikatorer har peget på, at aktivitetsreduktion var større end planlagt, formentligt grundet særligt mindre lægesøgning. Således er det i tidligere statusrapporter beskrevet at der inden for kræftområdet, psykiatrien og hjerteområdet var set betydelige nedgange i aktiviteten. Samtidig beskrev de praktiserende læger en betydelig og ikke forventet nedgang i antal af patienter, der kontaktede dem.

Disse forhold, alene og særligt set i lyset af en langvarig epidemi med en forventelig mindre belastning af sundhedsvæsenet, er bekymrende set fra et folkesundhedsperspektiv. Patienter med kroniske sygdomme, der ikke får hjælp til nødvendig justering af medicin, psykisk syge, der ikke søger behandling og patienter med symptomer på kræft, der venter længere en vanligt, inden de kontakter deres læge, kan have betydelige konsekvenser for folkesundheden på både kort og lang sigt.

Det er derfor afgørende, at sundhedsvæsenet under en længerevarende epidemi både tager sig af patienter med COVID-19 og af patienter med andre sygdomme og tilstande. Sundhedsstyrelsen har udgivet en række retningslinjer og vejledninger, der omhandler aktivitetsøgninger i Sundhedsvæsenet bredt set og vil sammen med sundhedsvæsenets aktører have et skarpt fokus på, at aktiviteten øges igen.

Sundhedsdatastyrelsen forestår en opbygning af en løbende monitorering af Sundhedsvæsenet via datatræk fra blandt andet LPR 3 og sygesikringsregisteret. Sundhedsstyrelsen vil fremadrettet løbende modtage aktivitetsdata, der kan understøtte indsatser rettet mod særlige områder. Data omfatter en række centrale indikatorer. Der vil være et særskilt fokus på psykiatrien, hjertesygdomme og kræftområdet.

### 7.1. Omstillingsparat primært sundhedsvæsen

Det primære sundhedsvæsen har i perioden – særligt almen praksis og kommunerne – omstillet deres måde at arbejde på i betydelig grad. Der har samtidig været en helt grundlæggende forudsætning fra alles side, at vanlige grænser mellem sektorer og aktører *ikke* måtte være hindrende for bedst mulig anvendelse af personaleresourcer, både i forhold til sektoropdelinger og opgavedelinger. Disse erfaringer og modeller for samarbejde bør lokalt fortsat være en del af redskabskassen for at sikre et omstillingsparat primært sundhedsvæsen under en længerevarende epidemi.

Mange patienter har afholdt sig fra at søge læge under COVID-19-epidemien. Derfor har de praktiserende læger opfordret befolkningen til at søge læge ved problemstillinger, som de normalt ville søge læge ved. Gradvist begynder det primære sundhedsvæsen at skulle varetage vanlige opgaver, men de skal fortsat have et særligt fokus på at undgå smittespredning og de har opgaver i forhold til henvisning og ikke mindst rådgivning af patienter med mulig COVID-19.

### 7.2. Et fleksibelt sygehusvæsen

De første prognoser for behovet for medicinske og intensive sengepladser i forbindelse med COVID-19 epidemien var baseret på viden fra influenzaepidemier og fremskrivninger af epidemiudviklingen i Kina og Italien oversat til danske forhold.

Disse prognoser har ligget til grund for det første planlægningsgrundlag for sygehusvæsenet, som beskrevet i Sundhedsstyrelsens tidligere publikationer frem til den 7. april 2020, herunder eksempelvis "COVID-19 i Danmark – status ved indgang til 5. epidemiuge" af 30. marts 2020 og i "Foreløbigt notat vedrørende regionernes sygehusberedskab ved en COVID-19 epidemi" af 11. marts 2020 og for intensive sengepladser i Sundhedsstyrelsens rapport af 23. marts 2020 "Håndtering af COVID-19: Prognose og kapacitet i Danmark for intensiv terapi".

Prognoser for epidemien fra Statens Serum Institut med udgangspunkt i den kontrollerede genåbning, som regeringen udmeldte d. 6. april 2020 viste at COVID-19 epidemien i Danmark vil have et længerevarende forløb med et betydeligt lavere toppunkt for epidemien end hidtil antaget.

Under et længerevarende epidemiforløb vil det danske sundhedsvæsen i højere grad tage sig af både patienter med COVID-19 og af patienter med andre sygdomme og tilstande. Det handler fortsat om udredning og behandling på fx kræft- og hjerteområdet, men det handler også om patienter i psykiatrien og mange andre sygdomsområder, hvor det kan have potentielt store konsekvenser for sygelighed og dødelighed, hvis patienterne under en langvarig epidemi ikke behandles. Det betyder, at der nu er iværksat en ny omstilling af sundhedsvæsenet med en gradvis øget aktivitet sideløbende med håndtering af patienter med COVID-19.

### 7.2.1. Fleksibel planlægning

Regionerne står således over for en ny opgave, hvor de skal planlægge med, at der over en længere periode (måneder) vil være behov for en fast øget kapacitet til at håndtere patienter med COVID-19. Dette gælder både i forhold til test- og udredningskapacitet, fast sengekapa­citet med mulighed for isolation og ikke mindst fast intensiv kapacitet. Samtidig skal der sikres kapacitet til, at behandlingen af patienter med andre sygdomme kan genoptages.

Der er således behov for at sikre en balance mellem at sikre tilstrækkelig kapacitet til at behandle patienter med COVID-19 og samtidig kunne behandle andre patienter i sygehusvæsenet. Denne balance er særlig vigtig i en situation, hvor forventningen er en mere langstrakt epidemikurve.

Prognoserne vil løbende blive justeret afhængig af, hvordan epidemien udvikler sig og som følge af øget viden om sygdomsudviklingen og smitemønsteret i Danmark. Dette medfører et behov for en fleksibel planlægning, hvor regionerne løbende vil skulle opjustere og nedjustere antallet af medicinske og intensive sengepladser til COVID-19 afhængig af behovet. Dette vil have afledte effekter på andre aktiviteter i sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsen har i notatet Håndtering af COVID-19: Plan for omstilling og gradvis øget aktivitet i sundhedsvæsenet beskrevet principper for faglig prioritering af sundhedsvæsenet i forbindelse med omstillingen med henblik på gradvist øget aktivitet, samt konsekvenserne af et øget behov for medicinske og intensive sengepladser til COVID-19 patienter på henholdsvis planlagt kirurgi, almindelige sengekapa­citet og ambulansaktivitet.

Balanceringen af kapaciteterne skal baseres på epidemiprognoserne og ved behov justeres. Der er derfor behov for en fleksibel planlægning, hvor regionerne løbende vil skulle opjustere og nedjustere antallet af medicinsk og intensive sengepladser til COVID-19 afhængig af behovet. Det vil naturligvis have afledte effekter på andre aktiviteter i sundhedsvæsenet.

### 7.2.2. Intensiv behandling

Der er på de offentlige sygehuse normeret med i alt 405 intensiv sengepladser, dvs. pladser der er fysisk etableret og bemannet med tilstrækkeligt personale til dagligt. Disse pladser anvendes under normale omstændigheder til patienter med en lang række kritiske og livstruende tilstande, såsom patienter med blodforgiftning, multitraumatiserede patienter, patienter med multiorgansvigt, akut opstået blødning i hjernen, følger efter større operationer m.v.

Under normale omstændigheder vil belægnin­gen på disse pladser være svingende og de vil derfor ikke altid være 100% belagt. Det vil afhænge af sygelighed i befolkningen, og der kan eksempelvis være øget pres på intensiv kapacitet under influenzaepidemi.

Nogle af pladserne vil kunne frigøres til behandling af patienter med COVID-19 ved at udskyde planlagte operationer hos patienter med risiko for efterfølgende postoperativt

forløb med behov for intensiv behandling. Der vil dog være en stor del intensiv sengepladser, der aldrig vil kunne frigøres, da de bruges til akut opstået livstruende sygdom.

På baggrund af prognoserne er der etableret et foreløbigt planlægningsgrundlaget hvor der kan ske en trinvis mulig eskalering til øget national kapacitet på i alt ca. 300 intensiv sengepladser til patienter med COVID-19.

Der planlægges efter et øget nationalt volumen, med en fordeling over hele landet. Den faste øgede kapacitet skal etableres ved oprettelse af nye intensiv sengepladser, ved omlægning af operationsaktivitet, og dermed frigørelse af operationsstuer, personale og udstyr til yderligere pladser, samt ved anvendelse af en del af de nuværende 405 intensiv sengepladser. Hvis der på et tidspunkt bliver behov for at øge til i alt ca. 300 intensiv sengepladser til patienter med COVID-19, skal det bemærkes, at dette vil gøre det vanskeligt at opretholde den operationsaktivitet sygehusene normalt har. Dette vil bevirke, at det vil blive vanskeligt at overholde udrednings- og behandlingsretten.

Alle regioner har planer for etablering af intensiv sengepladser, og hvordan de gradvist og inden for fem dage kan bemande dem således, at de kan tage dem i brug.

Når de etablerede ekstra intensiv sengepladser skal tages i brug, vil det medføre reduktion i anden aktivitet i sundhedsvæsenet, primært elektiv kirurgi, da personalet primært mobiliseres fra operations- og anæstesiaktivitet, samtidig med at nogle af pladserne vil forudsætte lokaler og udstyr fra operationsstuer. Det er vurderingen, at åbning af en intensiv sengeplads forudsætter 5-6 sygeplejersker, og der vil således være en relativt større nedskalering af anden aktivitet, ved opskalering af intensiv sengepladser, pga. den højere normering af intensiv sengepladser.

Det er forventningen, at kritiske operationer såsom hjerte- og kræftoperationer fortsat vil kunne varetages inden for gældende rammer, men også at der eksempelvis vil være behov for at udskyde planlagte operationer fx knæoperationer, hofteoperationer mv., som kun vil kunne foretages i et begrænset omfang.

På kort sigt vil der være behov for inddragelse af meget forskelligt personale, og det vil ikke forventes at man kan opretholde samme høje kvalitet i den intensive behandling – både for COVID-19-patienter og for andre patienter på intensiv afdeling – da man bl.a. vil være nødsaget til at ændre på normering af specialuddannet personale i forhold til ikke-specialuddannet omskølet personale, og da man skal tage højde for udtrætning af personale, behov for rotation mv.

Sundhedsstyrelsen vil i den kommende tid vurdere det fremadrettede behov for en særlig højtspecialiseret form for intensiv behandling, VV-ECMO, til COVID-19-patienter på baggrund af prognoserne for epidemiudviklingen samt de konkrete danske erfaringer af hvor mange COVID-19-patienter, der vil få behov for VV-ECMO. Den aktuelle kapacitet udgør 30 pladser i alt, og det er vurderingen at kapaciteten formentlig ikke er tilstrækkeligt under et langstrakt epidemiforløb.



I planlægningen skal der tages højde for, at behandling med VV-ECMO er meget kompleks og kræver forudgående betydelig oplæring. Det er afgørende for en udvidelse af kapaciteten, at der er tilstrækkeligt og kompetent personale; både læger og plejepersonale tilstede for at kunne varetage behandlingen med VV-ECMO. De kritiske ressource i forbindelse med øget VV-ECMO kapacitet vurderes altså at være personale med relevante kompetencer. Det er derfor Sundhedsstyrelsens vurdering, at der med det samme bør igangsættes oplæring af personale.

Sundhedsstyrelsen vil løbende drøfte intensiv området med COVID-19 Intensiv Task Force, bestående af administrative og faglige repræsentanter fra regionerne, Danske Regioner samt repræsentanter fra Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv medicin og Fagligt Selskab for Anæstesi-, Intensiv- og Opvågnings-sygeplejersker, for hermed at sikre en tæt opfølgning med mulighed for justering af tilgængelig kapacitet.

Derudover vil Sundhedsstyrelsen løbende drøfte prognose og planlægningsgrundlag for COVID-19 med de fem regioner.

### **7.2.3. Epidemiens udvikling har betydning for planlægningen**

Som beskrevet ovenfor er prognoserne behæftet med usikkerhed, ligesom de løbende vil ændres som følge af at de matematiske modeller kvalificeres og justeres, på baggrund af bedre og mere valide danske data samt den løbende justering af samfundstiltag.

Statens Serum Institut vil løbende udarbejde nye prognoser, hvor man vil kunne indarbejde en række faktorer i forhold til befolkningsadfærd ligesom man også vil få opdateret data om epidemiens udvikling. Herefter vil planlægningsgrundlaget igen blive justeret. Styrelsen vil løbende formidle prognoser videre til regionerne, således at regionerne har mulighed for at planlægge i overensstemmelse hermed. Der vil ligeledes blive udarbejdet regionale prognoser.

Derudover er det vigtigt at følge epidemiens udvikling via vurdering af smittetrykket og eventuelle ændringer af folks adfærd, således at man kan være på forkant med epidemiens udvikling og konsekvenser for belastningen på sygehuset. Statens Serum Institut udvider løbende deres overvågning af epidemien i takt med epidemiens udvikling, og overvågningen omfatter både sygdomsovervågning, virusovervågning samt overvågning af sygefraværdata og kontaktmønstre. Myndighederne vil således kunne formidle dette til regionerne som et tidligt varsel.

Regionerne må være forberedt på, at udvikling af epidemien kan ændre sig i løbet af året. Epidemien kan derudover udvikle sig uens i forskellige dele af landet, og regionerne kan dermed opleve belastning af deres sygehusvæsen på forskellige tidspunkter. Såfremt presset på de intensive sengepladser opstår forskudt på tværs af landet, kan der være ledig kapacitet i en region eller på et sygehus samtidig med, at der er fyldt op andre steder. Den bedst mulig udnyttelse af den samlede intensive sengekapa- citet kræver derfor en effektiv koordinering på tværs af sygehuse og regioner. Såfremt der opstår et særligt pres på kapaciteten i nogle dele af landet vil der være behov for koordination mellem regioner.

I løbet af den gradvise og kontrollerede åbning af velfærdssamfundet skal der fortsat arbejdes for at undgå smittespredning, så vi sikrer, at der fortsat er kontrol med epidemien, og således at en stor stigning i behovet for intensive og medicinske sengepladser undgås.

Som beskrevet ovenfor vil en længerevarende epidemi dog bevirke at der formentlig vil være et øget behov for intensiv kapacitet over længere tid. Der vil dels være behov for den vanlige intensiv kapacitet og derudover vil der over længere tid formentlig være behov for at behandle patienter med COVID-19.

## 8. Befolkningsrettet kommunikation

### 8.1. Sundhedsstyrelsens hidtidige kommunikationsindsats

Sundhedsstyrelsens borgerrettede kommunikationsindsats om COVID-19 blev igangsat i slutningen af februar og intensiveret i marts 2020, hvor virus for alvor kom til Danmark.

I de to første måneder var der hovedsageligt fokus på at informere befolkningen om alvorligheden af epidemien med COVID-19, og hvilke mulige konsekvenser det kunne have for den enkelte og for samfundet, hvis ikke myndighedernes anbefalinger blev fulgt. Denne indsats med at skabe opmærksomhed om sygdommen og epidemien, blev kombineret med en indsats for at udbrede instruktive råd og handleanvisninger til hele befolkningen ift. forebyggelse af smittespredning. Der var i den forbindelse fokus på at formidle råd om bl.a. hygiejne, rengøring og afstand.

Da epidemien for mange borgere ikke i sig selv udgør en risiko for deres helbred, har kommunikationsindsatsen også haft fokus på at formidle budskaber om dels vigtigheden af at beskytte sig selv, for at beskytte personer, der er i øget risiko for udvikling af alvorlig sygdom, og dels at forebygge en overbelastning af sundhedssystemet, hvis mange blive syge på én gang. Kommunikationen har understøttet strategien, der er blevet lagt ift. den overordnede håndtering af epidemien – fra inddæmnings- til afbødningsfase, og nu en kontrolleret og gradvis genåbning af samfundet.

Informations- og kampagneindsatsen har benyttet sig af en bred variation af platforme og kanaler for at komme ud til alle borgere med budskaberne. Nogle af de platforme og kanaler, der har været benyttet, er bl.a. indhold og annoncering på sociale medier, banner-reklamer, print-annoncer i aviser, out-door reklamer, influencere og TV-spots. I tillæg hertil er der udarbejdet en række informationspjecer, informationsbreve og plakater.

**Figur 23. Sundhedsstyrelsens kommunikationsindsatser**

Eksempler på materiale udarbejdet i forbindelse med COVID-19-epidemien. Plakat med de fem generelle råd til at forebygge smitte, webbanner med sygdomstegn, og film med spørgsmål og svar til ældre og personer med en kronisk sygdom

En evaluering af kendskabet til Sundhedsstyrelsens budskaber har vist, at mere end 90% af befolkningen kender de væsentlige symptomer for smitte med COVID-19, og de generelle råd for smitteforebyggelse. Der ses ingen væsentlig forskel i forhold til køn og uddannelsesbaggrund, men der ses et lidt bedre kendskab hos ældre personer, sammenlignet med yngre <sup>29</sup>.

I tillæg til de brede indsatser har der været gennemført informationsindsatser med fokus på fremme af mental sundhed under COVID-19 epidemien, om udfordringer med psykisk sygdom, om indsatser til at undgå ensomhed og isolation, og indsatser med fokus på de ting man gerne må og kan, selvom man skal følge myndighedernes råd og anbefalinger.

En utilsigtet konsekvens af COVID-19-indsatsen og af nedlukningen af en række funktioner i samfundet, og et fokus på at sikre sundhedsvæsnets kapacitet, har været, at nogle borgere har undladt at gå til deres læge og syge personer er ikke kommet til deres behandling på sygehuset. Der har derfor været gennemført en informationsindsats med fokus på at oplyse borgerne om, at sundhedsvæsnets er åbent, og man skal benytte det, hvis man oplever behov.

## 8.2. Kommunikation i forbindelse med genåbning af funktioner

I forbindelse med den gradvise genåbning af samfundet, har præmissen for hele kommunikationsindsatsen ændret sig. Vi skal gå fra at kommunikere basale og akutte anbefalinger, til at sikre relevans på længere sigt. Særligt relevansen af at fastholde

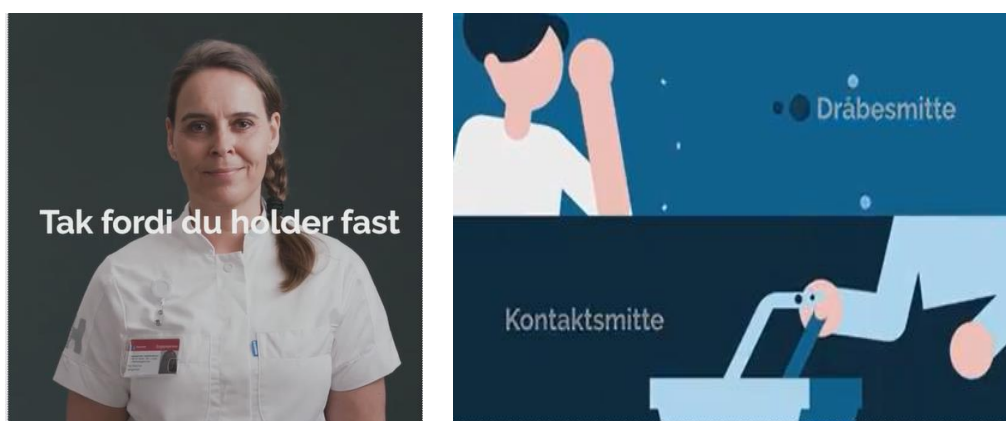
<sup>29</sup> Evaluering af Sundhedsstyrelsens borgerrettede kommunikationsindsats om ny corona-virus/COVID-19, Sundhedsstyrelsen 12. maj 2020

gode smitteforebyggende vaner og være opmærksom på eventuelle symptomer kan blive udfordret af, at man er på vej tilbage til en mere normal hverdag. Samtidig kan der indtræffe en budskabs-træthed i befolkningen, når så mange i så lang tid har været fokuseret på det samme emne. Endelig kan der med en mere normal hverdag også opstå en opfattelse af, at COVID-19 alligevel ikke var farligt.

Der skal altså fremadrettet skabes motivation til fortsat at følge rådene, men motivationen skal ikke forankres i en formidling om individuel risiko, da den for mange er begrænset. Modsat er der en del borgere, som er meget bekymrede. Der er derfor behov for at sikre andre motivations-faktorer end bekymring. I stedet kan der appelleres til socialt ansvar og solidaritet med borgere med øget risiko for at få alvorlige sygdomsforløb. Der skal skabes en norm om at følge rådene, for at beskytte dem, der har aller mest brug for det og gøre det rigtige i en større sammenhæng.

Et eksempel på en sådan tilgang er filmen "Tak fordi du holder fast", som følger nogle personer, der på forskellig vis berøres af COVID-19, og som takker befolkningen for at holde fast i de gode vaner. Der vil i løbet af den kommende tid blive udviklet flere spot til sociale medier og til TV, som har fokus på en anerkendende tilgang, og som for nogle produkters vedkommende vil være mere målrettet til udvalgte segmenter, bl.a. for at sikre relevans og genkendelighed. Vi vil også bevæge os bort fra de rent instruktive produktioner til produktioner, som animerer til refleksion.

#### Figur 24. Sundhedsstyrelsens kommunikationsindsatser



*Eksempler på materiale udarbejdet i forbindelse med COVID-19-epidemien og genåbning af samfundet.*

Kommunikationsindsatsen er stadig en central indsats, men den vil ændre karakter, og der vil også blive suppleret med nye typer af indsatser. Således vil Sundhedsstyrelsen med udgangspunkt i teorier om adfærdsdesign udvikle inspirationsmaterialer til kommuner og organisationer, med fokus på hvordan der kan benyttes adfærdsdesign til at sikre en højere grad af efterlevelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fx håndhygiejne og afstand. Indsatsen vil blive udarbejdet med støtte fra nogle af de førende eksperter i Danmark inden for adfærdsdesign.

Der vil fortsat være behov for at kommunikere viden og information, fx om hvordan COVID-19 smitter, da der stadig er usikkerhed blandt mange borgere om sygdommen. Der vil også, blive udarbejdet informationsmaterialer med information om blandt andet test-muligheder, hvordan man skal forholde sig, hvis man er smittet eller en person i ens husholdning er smittet ligesom der med jævne mellemrum vil være behov for at formidle information om Sundhedsstyrelsens generelle råd, for at bibeholde et højt vidensniveau i befolkningen.

# Bilag 1. Ordliste

SARS-CoV-2: Ny type coronavirus, der kan medføre infektion i øvre eller nedre luftveje ved smitte.

COVID-19: Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) er sygdommen forårsaget af infektion med SARS-CoV-2. Sygdommen kan give et varieret sygdomsbillede fra mild øvre luftvejsinfektion til alvorlige nedre luftvejsinfektion og død.

Inkubationstid: Tid fra smitte til man bliver syg

Øvre luftvejsinfektion: Øvre luftvejsinfektioner giver typisk symptomer på forkølelse eller halsbetændelse, såsom tør hoste, ondt i halsen, feber.

Nedre luftvejsinfektion: Nedre luftvejsinfektioner er lungebetændelser, og er mere alvorlige end en øvre luftvejsinfektion. Symptomerne er typisk høj feber, vejrtrækningsbesvær og hoste.

Isolation: Foranstaltning, hvor en syg person med en smitsom sygdom adskilles fra den øvrige verden fx indlægges på et isolationsafsnit på et sygehus. Formålet er at hindre smittespredning.

Selv-isolation: Foranstaltning, hvor en syg person, der ikke behøver behandling på sygehus, isolerer sig fra kontakt med andre mennesker typisk i eget hjem. Formålet er at hindre smittespredning.

Karantæne: Foranstaltning, hvor personer eller gruppe af mennesker, der har været i kontakt med en syg person med smitsom sygdom isolerer sig fra andre, typisk i eget hjem. Formålet er at hindre smittespredning.

Smittespredning: Statisk mål for hastigheden hvormed en smitsom sygdom spreder sig i en befolkning.

Reproduktionsstal: Et mål for smittespredningspotentialet. Angiver antal personer en syg person i gennemsnit smitter. Kaldes også eller kontakttallet,  $R_0$ .

Positiv-procent: Andel af alle testede, der er positive for det der testes for

Smittefri: Tilstand, hvor syg person ikke længere smitter.

Asymptomatisk inficeret: Person smittet med en sygdom, men som ikke får symptomer eller oplever sygdom.

Epidemi: Hurtig og ukontrollabel udbredelse af en smitsom sygdom til et stort antal mennesker inden for et vist område og inden for en forholdsvis kort periode.

Pandemi: En smitsom sygdoms udbredelse til hele verden eller flere verdensdele.

Epicenter: Centrum for pandemien. Det sted i verden, hvor epidemien er størst.

Afbødningsstrategi: Et formål, hvor en smitsom sygdoms effekter på samfundet i form af død, sygelighed, pres på af institutioner, økonomi mv. undgås ved tiltag, der mindsker spredning og fx beskytter særlige risikogrupper mod spredning

Inddæmningsstrategi: Et formål, hvor en smitsom sygdom forsøges at begrænses og smitten standes

Prognose: Beregningsforudsigelse af, hvordan noget vil udvikle sig

Kontaktsporing: Opsporing af de nære kontakter, en person med påvist smitsom sygdom har haft i perioden personen har været smitsom.

Mørketal: Tal for hvor mange smittede tilfælde, der ikke registreres eller diagnosticeres og derfor ikke bliver offentligt kendte

Sentinel overvågningssystem: Et stikprøvebaseret overvågningssystem baseret på indberetninger fra praktiserende læger

PCR-test: Polymerase Chain Reaction, en metode til at teste for virus DNA/RNA ved at opformere små mængder DNA/RNA. Ift. COVID-19 bruges PCR-testen til at påvise RNA fra SARS-CoV-2 virus og dermed diagnosticere COVID-19. Analysen foretages på prøvemateriale fra svælgpodninger, ekspektorat eller sug fra luftrøret.

Antistoftest/Serologisk test: Antistoftests kan påvise antistoffer for SARS-CoV-2 virus, og kan påvise enten total Ig eller IgG/IgM, der er antistoffer, som viser sig på forskellig stadier i sygdommen og rekonvalescensperioden. Antistoftest findes som test på en blodprøve fra en vene eller fra et prik i fingeren. Testen kan vise om man tidligere har været udsat for smitte med COVID-19, har opnået et immunrespons og har dannet antistoffer.



## Bilag 2. Materialer og dokumenter

### **Love, retningslinjer og vejledninger vedrørende beredskab, ansvar mv:**

Planlægning af sundhedsberedskab - Vejledning til regioner og kommuner. Sundhedsstyrelsen, 2017

Beredskab for pandemisk influenza, del I: National strategi og fagligt grundlag. Sundhedsstyrelsen, 2013

Beredskab for pandemisk influenza, del II: Vejledning til regioner og kommuner. Sundhedsstyrelsen, 2013

Operationel plan ved trussel om eller forekomst af koppeudbrud i eller uden for Danmark. Sundhedsstyrelsen, 2004.

Det Internationale Sundhedsregulativ – gennemført i struktur og praktik i dansk beredskab. Sundhedsstyrelsen, 2012

Hygiejne ved langvarig, midlertidig indkvartering af mange personer. Vejledning til regioner, kommuner, øvrige statslige myndigheder, humanitære organisationer med flere. Sundhedsstyrelsen, 2017

Bekendtgørelse om håndtering af infektioner. Sundheds – og Ældreministeriet. Bekendtgørelse nr 266 af 15. marts 2017

Bekendtgørelse om forholdsregler mod smitsomme sygdomme i skoler og daginstitutioner for børn og unge. Sundheds – og Ældreministeriet. Bekendtgørelse nr 77 af 12. januar 2018

Bekendtgørelse af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (epidemiloven). Sundheds – og Ældreministeriet. Lovbekendtgørelse nr 1026 af 1. oktober 2019.

Bekendtgørelse om ændring af liste B til lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme og andre overførbare sygdomme. Sundheds – og Ældreministeriet. Bekendtgørelse nr 157 27. februar 2020

Bekendtgørelse om anmeldelse af COVID-19. Sundhedsstyrelsen. Bekendtgørelse nr 198 af 13.marts 2020

Lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme. Sundheds – og Ældreministeriet. Lov nr 208 af 17.marts 2020

Bekendtgørelse om udvidelse af §§ 5-7 og §§ 12 a-12 f i lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme til at omfatte Coronavirussygdom 2019 (COVID-19). Sundheds – og Ældreministeriet. Bekendtgørelse nr 213 af 17.marts 2020

Bekendtgørelse om undersøgelse, indlæggelse eller isolation og tvangsmæssig behandling i medfør af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19). Sundheds – og Ældreministeriet. Bekendtgørelse nr 214 af 17.marts 2020

**Gældende borgerrettet information, retningslinjer, vejledninger mv udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i forbindelse med håndteringen af COVID-19 epidemi:**

*Samlet oversigt over materialer om COVID-19. Kan findes her:*

<https://www.sst.dk/da/corona/Materialer>

Rationel Farmakoterapi 7, 2020. Personer med øget risiko for et alvorligt sygdomsforløb med COVID-19 (udgivet 12.maj 2020)

Materiale om forebyggelse af smitte ved besøg på plejecentre (udgivet 12. maj 2020)

Vejledning og materialer til genåbning af skoler og fritidsordninger (udgivet 17.april 2020, opdateret 12. maj 2020)

Vejledning og materialer til genåbning af dagtilbud (udgivet 17.april 2020, opdateret 12. maj 2020)

Vejledning, instrukser, pjecer og plakater til genåbning af ungdoms - og voksenuddannelser (udgivet 17.april 2020, opdateret 12. maj 2020)

Håndtering af COVID-19: Anbefalinger til personer i øget risiko (udgivet 4. maj, opdateret 12. maj 2020)

Retningslinjer om forebyggelse af smitte med COVID-19 ved besøg på plejecentre (Udgivet 12. maj 2020)

Evalueringsrapport: Sundhedsstyrelsens borgerrettede kommunikationsindsats om ny corona-virus/COVID-19 (Udgivet 12. maj 2020)

Vejledning: COVID-19: Forebyggelse af smittespredning (udgivet 10.maj 2020)

Vejledning om forebyggelse af smitte med COVID 19 i hjemmeplejen (udgivet 24.april 2020, opdateret 7.maj 2020)

Film: Dilemmaer på arbejdspladsen i en tid med COVID-19 (udgivet 7. maj 2020)

Plakater: Råd om coronavirus til dig på forsorgshjemmet, herberget, værestedet eller behandlingsstedet (udgivet 23. marts 2020, opdateret 6. maj 2020)

Plakat: Gode råd om coronavirus til stofindtagelsesrum (udgivet 1. april 2020, opdateret 6. maj 2020)

Brev til alle borgere over 15 år: Information om COVID-19 (oversat til 9 sprog) (udsendt 20. marts 2020, senest opdateret 6. maj 2020)

Plakat; Sådan bruger du ansigtsmaske korrekt (udgivet 5. maj 2020)

Plakat: Gode råd om coronavirus til injektionsrum (udgivet 1. april 2020, opdateret 5. maj 2020))

Plakat: Til dig der er i øget risiko (udgivet 5. maj 2020)

Plakater og pjece: Information til daginstitutioner, skoler, legepladser mv (udgivet 24. marts 2020, opdateret 5. maj 2020)

Informationsmateriale: Kontakt til egen læge under epidemien med coronavirus/COVID-19 (udgivet 18.april 2020, opdateret 4. maj 2020)

Informationsmateriale: Husk at kontakte lægen - hvis du er bekymret og har brug for hjælp (udgivet 31.mars 2020, opdateret 4. maj 2020)

Informationsmateriale: Gode råd om ny coronavirus til dig, der er arbejdsgiver eller personaleleder (udgivet 19. marts 2020, opdateret 4. maj 2020)

Vejledning om forebyggelse af spredning af COVID 19 på plejecentre, bosteder og andre institutioner (udgivet 8.april 2020, opdateret 4. maj 2020)

Plakat: STOP Har du tegn på sygdom? (også oversat til engelsk) (udgivet 15. marts 2020, opdateret 4. maj 2020)

Retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet (udgivet 23.januar, senest opdateret 4. maj 2020)

Håndtering af COVID-19: Omstilling og gradvis øget aktivitet i praksis-sektoren, fraset almen praksis, speciallægepraksis og den private tandpleje (udgivet 18.april 2020, opdateret 4. maj 2020)

Faglig gennemgang: Personer med øget risiko ved COVID-19 (udgivet 4. maj 2020)

Gode råd til butikker og klinikker om coronavirus (opdateret 4. maj 2020)

Håndtering af COVID 19: Genoplivning i sundheds- og ældresektoren ved hjertestop uden for sygehus (udgivet 4. maj 2020)

Film: Stimulering af sanser og kontakt i en tid med COVID-19 (udgivet 31.april 2020)

Håndtering af COVID-19: Gravide og fødende kvinder samt partner og det nyfødte barn (udgivet 19.marts 2020, opdateret 30. april 2020)

Inspirations-katalog til pædagogiske aktiviteter under corona-epidemien (udgivet 28.april 2020)

Film: Meningsfuld hverdag for ældre borgere i en tid med COVID-19 (udgivet 28.april 2020)

Film: Sådan fejrer du ramadan i en tid med COVID-19 (oversat til 6 sprog) (udgivet 27.april 2020)

Film: Nærvær og tryghed i plejeopgaverne i en tid med COVID 19 (udgivet 24.april 2020)

Film: Trivsel hos ældre borgere i en tid med COVID-19 (udgivet 24.april 2020)

Håndtering af COVID-19: Retningslinjer for brug af værnemidler (udgivet 25. marts 2020, opdateret 24. april 2020)

Informationsmateriale: Om ny coronavirus og test (udgivet 23. marts 2020, opdateret 23.marts 2020)

Plakat: Sådan fejrer du ramadan i en tid med COVID-19 (oversat til 9 sprog) (udgivet 23. april 2020)

COVID-19 i Danmark - Status - 8. epidemiuge (udgivet 22.april 2020)

Rationel Farmakoterapi 6, 2020. Tilbud om pneumokokvaccination til særlige risikogrupper samt om Information om PCR test for COVID-19 til almen praksis (udgivet 22.april 2020)

Informations-materiale: Gode råd til gravide (udgivet 24. marts 2020, opdateret 22. april 2020)

Håndtering af COVID-19: Omstilling og gradvis øget aktivitet i speciallægepraksis (udgivet 12.april 2020, opdateret 22. april 2020)

Håndtering af COVID-19: Omstilling og gradvis øget aktivitet i almen praksis (udgivet 12.april 2020, opdateret 22. april 2020)

Håndtering af COVID-19: Omstilling og gradvis øget aktivitet i det kommunale sundhedsvæsen (udgivet 21.april 2020)

Plakat: Til dig, der træner udendørs (udgivet 21.april 2020)

Faghæfte: Det pædagogiske arbejde i dagtilbud under coronaepidemien (udgivet 20.april 2020)

Anbefalinger vedrørende forebyggelse af smitte med COVID 19 ved tæt kontakt mellem asymptomatiske personer i arbejdsmæssig sammenhæng (udgivet 19.april 2020)

Håndtering af COVID-19: Omstilling og gradvis øget aktivitet i tandplejen (udgivet 18.april 2020)

Håndtering af COVID-19: Omstilling og gradvis øget aktivitet på private hospitaler mv. (udgivet 18.april 2020)

Håndtering af COVID-19: Ansatte i sundheds, social- og ældresektoren der tilhører særlige risikogrupper (udgivet 13. marts 2020, opdateret 17. april 2020)

Pjece: Gode råd til familier med børn og unge med psykisk sårbarhed (udgivet 15. april 2020, opdateret 17. april 2020)

COVID-19 i Danmark - Status - 7. epidemiuge (udgivet 15.april 2020)

Film: Vask hænder rap med Chapper (udgivet 15.april 2020)

Film: Vask hænder sang (udgivet 15.april 2020)

Håndtering af COVID-19: Plan for omstilling og gradvis øget aktivitet i Sundhedsvæsenet (udgivet 14.april 2020)

Film: Corona-nyt - Sådan går vi i børnehave igen (udgivet 9.april 2020)

Film: Corona Nyt - Sådan går vi i skole igen (udgivet 9.april 2020)

Informationsmateriale: Om ny coronavirus og test (udgivet 8.april 2020)

Brev til forældre i forbindelse med genåbning af dagtilbud og grundskoler (udgivet 8.april 2020)

Information om PCR test for COVID-19 til almen praksis (udgivet 8.april 2020)

Håndtering af COVID-19: Behandling af benzodiazepinforgiftning og –abstinens (udgivet 8.april 2020)

COVID-19 i Danmark - Status ved indgang til 6. epidemiuge (udgivet 7.april 2020)

Håndtering af COVID-19: Arbejdsgiveres og personales ansvar for at hindre smittespredning i sundheds- og ældresektoren samt i indsatser for socialt udsatte (udgivet 13. marts, opdateret 6. april 2020)

Plakat: Til dig der er ældre eller kronisk syg (oversat til 9 sprog) (senest opdateret 6.april 2020)

Plakat: Ny coronavirus - beskyt dig selv og andre (oversat til 9 sprog) (udgivet 12. marts 2020, opdateret 6.april 2020)

Informationsmateriale til plejepersonale (udgivet 6.april 2020)

Pjece: Til dig, der har tegn på sygdom (udgivet 27. marts 2020, opdateret 4. april 2020)

Håndtering af COVID-19: Varetagelse af kritiske funktioner i tandplejen i forbindelse med epidemi med COVID-19 (udgivet 4. april 2020)

Film: Et lille opkald kan gøre en stor forskel (udgivet 3. april 2020)

Pjece: Ny coronavirus og frygt for sygdom (udgivet 3. april 2020)

Pjece: Psykisk sårbare og ny coronavirus (udgivet 3. april 2020)

Håndtering af COVID-19 uregistrerede migranternes ret til sygehusbehandling (udgivet 2. april 2020)

Håndtering af COVID- 19: Beskrivelse af kritiske funktioner i sundhedsvæsenet (udgivet 17. marts 2020, opdateret 1.april 2020)

Film: Spørgsmål og svar til ældre og kronisk syge (udgivet 26. marts 2020, opdateret 1.april 2020)

Håndtering af COVID-19: Speciallægepraksis' rolle under COVID-19 epidemien (udgivet 1. april 2020)

Håndtering af COVID-19: Almen praksis rolle i forbindelse med epidemi med COVID-19 (udgivet 18.marts 2020, opdateret 1.april)

Film: Accepter at krisen kan være en belastning for dine nære relationer (udgivet 1. april 2020)

Håndtering af COVID-19 Retningslinje i den kommunale sundhedstjeneste for børn og unge (sundhedsplejen) (udgivet 20.marts 2020, opdateret 31.marts 2020)

Film: Corona-nyt: Sådan skal vi lege (udgivet 30.marst 2020)

Film: Hold dig mentalt aktiv (udgivet 30.marst 2020)

COVID-19 i Danmark - Status ved indgang til 5. epidemiuge (udgivet 30.mars 2020)

Bannere til web og sociale medier med råd og information om coronavirus/COVID-19 (udgivet 30.mars 2020)

Informationsmateriale: Om ny coronavirus og test (udgivet 27. marts 2020)

Håndtering af COVID-19: Personer der udskrives til eget hjem, hjemmepleje, plejebolig, plejecenter, midlertidig plads, botilbud eller anden kommunal hjælp (udgivet 27. marts 2020)

Håndtering af COVID-19: Information til ansatte og frivillige i tilbud målrettet gruppen af udokumenterede migranter (udgivet 27. marts 2020)

Rationel Farmakoterapi 5 2020. Tema om oversete bivirkninger og om behandling med ACE-hæmmere, angiotensin II-receptorblokkere (ARB) eller non-steroide anti-inflammatoriske midler (NSAID) har betydning ved COVID-19 (udgivet 27. marts 2020)

Rådgivning til forældre om smertestillende medicin til børn (udgivet 26. marts 2020)

Håndtering af COVID-19: Retningslinjer for vurdering, behandling og visitation i forbindelse med forgiftninger og abstinenser til centralstimulerende stoffer (udgivet 26. marts 2020)

Informationsmateriale: Gode råd om mental sundhed (udgivet 25. marts 2020)

Pjece: Mental sundhed (udgivet 25. marts 2020)

Film: Det skal du vide om coronavirus (udgivet 24. marts 2020)

Håndtering af COVID-19: Information til ansatte og frivillige i og omkring injektionsrum (udgivet 24. marts 2020)

Status på COVID 19 ved indgangen til den tredje uge af epidemiens første bølge (udgivet 23. marts 2020)

Håndtering af COVID-19: Prognose og kapacitet for intensiv terapi (udgivet 23. marts 2020)

COVID-19: Epidemiens første bølge. Status og strategi (udgivet 23. marts 2020)

Håndtering af COVID-19: Retningslinjer for behandling af akutte opioidabstinenser (udgivet 20. marts 2020, senest opdateret 24. marts 2020)

Rationel Farmakoterapi 4, 2020: tema om SARS-CoV-2 og COVID-19 (tidsskrift udgivet 20. marts 2020)

Informationsmateriale: Retningslinjer om børn og legeaftaler (udgivet 20. marts 2020)

Brev til alle borgere over 15 år: Information om COVID-19 (udsendt 20. marts 2020, senest opdateret 27. marts 2020)

Film: Råd til børnefamilier om coronavirus (udgivet 20. marts 2020)

Pjece: FAQ til børnefamilier (udgivet 20. marts 2020)

Håndtering af COVID-19: Information til politi og frontpersonel uden for sundhedssektoren. (udgivet 18.marts 2020)

Plakater og pjecer til butikker og supermarkeder (udgivet 18. marts 2020)

Håndtering af COVID-19: Indsatser på landets rusmiddelcentre (udgivet 18. marts 2020).

Informationsmateriale: Information vedr. håndtering af nære kontakter for patienter testet positiv for COVID-19 (udgivet 18. marts 2020)

Håndtering af COVID-19: Besøg på institutioner, hvor personer fra risikogrupper bor eller har langvarigt ophold (udgivet 17. marts 2020)

Håndtering af COVID-19: Rådgivning vedrørende nære kontakter (udgivet 15. marts 2020, senest opdateret 18. marts 2020)

Håndtering af COVID-19: Reduktion af hospitalsaktivitet (udgivet 12. marts 2020, senest opdateret 14. marts)

COVID-19: Risikovurdering, strategi og tiltag ved epidemi i Danmark (udgivet 10. marts 2020)

Brev fra Sundhedsstyrelsen vedr. COVID-19 og kommunernes rolle (udgivet 28. februar 2020)

Film: Vask hænder, og beskyt dig selv og andre (udgivet 27. februar 2020)

Plakat: Forebyg smitte (udgivet 27. februar 2020)



**Sundhedsstyrelsen**  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Sundhed for alle** ♥ + ●