

Pretriage ved covid-19

Nasjonal veileder for vurdering og håndtering av smitterisiko



utgitt av



NASJONAL BEHANDLINGSTJENESTE FOR
CBRNE-MEDISIN ❖ CBRNE-SENTERET

Oslo universitetssykehus HF, P.b. 4956 Nydalen, 0424 Oslo - Norge
+47 22 11 91 01 (22 11 73 85) - cbrne@ous-hf.no

Innhold

1	Bakgrunn	3
2	Pretriage – mål og prinsipper	4
3	Smitterisikovurdering– sjekklister for pretriage	5
4	Organisering av pretriage	7
4.1	Pretriage ved forskjellig hastegrad	7
4.1.1	Pretriage ved planlagt kontakt med helsetjenesten	7
4.1.2	Pretriage ved akutt sykdom.....	8
4.2	Pretriage i forskjellige deler av helsetjenesten.....	8
4.2.1	Sykehus.....	8
4.2.2	Sykehjem og andre helseinstitusjoner	9
4.2.3	Legekantor og legevakt	9
4.2.4	Prehospitale tjenester	9
4.3	Pretriage-området: organisering av areal og soneinndeling	10
4.4	Vurderinger knyttet til særskilte pasientgrupper og andre personer.....	11
4.4.1	Barn	11
4.4.2	Personer med spesielle behov.....	11
4.4.3	Ledsagere	12
4.4.4	Besøkende	Feil! Bokmerke ikke definert.
4.5	Pretriage – krav til personell.....	12
4.6	Dokumentasjon	12
4.7	Smittevern i pretriage.....	13
4.7.1	Smittemåter ved covid-19	13
4.7.2	Beskyttelse av personell som utfører pretriage	13
4.8	Videre håndtering ved påvisning av smitterisiko.....	13
4.8.1	Avklaringsavdelinger i helseinstitusjoner	14
4.9	Mikrobiologisk testing	14

1 Bakgrunn

Covid-19 er en sykdom som skyldes koronaviruset SARS-CoV-2. Sykdommen oppstod i Kina mot slutten av 2019 og spredte seg deretter til en rekke land før Verdens helseorganisasjon (WHO) erklærte pandemi i mars 2020. Både personer med og uten symptomer på covid-19 kan smitte andre. En person kan være smittsom opp til 48 timer før symptomer bryter ut (presymptomatisk smitte). De fleste smittede blir ikke alvorlig syke, men det er stor variasjon fra symptomfritt forløp til kritisk sykdom som krever intensivbehandling. Vanlige symptomer inkluderer hoste, feber, tungpust og tap av smaks- eller luktesans. En mindre andel av de syke utvikler mer alvorlig sykdom som følge av viruslungebetennelse eller andre komplikasjoner (1). Eldre og andre med underliggende kronisk sykdom har høyest risiko for alvorlig sykdomsforløp.

Erfaringer både fra Norge og andre land viser at SARS-CoV-2 lett kan forårsake utbrudd i helsetjenesten. Risikoen for smitte kan reduseres gjennom systematisk gjennomføring av [basale smittevernrutiner](#) (2) i helsetjenesten og isolering av pasienter med påvist eller mistenkt covid-19 på samme måte som ved andre smittsomme sykdommer. I tillegg er det viktig å kontrollere fysisk tilgang til helsetjenestens lokaler for pasienter og andre personer som har økt risiko for å være smittet. Dette krever et system for å vurdere og å identifisere mulig smittede personer, enten de har symptomer eller ikke både i kommune- og [spesialisthelsetjenesten](#). Helst bør denne vurderingen skje før oppmøte i helsetjenesten, enten per telefon eller ved hjelp av digitale hjelpemidler som er godkjent for deling av helseopplysninger. På denne måten kan kontakten og behandlingsforløpet planlegges, samtidig som smittevern ivaretas. I tillegg bør det også gjennomføres en vurdering ved oppmøte, fordi situasjonen i mellomtiden kan ha endret seg. Denne veilederen bygger på erfaringer og kunnskap vi har opparbeidet oss i løpet av covid-19-pandemien. Det er ønskelig at veilederen kan fungere som en praktisk veiledning til smitterisikovurdering i senere faser av denne pandemien, men også at erfaringer herfra kan brukes ved senere epidemier med nye virus.

Lignende rutiner har lenge eksistert for pasienter med andre smittsomme tilstander. For eksempel finnes rutiner for å kartlegge risikofaktorer for infeksjon eller bærerskap med utvalgte resistente mikrober. Dette inkluderer spørsmål om reiser utenlands, kontakt med andre syke og aktuelle symptomer. Behovet for tidlig avklaring av om en person kan bringe smitte inn i helsetjenesten er derfor ikke ny. Men erfaringer har vist at slike systemer for å identifisere smittede bør utvides til ikke bare å gjelde pasienter, men også andre personer som ledsagere, pårørende og andre besøkende. Med ledsagere menes her personer til støtte for pasienten som er nødvendig for at undersøkelse og behandling skal la seg gjennomføre. Dette kan for eksempel være foreldre som følger små barn, partner eller andre nærstående personer som følger pasient til diagnostisering eller behandling av alvorlig sykdom, eller brukerstyrt personlig assistent for funksjonshemmede (BPA).

Denne veilederen beskriver hvordan en slik systematisk smittrisikovurdering kan gjennomføres for å redusere risiko for at personer med covid-19 bringer smitte inn i helsetjenesten. Denne vurderingen foretas *før* ordinær triage (hastegradsvurdering og

prioritering av pasienter) og omtales derfor som pretriage. Mikrobiologisk testing for covid-19 av personer er ikke en del av pretriage, men kan bli nødvendig som resultat av pretriage.

Tidlig i pandemien kom det rapporter fra Italia om inndeling av akuttmottak i soner ut fra risiko for infeksjon, og at dette forhindret smitte av helsepersonell (3). Mange norske legekontor og sykehus etablerte allerede i mars 2020 egne systemer for pretriage. Eksempler på dette var smitterisikovurdering per telefon og egne «luftveislegevakter» (4). Noen laget mottaksområder i telt utenfor sykehus, mens andre organiserte egne mottaksavdelinger for pasienter med mistenkt smitte. Kriterier for mistanke om smitte har variert, og det har til nå ikke foreligget en enhetlig veileder for organisering av pretriage for covid-19 i Norge. Denne veilederen har som mål å gi en samlet fremstilling av råd om pretriage og å være et hjelpemiddel til etablering og gjennomføring av dette i ulike deler av helsetjenesten, og for samhandling mellom ulike behandlingsnivå. Det legges vekt på prinsipper framfor detaljer, da tilpassing til lokal situasjon, egne arealer og egne erfaringer også er viktig.

2 Pretriage – mål og prinsipper

Det overordnede mål for pretriage er å redusere risiko for at personer uten kjent covid-19 smitter andre i helsetjenesten. Pretriage bør identifisere minst 90–95 % av de som er smittet med SARS-CoV-2 (høy sensitivitet) for å være et effektivt smitteverntiltak. Fordi symptomer som hoste, tungpust og feber er vanlige, vil de fleste med slike symptomer allikevel ikke ha covid-19 (lav spesifisitet).

Organisering av pretriage må tilpasses både smittesituasjonen i samfunnet, den til enhver tid beste tilgjengelige kunnskap og den delen av helsetjenesten virksomheten foregår i.

Viktige prinsipper:

- Pretriage skal være så lite inngripende som mulig
- Pretriage skal ikke være til hinder for nødvendig helsehjelp
- Pretriage-situasjonen skal ikke medføre økt risiko for smitte av arbeidstakere, pasienter, ledsagere, pårørende eller andre besøkende
- Pretriage skal være effektiv og ikke bruke mer ressurser enn nødvendig
- Pretriage skal være systematisk og helst være basert på sjekklister
- Pretriage og resultatet av denne skal dokumenteres i pasientjournalen

Denne veilederen har også til hensikt å bidra til omforente rutiner for pretriage i de forskjellige helseregionene, og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette kan gjøre pasientforløpene mer smidige, for eksempel ved at en kriterier for isolering på mistanke om smitte er de samme på legevakt og på sykehus, og ved overflytting mellom forskjellige sykehus.

Den epidemiologiske situasjon er i stadig endring, og vi har i dag ikke tilstrekkelig kunnskap om optimal organisering og gjennomføring av pretriage. Derfor viser denne veilederen til eksempler på organisering og kriterier. Måten pretriage gjennomføres på, bør tilpasses lokale forhold.

WHO anbefaler at pretriage etableres raskt ved en alvorlig epidemi (5). Allerede **før** det er registrert tilfeller av covid-19 i et område, bør det foreligge prosedyre for pretriage som ledd i beredskapsplaner i alle deler av helsetjenesten.

3 Smitterisikovurdering– sjekklister for pretriage

Smitterisikovurderingen bør bygge på den til enhver tid gjeldende nasjonale definisjonen av mistenkt tilfelle, men vil kunne avvike noe fra denne. Mistanke om at en person kan være smittet med covid-19 bygge på en kombinasjon av opplysninger om 1) kontakt med mulig smittede (eksponeringskriterier) og 2) tilstedeværelse av symptomer som kan oppstå ved covid-19 (symptomkriterier).

Identifisering av eksponeringskriterier bør bygge på kriterier som legges til grunn for [karantene av nasjonale helsemyndigheter](#). Dette inkluderer reise eller opphold i et område eller land med høy forekomst av covid-19, og kontakt med en mulig eller bekreftet smittet person. Ved et pågående utbrudd kan det være aktuelt å tilpasse eksponeringskriteriene, for eksempel ved å legge til spørsmål om man bor eller jobber i en bestemt kommune eller ved en bestemt arbeidsplass med pågående utbrudd. Dette bør begrenses til korte perioder fram til man har fått mer oversikt og kontroll over smittesituasjonen.

Symptomkriteriene vil ikke nødvendigvis inkludere alle kjente symptomer som kan oppstå ved covid-19, men begrenses til symptomer som opptrer uavhengig av hverandre

Smitterisikovurdering ender i en grovsortering av pasientene i to kategorier: 1: mistanke om smitte, 2. Ikke mistanke om smitte (tabell 1). Dette kan endres etter at pasienten er undersøkt av lege, som da gjør den endelige smittevern faglige vurderingen.

For å sikre en systematisk tilnærming til pretriage anbefales bruk av en sjekklister som helst skal være utfylt før oppmøte i helsetjenesten. Om dette ikke er praktisk mulig, bør dette skje så raskt som mulig etter oppmøte og med nødvendige smitteverntiltak.

Sjekklisten bør være utformet som konkrete spørsmål som vil avdekke om det foreligger grunnlag for å isolere eller sette personen i karantene.

Tabell 1: Vurderingen av smitterisiko i pretriage må altså inkludere både risiko ved eksponering og risiko ved symptomer

1	Eksponeringskriterier	kontakt med potensielt smittet person, enten via nærkontakt eller reiseanamnese
2	Symptomkriterier	symptomer på covid-19 som hver for seg gir mistanke om smitte

Sjekklisten bør om mulig kvalitetssikres, for eksempel opp mot et lokalt kvalitetsregister. Tabell 2 viser et eksempel på en sjekklister hvor man har utelatt flere kjente symptomer på covid-19, f.eks. fatigue, magesmerter, hodepine og muskelverk. Disse opptrer oftest sammen med andre symptomer på listen. Sår hals og tap av smak/luktesans er tatt med fordi de kan opptre alene, særlig i den første delen av sykdomsforløpet. Denne sjekklisten

identifiserte >95 % av tilfellene med covid-19 ved OUS (personlig meddelelse ved Aleksander Holten). Det finnes også gode erfaringer med andre sjekklister i norsk helsetjeneste.

Tabell 2: Eksempel på sjekklister i bruk ved Oslo universitetssykehus, utarbeidet av Pretriagerådet for OUS, et fagråd for å sikre god faglig kvalitet av pretriage.

Spør pasienten:	JA	NEI	Kan ikke svare
Har du fått påvist koronavirus siste 20 dager?			
Er du eller noen du bor sammen med i karantene på grunn av nærkontakt med person som har fått påvist koronavirus?			
Venter du eller noen du bor sammen med på prøvesvar (for koronavirus)? Dato for prøve hvis kjent:			
Har du vært på reise utenfor Norge siste 10 dager?			
Har du eller har du hatt ett eller flere av følgende:			
Feber siste 10 dager?			
Hoste siste 10 dager?			
Nyoppstått eller forverring av tungpust siste 10 dager?			
Tap av smak/luktesans siste 10 dager?			
Sår hals eller rennende nese siste 10 dager?			
Oppkast og/eller diare siste 2 døgn?			
For akuttmottak:			
Har pasienten akutt funksjonssvikt/akutt forvirring/delir?			

Hvis svaret er ja på ett eller flere spørsmål, er det mistanke om covid-19, med visse unntak. Et eksempel er spørsmål 1, "Har du fått påvist koronavirus siste 20 dager?". Her er antall dager valgt for å ta høyde for at pasienten kan være immunsupprimert. Hvis det er krysset «ja» her, kan behandlingsansvarlig lege etter pretriage oppheve isolering tidligere dersom pasienten viser seg å være symptomfri og ikke immunsupprimert (8).

Forekomst (prevalens) av covid-19 i området hvor sjekklisten brukes, vil innvirke på dens evne til å fange opp tilfeller av covid-19 (sjekklstens sensitivitet). I en situasjon med svært høy forekomst av covid-19, vil sannsynligheten øke for at personer som trenger helsehjelp for andre tilstander, i tillegg kan være smittet av covid-19. Det kan da være rimelig å håndtere alle som potensielt smittet, f.eks. ved å isolere alle pasienter i spesialisthelsetjenesten i påvente av negativt testresultat for SARS-CoV-2. Dette bør imidlertid begrenses til situasjoner med utbredt smitte i samfunnet, fordi isolasjonsregime i tidskritiske sløyfer kan innebære en forsinkelse og medfølgende prognosetap.

Det er ikke mulig å sette en terskelverdi for forekomst av covid-19 i samfunnet som gjør at man skal endre til en slik strategi, men dette bør drøftes av smittevernpersonell og andre fagmiljøer med kjennskap til lokal forekomst av covid-19 og forhold knyttet smittesporing.

En særlig utfordring er knyttet til personer som ikke er stand til å gjøre rede for seg, for eksempel grunnet hjertestans, traumer, hjerneslag eller rus. Hvis en pasient ikke evner å svare på spørsmål i sjekklisten og ikke har typiske symptomer på covid-19, vil det i perioder

med lavt smittepress være rasjonelt å anta at pasienten ikke er smittet, slik at "kan ikke svare" regnes som "nei" i sjekklisten.

Grunnet behov for lokale tilpasninger kan det være vanskelig å omforenes om en nasjonal sjekkliste. Det er imidlertid en stor fordel om man i det minste kan komme frem til en felles sjekkliste i hver helseregion for å unngå at lokale tilpasninger gir flere smitterisikovurderinger i samme pasientforløp, og i verste fall tidsforsinkelse med prognosetap. Gjentatte vurderinger av smitterisiko kan også oppleves som frustrerende for pasienter, pårørende og behandlere. Det skaper usikkerhet i behandlingsskjeden når forskjellige ledd vurderer risiko for smitte ulikt. Ved henvisning til regionssykehus eller sykehus med landsfunksjoner vil det være en fordel om man på forhånd foreligger enighet om smitterisikovurderingen som allerede er gjort, er god nok.

Immunitet etter gjennomgått covid-19 eller vaksinasjon vil kunne få konsekvenser for pretriage og smittevern som må bygge på oppdaterte retningslinjer fra nasjonale helsemyndigheter (1). I pandemienes normaliseringsfase må helsetjenesten vurdere når pretriage kan avvikles i tråd med oppdaterte nasjonale råd om smittevern og gjenåpning av samfunnet.

4 Organisering av pretriage

4.1 Pretriage ved forskjellig hastegrad

Organisering og gjennomføring av pretriage må tilpasses hastegrad for helsehjelpen. Generelt er det viktig at mistanke om covid-19 fattes så tidlig som mulig i behandlingsskjeden, og at pasientene selv så langt som mulig aktivt bidrar til dette.

4.1.1 Pretriage ved planlagt kontakt med helsetjenesten

Ved planlagt kontakt med helsetjenesten bør pretriage om mulig starte før oppmøte. Dette kan oppnås ved at helsetjenesten informerer om kriterier som medfører mistanke om covid-19 (eksponerings- og symptomkriterier) og at kontakt med helsetjenesten om mulig utsettes når det foreligger mistanke om smitte. I tillegg kan helsetjenesten benytte ulike metoder, f.eks.

- Be pasienten selv om å kontakte helsetjenesten før avtalen og opplyse om aktuelle eksponerings- eller symptomkriterier på basis av informasjon som er sendt ut på forhånd
- Ringe pasienten og gjennomføres smitterisikovurdering før pasienten ankommer
- Be pasienten utfylle egenrapporteringsskjema hjemmefra, for eksempel via helsenorge.no

Selv om man gjør pretriage på forhånd, f.eks. før time hos lege, vil pasientene i mellomtiden kunne utvikle symptomer. *Det anbefales derfor at man så nært opp til kontakt med helsetjenesten som mulig, helst samme dag, utfyller ny sjekkliste før oppmøte i helsetjenestens lokaler. Alternativt må pasienten informeres om å opplyse om endring i situasjonen før oppmøte.*

4.1.2 Pretriage ved akutt sykdom

Ved akutt og livstruende sykdom bør det om mulig innhentes informasjon om smitterisiko før transport og ankomst til helsetjenesten, eventuelt via komparenter og behandlere. Det er ønskelig at prehospitalt personell har opplysninger om eksponerings- og symptomkriterier. Pretriage-sjekklisten utfylles så langt dette er mulig. Helsepersonell kan også se etter testsvar i kjernejournal, noe som er særlig aktuelt hos pasienter med nedsatt bevissthet eller manglende evne til å samarbeid.

Det anbefales at pasienter med akutt delir behandles som mistenkt covid-19 under en pandemi (6). Det er ellers ikke dokumentert at psykiatriske symptomer alene bør utløse mistanke om smitte med covid-19, og hvis psykiatrisk sykdom eller rus er årsak til manglende samarbeid, anbefales det at sjekkliste for pretriage følges. Vurdering av smitterisiko hos pasienter som ikke kan gjøre rede for seg, vil avhenge av forekomst av covid-19 (prevalens) i befolkningen (se kapittel 3).

4.2 Pretriage i forskjellige deler av helsetjenesten

Ulike deler av helsetjenesten opererer under svært forskjellige betingelser. Dette gjelder både med hensyn til organisering av virksomheten, personell, lokaler og tilgang på utstyr som er nyttig ved pretriage. Derfor må pretriage være tilpasset de forutsetningene som finnes der helsehjelpen ytes. For eksempel vil dette være svært forskjellig ved et sykehus og et legekantor.

4.2.1 Sykehus

4.2.1.1 Pretriage ved innleggelse

Pretriage bør utføres ved bruk av sjekkliste. For øyeblikkelig hjelp-pasienter bør pretriage foretas før pasienten kommer inn i den del av akuttmottaket der triage og initial håndtering foregår. Der det foreligger en omforent regional sjekkliste, kan denne være utfylt allerede i ambulanse. Med kort og konsis sjekkliste og erfarent personell tar dette lite tid. Ved ja på ett eller flere spørsmål i sjekklisten, forbereder behandlere mottak av pasienten som ved mistanke om covid-19.

For elektive innleggelser bør pretriage gjøres med den samme sjekklisten, men man kan ved fordel skille mellom pretriageområde for øyeblikkelig hjelp og for elektive pasienter, for å sikre god pasientflyt. Elektive innleggelser kan i mange tilfeller utsettes dersom pretriage gir mistanke om smitte. Beslutning om dette må fattes av behandlingsansvarlig lege, se under. Det må derfor finnes gode rutiner for kontakt mellom pretriagepersonell og behandlingsansvarlig lege for å hindre at pasienten må vente lenge i pretriageområdet på avklaring av videre forløp, helst ikke over 15 minutter. [Det vises for øvrig til FHIs råd til spesialisthelsetjenesten](#) (12).

4.2.1.2 Poliklinisk konsultasjon og dagbehandling

Som for elektive innleggelser kan mistanke om covid-19 føre til at timen bør avlyses eller at det kreves svar på test for SARS-CoV-2 før konsultasjonen eller behandlingen gjennomføres. Som ved innleggelse må det finnes gode rutiner for kontakt mellom pretriagepersonell og behandlingsansvarlig lege for å hindre at pasienten må vente lenge i pretriageområdet på avklaring av videre forløp, helst ikke over 15 minutter. [Det vises for øvrig til FHIs råd til](#)

[spesialisthelsetjenesten](#) (12).

4.2.2 Sykehjem og andre helseinstitusjoner

Smitterisikovurdering bør gjøres for alle pasienter som skal inn i sykehjem og andre helseinstitusjoner. Hyppig forekomst av atypiske symptomer som akutt delir (se 4.1.2), kombinert med forhøyet risiko for komplikasjoner og død ved høy alder, gjør at det bør være en liberal holdning til isolering og testing ved mistanke om smitte på sykehjem. Komparentopplysninger fra familie og hjemmetjenester kan være nødvendig. For øvrig gjelder de samme prinsippene for organisering av pretriage som for sykehus. Ved permisjoner hvor pasientene kan ha blitt eksponert for smitte, bør pretriage gjentas ved permisjonens slutt. Ingen pårørende eller andre besøkende bør slippe inn på sykehjem eller helseinstitusjon uten at dette er avtalt på forhånd og uten at det er utført en vurdering av smitterisiko. Det vises forøvrig til FHIs råd til [sykehjem \(13\)](#).

4.2.3 Legekantor

Pretriage på legekantor må tilpasses lokaler og tilgjengelig personell. Smitterisikovurdering bør som i andre deler av helsetjenesten gjennomføres så tidlig som mulig, både ved planlagte konsultasjoner og akutt sykdom, for å unngå kontaminering av lokaler og smitte av andre pasienter og helsepersonell (se 5.1.1. og 5.1.2). Telefontriage eller utfylling av digital sjekkliste før ankomst er optimalt. I noen kommuner finnes egne luftveisklinikker eller feberklinikker, og pasienter med mistanke om covid-19 kan da henvises dit. Alternativt vil det for mange pasienter være mulig å fylle ut en sjekkliste hjemme, og bringe denne til legekantoret eller legevakten ved fremmøte. I situasjoner der pasienter møter direkte uten avtale, bør helsepersonell om mulig gjøre pretriage før disse får adgang til lokalene. Om det ikke er praktisk mulig, kan pretriage utføres i skranken med adekvate smitteverntiltak, f.eks. ved at personalet er beskyttet bak et glass. Det vises for øvrig til FHIs råd til fastleger og legevakt (10).

4.2.4 Prehospitaltjenester inkludert legevakt

Ved akutt og livstruende sykdom vil ambulanspersonell eller legevaktslege som oftest være pasientens første kontaktpunkt med helsetjenesten. Folkehelseinstituttets analyse av SARS-CoV-2 blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten viste at andelen smittede var høyest blant ambulanspersonell (14). Dette understreker behovet for at det så langt som mulig innhentes informasjon om smitterisiko fra AMK-sentral (113) eller legevaktsentral (116117) slik at prehospitalt personell som ambulanspersonell og legevaktslege, har opplysninger om eksponerings- og symptomkriterier før ankomst til pasienten. Pretriage-sjekkliste utfylles så langt dette er mulig, gjerne før transporten starter. Testsvar i kjernejournal bør også sjekkes om tilgjengelig, særlig hos pasienter med nedsatt bevissthet som ikke kan opplyse om dette selv. Om det ikke er mulig å innhente nødvendige opplysninger, må det vurderes om transporten skal gjennomføres med forsterkede smitteverntiltak.

Ved direkte frammøte på legevakt gjelder råd som for legekantor i avsnittet over. På legevakter kan det være en løsning å dele lokalene inn i soner, med ulike venterom og arealer basert på resultat av pretriage. Det vises for øvrig til [FHIs råd til fastleger og legevakt \(10\)](#), og [råd vedrørende transport \(11\)](#).

4.3 Pretriage-området: organisering av areal og soneinndeling

Ved helseinstitusjoner anbefales det at pretriageområdet om mulig opprettes utendørs (5). Alternativt kan det være innendørs om det finnes egnede lokaler som muliggjør god pasientflyt og godt smitte- og personvern. Hovedutfordringen ved å legge pretriage-området utendørs er at dette i vårt kalde klima kan være ubehagelig og forårsake nedkjøling av både ansatte og pasienter.

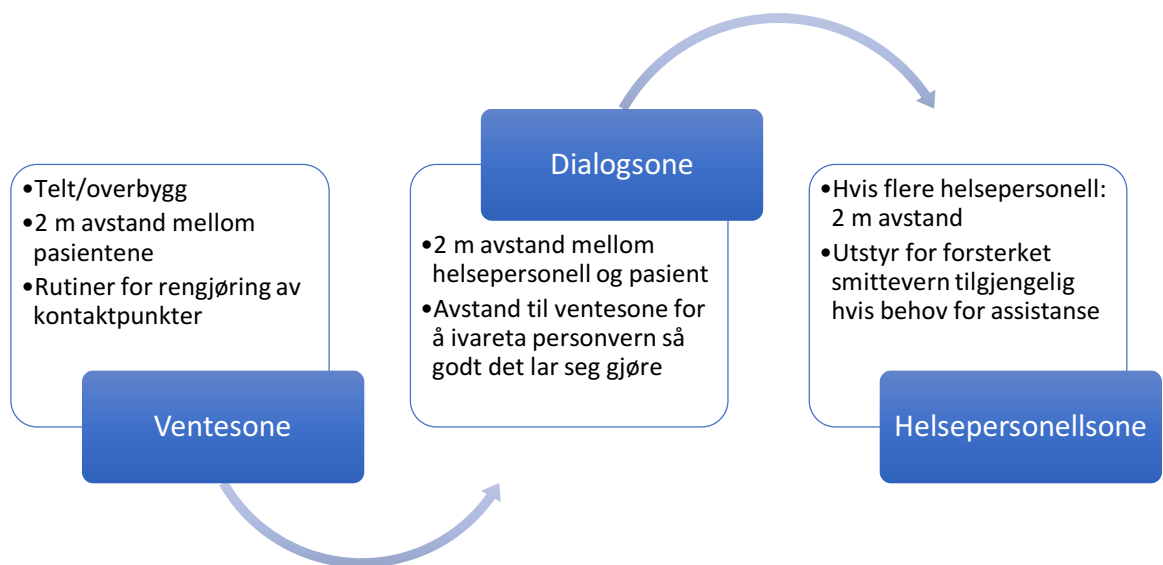
Det bør legges til rette for

- avstand (f.eks. 2 m) både mellom pasienter og mellom pasienter og helsepersonell. For oppdaterte krav til avstand vises det til nasjonale råd fra Folkehelseinstituttet.
- enveistrafikk med separat inngang og utgang for å unngå kryss-smitte
- god ventilasjon
- rutine for rengjøring av kontaktpunkter

Dersom pretriage-området er innendørs, er det ønskelig at dette befinner seg umiddelbart innenfor inngangsdøren for å redusere fare for spredning av smitte i institusjonen.

Det anbefales at pretriage-området inndeles i tre soner: ventesone for pasienter, dialogsoner og helsepersonellsone (se figur 1). Tydelig oppmerking er viktig. Ventesonen kan være et overbygg eller telt med god naturlig ventilasjon om dette er utendørs. Det må finnes gode rutiner for renhold av venteareal og toalettfasiliteter.

Pretriage og triage (hastegradsvurdering) bør ikke gjøres i samme seanse. Triage innebærer vanligvis at man berører pasienten enten for temperaturmåling, pulsoksymetri eller annet. Smitterisikovurdering bør gjøres (raskt) før en standard triagering for å unngå at ansatte i helsetjenesten enten utsettes for smitterisiko eller må bruke smittevernutstyr uten at det grunnlag for dette med de tidsforsinkelser det kan innebære.



Figur 1: Illustrasjon av prinsipper for organisering av pretriageområde

4.4 Vurderinger knyttet til særskilte pasientgrupper og andre personer

4.4.1 Barn

Pretriage av barn følger de samme prinsipper som for voksne. I perioder med lavt smittepress fra covid-19 har man enkelte steder gjort tilpasninger for barn med kun rennende nese, da det er stor sannsynlighet for at det dreier seg om andre virussykdommer enn covid-19.

For polikliniske pasienter kan man vurdere en tilpasning for barn < 12 år, og et eksempel på rutine utarbeidet av CBRNE-senteret i samarbeid med leger ved Barne- og ungdomsklinikken OUS følger:

- Barn < 12 år med kun rennende nese (uansett farge og tykkelse på snørr), ingen andre luftveissymptomer og god allmenntilstand hvor øvrige husstandsmedlemmer er helt friske og ikke i smittekarantene etter kjent eksponering for covid-19, kan komme til ordinære en-til-en konsultasjoner på poliklinikken*
- Ved dagopphold, innleggelser, prosedyrer og tverrfaglige konsultasjoner med mange involverte håndteres pasienten som "mistanke om smitte" i pretriage

*Unntak: Gjelder ikke barn i skolealder med nyoppståtte symptomer.

4.4.2 Personer med spesielle behov

Pretriageskjema må foreligge på flere språk, og telefontolk må skaffes om nødvendig. Det må legges til rette for personer som har funksjonsutfordringer, og prinsipper for likeverdige helsetjenester må følges.

4.4.3 Ledsagere og andre besøkende

I visse situasjoner kan pasienter være avhengig av ledsagere. Dette kan for eksempel gjelde barn, eldre og personer med funksjonsutfordringer. Pretriage av ledsagere og andre besøkende bør følge de samme kriteriene som for pasienter. Dersom det er mistanke om smitte hos ledsager, bør man om mulig finne en annen ledsager snarere enn å tillate adgang til helsetjenesten. Hvis dette ikke lar seg gjøre, for eksempel hos små barn, må barnet og ledsager begge behandles som ved mistanke om smitte.

4.5 Pretriage – krav til personell

Siden pretriage er en del av behandlingsskjeden, bør pretriage av pasienter gjøres av helsepersonell. Av praktiske grunner vil helsepersonell da også gjøre pretriage av ledsagere. Med helsepersonell menes her personer som har utdanning som inneholder sykdomslære, og som gjør at vedkommende i kraft av sin utdanning og stilling er vant til å snakke med pasienter. Dette inkluderer helsefagarbeidere, sykepleiere, leger, studenter i helsefag og andre med erfaring, taushetsplikt og kunnskap i sykdomslære. Helsesekretærer er ved mange legekontor og poliklinikker vant til å gjøre triage, og kan også gjøre pretriage. Pretriage av besøkende kan foretas av personell med annen yrkesbakgrunn, for eksempel vektere.

For deler av helsetjenesten med stor strøm av personer gjennom pretriage-området, anbefales det at det i tillegg til helsepersonell benyttes vaktpersonell for å holde orden på køen og håndtere ev. konflikter som kan oppstå, for eksempel hvis pasienter eller besøkende nektes adgang.

4.6 Dokumentasjon av gjennomført pretriage

Den som yter helsehjelp har dokumentasjonsplikt (Helsepersonelloven §39). Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (Helsepersonelloven § 40). Smitterisikovurderingen kan medføre en beslutning om utsatt time for elektive pasienter, og eventuelt test for SARS-CoV-2 før behandling for enkelte øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Derfor er denne vurderingen en relevant og nødvendig opplysning om pasientens helsetilstand og om videre helsehjelp som må dokumenteres i journalen. Lovverket gir ikke føringer for hvordan opplysningene skal registreres i journalen. Mulige løsninger er at pretriageskjemaet scannes inn i journal, eller at man ser på dette som et arbeidsnotat der bare hovedpunkter eller konklusjonen nedtegnes i journalen. Her må man vurdere hva som er riktig ut fra ressurser, behov for nøyaktighet og tilgjengelighet til opplysningene. Lokale rutiner må utarbeides for hvordan dette skal gjøres.

Det er ikke dokumentasjonsplikt for gjennomført pretriage-vurdering for ledsagere og besøkende, men helsetjenesten må ha et system som sikrer at pretriage er gjennomført.

Både for pasienter, ledsagere og besøkende kan det i tillegg i noen situasjoner være hensiktsmessig å markere at pretriage er gjennomført ved klistrelapp, skilt eller lignende.

4.7 Smittevern i pretriage

4.7.1 Smittemåter ved covid-19

Covid-19 smitter først og fremst ved dråpe- og kontaktsmitte. Dråpesmitte innebærer smitte fra små dråper (> 5 µm) som raskt faller til bakken. Dersom avstandskrav basert på nasjonale råd kan opprettholdes, trenger ikke personellet benytte personlig beskyttelsesutstyr. Basale smittevernrutiner, herunder god håndhygiene er alltid viktig for å forebygge smitte.

4.7.2 Beskyttelse av personell som utfører pretriage

Personell som gjør pretriage, må beskyttes mot smitterisiko. Dette innebærer bl.a.:

- Om mulig bør det holdes avstand til pasienter og andre personer som ikke medfører krav om bruk av beskyttelsesutstyr i henhold til oppdaterte nasjonale råd
- Beskyttelsesutstyr benyttes om det er usikkert om man klarer å opprettholde denne avstanden i alle situasjoner basert på nasjonale og lokale råd
- Beskyttelsesutstyr for dråpesmitte, inkludert øyebeskyttelse (beskyttelsesbriller eller visir), medisinsk munnbind, smittefrakk og hansker, må være tilgjengelig om pasienten eller andre besøkende skulle bli akutt syk og trenge assistanse, eller om tilstrekkelig avstand ikke er mulig å opprettholde.

I praksis kan det være vanskelig å opprettholde avstandskravet, for eksempel fordi det kan være vanskelig å høre hva som blir sagt.

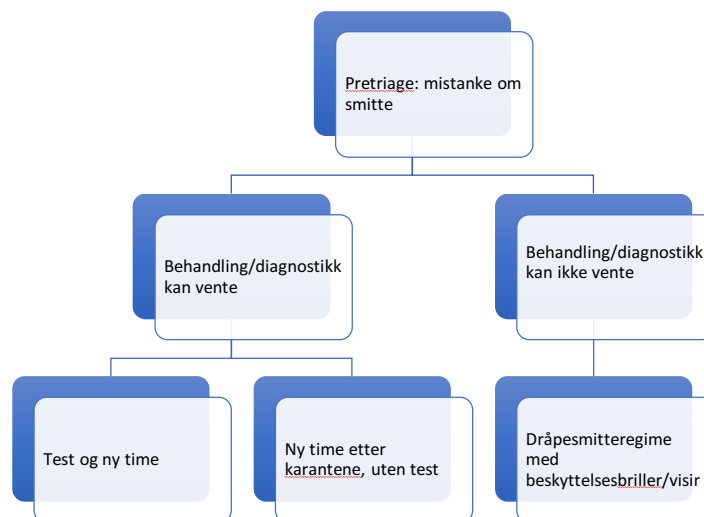
5.7.2 Smitteverntiltak for personer som vurderes i pretriage

Alle som skal inn i helsetjenestens lokaler, bør gjennomføre hånddesinfeksjon på vei inn og på vei ut. Munnbind og hånddesinfeksjon bør være lett tilgjengelig i pretriage-området. Generell bruk av munnbind for alle pasienter, ledsagere og andre besøkende kan være aktuelt — basert på oppdaterte nasjonale råd eller lokale rutiner.

4.8 Videre håndtering ved påvisning av smitterisiko

Øyeblikkelig hjelp skal alltid håndteres med nødvendig grad av hast, og smitterisikovurdering må ikke hindre nødvendig diagnostikk og behandling. I andre situasjoner der pretriage gir mistanke om covid-19, må det først avgjøres om pasienten skal tas imot med nødvendige smitteverntiltak, om pasienten skal testes for SARS-CoV-2 eller om timen skal utsettes. Behandlingsansvarlig lege må vurdere hva som er beste løsning ut fra pasientens helsetilstand og problemstilling. Pasienter som tilfredsstiller karantenekriterier, skal selv ved negativ test behandles som om de har covid-19 og om nødvendig isoleres i henhold til virksomhetens og nasjonale rutiner.

Ved mistanke om smitte anbefales det at helsepersonellet i det videre pasientforløpet benytter beskyttelsesutstyr for dråpesmitteregime med tillegg av øyebeskyttelse (beskyttelsesbriller eller visir). Det samme gjelder under transport til og fra helseinstitusjoner. For intern transport, er det viktig at pasienten ikke berører personer eller gjenstander på vei til bestemmelsesstedet. Ofte løses dette best ved at pasienten transporteres med kirurgisk munnbind i ren seng eller rullestol. Det er vanligvis ikke nødvendig at den som utfører transporten, bruker personlig verneutstyr, med mindre det forventes nærkontakt under transporten.



Figur 2: Pretriage avdekker mistanke om smitte med covid-19: håndtering av pasienten og eventuell endring av pasientforløpet

Pasienter med luftveissymptomer bør alltid få utdelt munnbind i pretriage før de tas inn i helsetjenestens lokaler, også ved negativ covid-19-test. Dette for å hindre sykdom forårsaket av andre luftveivirus, som igjen kan føre til økt behov for testing for å utelukke covid-19.

4.8.1 Avklaringsavdelinger i helseinstitusjoner

I helseinstitusjoner anbefaler vi at pasienter deles i tre kategorier som ikke skal blandes: 1. SARS-CoV-2- positive pasienter, 2. SARS-CoV-2-negative pasienter, 3. Uavklarte pasienter. I påvente av prøvesvar kan pasienter legges på avklaringsrom eller -avdelinger, hvor dråpesmitteregime med øyebeskyttelse (beskyttelsesbriller eller visir) opprettholdes fram til svar på test foreligger. Det er viktig at pasienter med uavklart smittestatus ikke kommer i kontakt med pasienter som har laboratoriebekreftet covid-19.

4.9 Mikrobiologisk testing

Mikrobiologisk testing regnes ikke som en del av pretriage, men kan bli nødvendig som følge av smitterisikovurderingen. Noen ganger kan det være ønskelig også å undersøke om pasienter som ikke tilfredsstillt eksponerings- eller symptomkriterier, er smittet. Dette kalles screening for SARS-CoV-2 og utføres helst ved en metode som påviser virusets arvestoff (PCR). Dette er særlig aktuelt om en pasient skal til et inngrep som medfører særlig stor risiko for smitte av behandlende personell eller at personell i kritiske funksjoner kan bli satt i karantene om SARS-CoV-2 blir påvist i etterkant. Også for pasienten kan det være gunstig å få påvist infeksjon i inkubasjonsfasen før et planlagt større inngrep som senere kan bli komplisert av covid-19. Det er også viktig å huske på at en pasient kan være i inkubasjonstiden og teste negativt, men allikevel utvikle covid-19 de påfølgende dagene. Det vises forøvrig til FHIs [testkriterier for koronavirus \(15\)](#).

4.9 Normaliseringsfase

Ved økende vaksinasjonsdekning og redusert forekomst av covid-19 i befolkningen, bør smitterisikovurdering for covid-19 integreres i den ordinære vurderingen av pasienter, slik

det for eksempel praktiseres med hensyn til resistente mikrober som MRSA. Dette krever mindre ressurser enn opprettholdelse av pretriage, men betyr at det fortsatt skal gjøres en individuell smitterisikovurdering. I denne fasen kan man i større grad basere smitterisikovurderingen på egenrapportering for eksponering og symptomer, fordi konsekvensen av oversett covid-19 vil være mindre grunnet immunitet blant helsepersonell og i befolkningen forøvrig.

Det bør utarbeides informasjonsmaterieill rettet mot pasienter i både kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten med oppfordring om å informere om mulig eksponering eller symptomer på covid-19. Tidspunktet for utfasing av pretriage vil avhenge av lokale smittevernforhold, og må baseres på oppdaterte råd fra nasjonale, regionale og lokale myndigheter.

Referanser:

1. Folkehelseinstituttet – Koronavirus temaside. <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/>. Lest 01.07. 2021.
2. Folkehelseinstituttet – Smittevernveilederen. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/09.-basale-smittevernrutiner-i-hels/>
3. Turcato G, Zaboli A, Pfeifer N. *The COVID-19 epidemic and reorganization of triage, an observational study*. Intern Emerg Med 2020; 15: 1517-1524.
4. Boye SJ, Pettersen Å, Abildsnes E. *Luftveislegevakt*. Tidsskr Nor Laegeforen 2020; 140
5. WHO. *Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community. Interim guidance. 18 March 2020*.
6. Neerland BE, Watne LO, Krogseth M. *Delirium hos pasienter med Covid-19*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2020; 140.
7. European Centre of Disease Prevention and Control (ECDC). *Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings – sixth update. Technical report. 9 February 2021*.
8. Folkehelseinstituttet – Koronavirus temaside. Opphevelse av isolasjon. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/testing-og-oppfolging-av-smittede/opphevelse-av-isolasjon/>
9. Folkehelseinstituttet – Koronavirus temaside. Hjemmekarantene og hjemmeisolering. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/testing-og-oppfolging-av-smittede/hjemmekarantene-og-hjemmeisolering-i-forbindelse-med-covid-19/>
10. Folkehelseinstituttet – Koronavirus temaside. Tiltak i primærhelsetjenesten. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/tiltak-i-primarhelsetjenesten-ved-mistenkt-eller-bekreftet-smitte-med-nytt-/?term=&h=1>
11. Folkehelseinstituttet – Koronavirus temaside. Råd for transport. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/rad-for-transport-av-personer-med-mistenkt-eller-bekreftet-covid-19-sykdom-via-pasientreise/>
12. Folkehelseinstituttet – Koronavirus temaside. Tiltak ved mistenkt og bekreftet smitte. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/tiltak-i-spesialisthelsetjenesten-ved-mistenkt-og-bekreftet-smitte-med-nytt/>
13. Folkehelseinstituttet – Koronavirus temaside. Sykehjem. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/sykehjem-og-smittevern-mot-covid-19/>

14. Molvik, M, Danilelsen, AS, Grøslund M, Telle KE, Eriksen-Volle HM. *Sars-CoV2 blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten*. Tidsskr Nor Lægeforen, 2021; 02.
15. Folkehelseinstituttet – Koronavirus temaside. Testkriterier.
<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/testing-og-oppfolging-av-smittede/testkriterier/>