

TEKNISK RAPPORT

Kontaktopsporing: det offentlige sundhedssystems håndtering af personer, herunder sundhedspersonale, som har været i kontakt med covid-19-tilfælde i Den Europæiske Union — anden opdatering

8. april 2020

Baggrund

Dette dokument skitserer de vigtigste trin i kontaktopsporing, herunder identifikation, registrering og opfølgning af kontakter, i forbindelse med reaktionen på covid-19.

Håndtering af kontakter baseres på den seneste tilgængelige dokumentation, som det fremgår af det følgende.

- De nuværende beregninger viser en gennemsnitlig inkubationstid på fem til seks dage med variationsbredde 1 til 14 dage. Et nyligt modelstudie bekræftede, at det fortsat er klogt at regne med en inkubationstid på op til 14 dage [1,2].
- Et tilfælde kan være smittefarligt allerede op til 48 timer før indsætten af symptomer. Af et nyligt studie fremgik det, at 12,6 % af casestudierne pegede på, at smitteoverførslen var sket præsymptomatisk [3]. Andelen af præsymptomatisk overførsel er desuden blevet udledt ved modellering og er beregnet til — i tilstedeværelse af begrænsende foranstaltninger — ca. 48 % og 62 % i henholdsvis Singapore og Kina (data fra Tianjin) [4]. Andre undersøgelser har ikke vist væsentlig forskel i virustiter hos asymptomatiske og symptomatiske patienter, hvilket viser potentialet for virusoverførsel fra asymptomatiske patienter [5-7].
- Smitteoverførsel menes at finde sted hovedsagelig via dråber fra luftveje, direkte kontakt med inficerede personer, og indirekte kontakt med overflader eller genstande i de nærmeste omgivelser [8]. Nylige eksperimentelle studier under meget kontrollerede forhold har vist overlevelsen af SARS-CoV-2 på forskellige overflader og i aerosol. Der er beskrevet forskellige niveauer af kontaminering af omgivelserne i stuer med covid-19-patienter [9-11].
- Op til 10 % af de rapporterede tilfælde i Kina [12] og op til 9 % af tilfældene i Italien var blandt sundhedspersonale [13]. Nosokomielle udbrud spiller antagelig en vigtig rolle i at forstærke lokale udbrud, og de rammer i uforholdsmæssig grad ældre og sårbare.

Anvendelsesområdet for dette dokument

Sigtet med for dette dokument er at hjælpe de offentlige sundhedsmyndigheder i EU/EØS med at spore og håndtere personer — herunder sundhedspersonale — som har været i kontakt med tilfælde af covid-19. Det bør gennemføres i kombination med ikke-medikamentelle foranstaltninger, hvor dette er hensigtsmæssigt [14].

Formålet med kontaktopsporing

Formålet med at identificere og håndtere kontakter til formodede eller bekræftede covid-19-tilfælde er hurtigt at identificere sekundære tilfælde, der måtte opstå efter smitteoverførsel fra kendte primære tilfælde, med henblik på at gribe ind og afbryde videre smitteoverførsel. Dette opnås ved:

- straks at identificere kontakterne til et sandsynligt eller bekræftet tilfælde af covid-19
- at informere kontakterne om selvkarantæne, forsvarlig håndhygiejne og luftvejsetikette, og rådgive dem om, hvad de skal gøre, hvis de får symptomer
- rettidigt at teste alle med symptomer gennem laboratorietests.

Kontaktopsporing er en afgørende foranstaltning til at bekæmpe den igangværende covid-19-epidemi, kombineret med aktiv identifikation og testning, og er synergistisk med andre foranstaltninger såsom fysisk distancering. Hvert land vil skulle tilpasse sin reaktion efter den lokale epidemiologiske situation og de disponible ressourcer. I den periode, hvor der kun observeres sporadiske tilfælde, kan strikse foranstaltninger til kontaktopsporing reducere videre smitteoverførsel og få stor indflydelse på spredningen af udbruddet. Giver ressourcerne mulighed for det, bør det dog også overvejes at anvende sådanne foranstaltninger i geografiske områder med mere udbredt smitteoverførsel. Selv om man ikke identificerer og sporer alle kontakter til hvert tilfælde, kan kontaktopsporing alligevel bidrage til at reducere smitteoverførslen, når det kombineres med andre foranstaltninger såsom fysisk distancering [15-17].

Ny evidens fra reaktionen i Kina og Singapore har vist, at effektiv kontaktopsporing har været medvirkende til at forkorte tiden mellem symptomindsættelsen og isolation, og at det væsentligt kan have mindsket sandsynligheden for videre smitteoverførsel [18], [19]. Kontaktopsporing og karantæne er også blevet anvendt i perioder med udbredt smitteoverførsel i Wuhan og Sydkorea, kombineret med en række andre foranstaltninger [12, 20]. Kontaktopsporing bidrager derudover til at skaffe bedre indsigt i covid-19's epidemiologi.

De lande i EU/EØS, som stadig har et **begrænset antal tilfælde**, bør rette indsatsen fra deres offentlige sundhedssystem mod at identificere tilfælde og spore kontakter til dem.

I lande med **udbredt smitteoverførsel** i visse regioner, men begrænset smitteoverførsel i andre, spiller kontaktopsporing en vigtig rolle i at inddæmme udbruddet i sådanne mindre berørte områder og i lukkede miljøer (f.eks. fængsler og plejehjem). Kontaktopsporing bør stadig overvejes for områder med mere udbredt smitteoverførsel, hvor det er muligt, og bør kombineres med foranstaltninger til fysisk distancering. Er ressourcerne begrænsede, bør man først opspore højrisikokontakter (tætte kontakter) og kontakter, som er sundhedspersonale eller arbejder med sårbare befolkningsgrupper, derefter flest mulige kontakter med lavrisikoeksponering [21]. I områder med udbredt omløb af virus bør kontaktopsporing i det mindste foretages for tilfælde, der opstår i særlige miljøer som plejehjem, fængsler, flygtningelejre osv., for at mindske smitteoverførsel og afbøde konsekvenserne for sårbare befolkningsgrupper. Kontaktopsporing bør desuden finde sted, hvis tilfældet er sundhedsperson, og bør være rettet mod kontakter på hospitaler eller i almen praksis for hurtigt at identificere potentielt sårbare eksponerede personer. Men selv om der ikke foretages kontaktopsporing for alle tilfælde, når der ses stor smittespredning, skal den gennemføres ekstensivt, så snart smittespredningen i lokalsamfundet aftager.

For lande, der i en periode har brugt strenge foranstaltninger til **fysisk distancering** for at søge at afbryde smittekæden, bør man efter **ophævelse af foranstaltningerne til fysisk distancering** prioritere påvisning, herunder kontaktopsporing, for at mindske risikoen for yderligere eskalering. I perioder med nedlukning bør landene søge at revidere de eksisterende offentlige sundhedssystemer med henblik på at fastlægge den optimale gennemførelse og timing af styrkede foranstaltninger til kontaktopsporing.

ECDC har offentliggjort en teknisk rapport om de nødvendige ressourcer til kontaktopsporing, karantæne og overvågning [21]. Sidst i dette dokument er skitseret en række resourcebesparende foranstaltninger.

Definition af "kontakt"

Kontakter til covid-19-tilfælde er alle, der har været i kontakt med et covid-19-tilfælde (tabel 1) inden for 48 timer før symptomernes indsettelse til 14 dage efter symptomernes indsettelse.

Har der ikke været symptomer hos det pågældende tilfælde, defineres en kontakt som en person, der har været i kontakt med tilfældet i tidsrummet fra 48 timer før den prøvetagning, der har ledt til bekræftelse, indtil 14 dage efter prøvetagningen.

Den tilknyttede smitterisiko afhænger af eksponeringsniveauet, som igen afgør arten af håndtering og overvågning (tabel 1) [22].

Tabel 1. Klassificering af kontakt efter eksponeringsniveau

Højrisikoeksponering (tætte kontakter)	Lavrisikoeksponering
En person: - som har haft kontakt ansigt-til-ansigt med et covid-19-tilfælde inden for 2 m i over 15 minutter - som har været i fysisk kontakt med et covid-19-tilfælde - som har haft ubeskyttet direkte kontakt med smittefarlige sekreter fra et covid-19-tilfælde (f.eks. ved at blive hostet på) - som har befundet sig i lukkede omgivelser (f.eks. husstand, klasselokale, mødelokale, hospitalsventeværelse osv.) sammen med et covid-19-tilfælde i over 15 minutter - som har siddet i et fly inden for to sæder (i enhver retning) fra covid-19-tilfældet, har været rejsefælle eller omsorgsgiver, eller har været besætningsmedlem og gjort tjeneste i den del af flyet, hvor det pågældende tilfælde har siddet [23] (hvis symptomernes sværhed eller det pågældende tilfældes bevægelse indikerer mere omfattende eksponering, kan passagererne i hele denne del af flyet eller alle dets passagerer betragtes som tætte kontakter) - som er en sundhedsperson eller en anden person, der er plejegiver til et covid-19-tilfælde, eller er laboratoriepersonale, som har håndteret prøver fra et covid-19-tilfælde uden at have brugt de anbefalede personlige værnemidler, eller hvor disse har været defekte [24].	En person: - som har haft kontakt ansigt-til-ansigt med et covid-19-tilfælde inden for en afstand af 2 m i mindre end 15 minutter - som har befundet sig i et lukket miljø sammen med et covid-19-tilfælde i mindre end 15 minutter - som har rejst sammen med et covid-19-tilfælde uanset transportform* - som er en sundhedsarbejder eller en anden person, der er plejegiver til et covid-19-tilfælde, eller som er laboratoriepersonale, der håndterer prøver fra et covid-19-tilfælde og bruger de anbefalede personlige værnemidler [24].

* Bortset fra at sidde i et fly som specificeret i det pågældende punkt i venstre kolonne.

Længere kontaktvarighed antages at øge risikoen for smitteoverførsel; grænsen på 15 minutter er sat vilkårligt af praktiske grunde. Nogle personer, der har haft mere kortvarig kontakt med det pågældende tilfælde, kan de offentlige sundhedsmyndigheder vælge at betragte som højrisikoeksponerede ud fra individuelle risikovurderinger.

Hvis sundhedspersonalet kun bruger en del af det anbefalede sæt personlige værnemidler, øger dette deres eksponering og dermed risikoen.

Vigtige skridt efter at et tilfælde er identificeret

Identifikation og registrering af kontakter

Så snart de offentlige sundhedsmyndigheder har konstateret et bekræftet eller sandsynligt tilfælde, er deres næste skridt:

- at interviewe det pågældende tilfælde for at få oplysninger om det kliniske forløb og om mulige kontakter, der har fundet sted fra 48 timer før indsættelsen af symptomer og indtil tilfældet er blevet isoleret. Dette bør om muligt ske via telefonopkald. Nogle tilfælde kan være indlagt eller er måske i dårlig tilstand; hospitalspersonalet eller den behandlende læge kan i så fald bidrage til at skaffe oplysninger, enten direkte fra det pågældende tilfælde eller fra nære familiemedlemmer.
- at opspore kontakterne, og klassificere dem som højrisikoeksponerede ("tætte kontakter") eller lavrisikoeksponerede, som beskrevet i tabel 1 ovenfor. Der bør desuden skaffes oplysninger om, hvorvidt kontakten tilhører en gruppe med risiko for svær covid-19, eller arbejder med sårbare befolkningsgrupper (f.eks. med pleje af ældre eller immunsvækkede)
- at tilrettelægge testning af symptombærende kontakter for SARS-CoV-2 (se ECDC's webside om [laboratoriestøtte til covid-19](#) og [WHO's anbefalinger om teststrategi](#))
- at opspore de identificerede kontakter, kommunikere med dem, og informere dem om passende foranstaltninger til smittebekæmpelse, symptomovervågning og andre forholdsregler såsom nødvendigheden af karantæne.

Opfølgning af kontakter

Alt efter eksponeringsrisikoen bør enkeltpersoner og offentlige sundhedsmyndigheder overveje en række tiltag (tabel 2).

Kontakter med højrisikoeksponering bør overvåges aktivt af de offentlige sundhedsmyndigheder, mens kontakter med lavrisikoeksponering kan selvovervåge symptomer og samtidig overholde fysisk distancering og undgå

rejser. For kontakter med højrisikoeksponering bør der overvejes karantæne [14]. Opstår der sygdomssymptomer, bør kontakten straks selvisolere sig og søge lægerådgivning, helst først telefonisk, og altid følge anbefalingerne fra de nationale/lokale myndigheder.

Tabel 2. Vigtigste tiltag til håndtering af kontakter

Tiltag	Højrisikoeksponering (tætte kontakter)	Lavrisikoeksponering
Individuelle	I et tidsrum af 14 dage efter den sidste eksponering for et covid-19-tilfælde bør højrisikokontakter rådes til: - at gå i karantæne i hjemmet, hvis det er muligt*. Er dette ikke muligt, at overholde fysisk distancering og undgå at rejse - dagligt at overvåge sig selv for covid-19-forenelige symptomer, herunder feber af ethvert omfang, hoste, træthed og vejrtrækningsbesvær - dagligt at tage og registrere temperaturen (kontakter bør undgå feberstillende lægemidler et par timer før de tager temperaturen) - fortsat at kunne kontaktes af offentlige sundhedsmyndigheder - at gennemføre streng håndhygiejne og luftvejsetikette - ved symptomer på sygdom straks at isolere sig selv, søge lægerådgivning, helst telefonisk, og følge anbefalingerne fra de nationale/lokale myndigheder.	I et tidsrum af 14 dage efter den sidste eksponering for et covid-19-tilfælde bør lavrisikokontakter rådes til: - dagligt at overvåge sig selv for covid-19-forenelige symptomer, herunder feber af ethvert omfang, hoste, træthed og vejrtrækningsbesvær - at overholde fysisk distancering og undgå at rejse - at gennemføre streng håndhygiejne og luftvejsetikette - ved symptomer på sygdom straks at isolere sig selv, søge lægerådgivning, helst telefonisk, og følge anbefalingerne fra de nationale/lokale myndigheder.
Offentlige sundhedsmyndigheder	I en periode på 14 dage efter den sidste eksponering for et covid-19-tilfælde: - aktivt at følge op på kontakterne (f.eks. daglige telefonopkald, e-mails eller tekstbeskeder). Kontakter kan tilskyndes til også proaktivt at kontakte de offentlige sundhedsmyndigheder uden for den planlagte opfølgning, så snart de får eventuelle forenelige symptomer - om muligt at teste kontakter, der får covid-19-forenelige symptomer** - hvis testen er negativ, at fortsætte de enkelte tiltag i 14 dage efter den sidste eksponering - hvis testen er positiv, at anmelde tilfældet og indlede kontaktopsporing.	I en periode på 14 dage efter den sidste lavrisikoeksponering for et covid-19-tilfælde: - at tilskynde lavrisikokontakter til proaktivt at kontakte de offentlige sundhedsmyndigheder, hvis de får forenelige symptomer - hvis kontakten får covid-19-forenelige symptomer, at følge samme skridt som for højrisikokontakter. På grundlag af individuelle risikovurderinger kan de offentlige sundhedsmyndigheder overveje at udelukke lavrisikokontakten fra at tage på arbejde, hvis denne arbejder med sårbare befolkningsgrupper (f.eks. yder ældreomsorg).

* Jf. ECDC's tekniske rapport "Infection prevention and control in the household management of people with suspected or confirmed coronavirus disease (COVID-19)". [25].

** Jf. ECDC's "Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19 – first update" [26].

Ressourcemæssige hensyn

Kontaktopsporing kan være ressourcekrævende. Hvert land må tilpasse sin reaktion efter den lokale epidemiologiske situation og de disponible ressourcer. Disse ressourcer kan forstærkes ved at rekruttere ikke-medicinsk personale, herunder frivillige, hvis der kan sørges for tilstrækkelig databeskyttelse, oplæring og tilsyn. Der kan også overvejes at benytte andre tilgængelige ressourcer, således callcentre beregnet til andre formål. Ressourcebesparende foranstaltninger kan være at lade tætte kontakter gå over til egenovervågning i stedet for daglige opkald, eller at indføre en app eller et andet onlineværktøj til at hjælpe med overvågningen [27,28]. For at gøre det muligt at opskalere kontaktopsporingen kan kontakter også kontaktes og informeres via tekstbeskeder i stedet for telefonopkald [28]. WHO har udviklet værktøjet [Go.Data](#), som giver mulighed for mere effektiv kontaktopsporing; dette værktøj gør det muligt hurtigt at følge op på kontakter, visualisere smittekæderne og udveksle data.

Hvis ressourcerne bliver for begrænsede til at teste symptombærende kontakter, bør alle symptombærende kontakter anbefales at isolere sig og bør håndteres som tilfælde [26].

Anvendelse af kontaktopsporingsdata som input til reaktion

Der bør sammenstilles data fra undersøgelser om kontaktopsporing, som analyseres på lokalt og/eller nationalt plan for at lære af undersøgelserne og give input til reaktionen. Eksempler herpå er at få indsigt i smitte- og

angrebshastigheden, at identificere og dokumentere de omgivelser, hvor smitteoverførslen finder sted, og at få indsigt i effektiviteten af de forskellige afbødende foranstaltninger, såsom fysisk distancering.

I bilaget findes en algoritme til håndtering af kontakter til sandsynlige eller bekræftede covid-19-tilfælde.

Bidragende eksperter fra ECDC (i alfabetisk rækkefølge)

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

Referencer

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

17. Peak CM, Kahn R, Grad YH, Childs LM, Li R, Lipsitch M, et al. Modeling the comparative impact of individual quarantine vs. active monitoring of contacts for the mitigation of COVID-19. medRxiv. 2020.
18. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The Lancet. 2020 2020/02/15/;395(10223):507-13.
19. Bi Q, Wu Y, Mei S, Ye C, Zou X, Zhang Z, et al. Epidemiology and transmission of COVID-19 in Shenzhen China: Analysis of 391 cases and 1 286 of their close contacts. medRxiv. 2020.
20. Choe YJ. Coronavirus disease-19: Summary of 2 370 contact investigations of the first 30 cases in the Republic of Korea. medRxiv. 2020.
21. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Resource estimation for contact tracing, quarantine and monitoring activities in the EU/EEA [internet]. Stockholm: ECDC; 2020 [accessed 11 March 2020]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/resource-estimation-contact-tracing-quarantine-and-monitoring-activities-covid-19>.
22. World Health Organization (WHO). Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts [internet]. Geneva: WHO; 2020 [accessed 4 February 2020]. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts).
23. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft (RAGIDA) – Middle east respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV). Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/infectious-diseases-transmitted-on-aircrafts-ragida-risk-assessment-guidelines.pdf>.
24. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Infection prevention and control for the care of patients with 2019-nCoV in healthcare settings 2020 [accessed 20 February 2020]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-care-patients-2019-ncov-healthcare-settings>.
25. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Infection prevention and control in the household management of people with suspected or confirmed coronavirus disease (COVID-19) [accessed 31 March 2020]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-control-household-management-covid-19>.
26. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19 - first update) [accessed 8 April 2020]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-guidance-discharge-and-ending-isolation-first%20update.pdf>.
27. TheJournal.ie. 80 defence forces cadets are being trained in Covid-19 contact tracing [internet]. Dublin: TheJournal.ie; 13 March 2020 [accessed 23 March 2020]. Available from: <https://www.thejournal.ie/defence-forces-cadets-trained-in-coronavirus-contact-tracing-5046020-Mar2020/>.
28. Personal communication, 23 March 2020: Greg Martin, specialist in public health medicine, Health Service Executive, Ireland.

Bilag

Algoritme for håndtering af kontakter til sandsynlige eller bekræftede covid-19-tilfælde

