

- update 25.08.20 | 15.00 uur

Behandeladvies COVID-19 Acute fase en nazorg

**voor SO en AVG in verpleeghuizen, instellingen voor
verstandelijk gehandicapten, woonzorgcentra en
kleinschalige woonvoorzieningen (mits
hoofdbehandelaar)**

Inhoud

Meeleesgroep.....	4
Inleiding	5
1 Definities, afbakening en algemene opmerkingen.....	5
1.1 Definities.....	5
1.2 Afbakening.....	6
1.3 Algemene opmerkingen	6
Algemene preventie in de instelling.....	7
2.1 Basis hygiënemaatregelen voor alle patiënten, medewerkers en vrijwilligers.....	7
2.2 Organisatorische maatregelen	8
2.3 Maatregelen voor bezoekers.....	8
2.3.1 Maatregelen in geval van bezoek met (klachten van) COVID-19.....	8
3 Testen, algemene uitgangspunten	9
4 Patiënt met (verdenking op) COVID-19.....	9
4.1 Patiënt met verdenking op COVID-19	9
4.2 Bevestigde COVID-19 patiënt	10
4.2.1 Melden en bron- en contactonderzoek.....	10
4.2.2 Behandeling COVID-19	10
4.2.3 Palliatieve fase.....	12
5 Maatregelen bij patiënten met (een mogelijke) COVID-19 en bij (mogelijk) onbeschermd contact.....	12
5.1 Algemeen.....	12
5.2 Isolatie en cohortering	12
5.3 Quarantaine.....	13
5.4 Persoonlijke beschermingsmiddelen medewerkers (druppelcontact)	14
5.4.1 Patiënt met (verdenking op) COVID-19.....	14
5.4.2 Patiënt na onbeschermd contact (quarantaine)	15
5.4.3 Overige situaties	15
5.5 Reiniging en desinfectie.....	15
5.6 Maatregelen voor bezoek aan een patiënt met (verdenking op) COVID-19.....	15
5.7 Overige maatregelen	15
6 Opheffen maatregelen	16
6.1 Algemeen.....	16

6.2 Opheffen maatregelen per type isolatie	16
6.3 Maatregelen rondom herstelde patiënten	17
7 Maatregelen bij medewerkers met een besmettingsrisico en bij medewerkers (of hun huisgenoten/ nauwe contacten) met klachten passend bij COVID-19	17
8 Overlijden	17
9 Overige maatregelen	17
9.1 Maatregelen bij polikliniekbezoek	17
9.2 Maatregelen bij (meerdaagse) uitstapje	18
9.3 Overige maatregelen	18
10 Maatregelen in een (dreigende) crisissituatie.....	19
10.1 Algemene opmerkingen	19
10.2 Schaarste	19
10.3 Organisatorische maatregelen	19
10.4 Bezoek tijdens de stervensfase in geval van een algehele/gedeeltelijke bezoekbeperking	20
Dankwoord	20
Bijlage A: Cohortering.....	21
Doel.....	21
Werkwijze.....	21

Meeleesgroep

Namens Verenso:

- Wilma Albers
- Jessica Edwards van Muijen
- Paul van Houten
- Ingrid Pladdet
- Martin Smalbrugge

Namens NVAAG:

- Gerjanne Vlasveld

Incidenteel meelezende externen/adviseurs:

- Andrea Eikelenboom (deskundige infectiepreventie)
- Leslie Isken (RIVM/LCI) (tot 1-8-2020)
- Eliane Thewessen (vanaf 1-8-2020)
- Simone Krooswijk ((deskundige infectiepreventie)
- Jolande Nelson (deskundige infectiepreventie)

Inleiding

Het behandeladvies *COVID-19 Acute fase en nazorg voor verpleeghuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, woonzorgcentra en kleinschalige woonvoorzieningen (mits hoofdbehandelaar)* van Verenso en NVAVG is opgesteld voor medische zorg aan de patiënten/cliënten¹ van specialisten ouderengeneeskunde (so) en artsen verstandelijk gehandicapten (avg). Dit doen wij in afstemming met een aantal meelezende so/avg, het RIVM/LCI (Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding), ActiZ en Vereniging Gehandicapten Nederland. Voor dit behandeladvies volgen we voor de infectiepreventie/uitbraakmaatregelen de [richtlijnen van het RIVM/LCI](#). Waar wordt afgeweken wordt dit toegelicht. COVID-19 is een nieuw ziekte, gaandeweg wordt meer bekend op basis waarvan we dit document zullen updaten.

Vragen en opmerkingen over (de inhoud van) dit document kunt u mailen aan richtlijnen@verenso.nl. Voor Verensoleden: goede voorbeelden voor de aanpak van corona kunnen worden gedeeld via het Prikbord op de website van Verenso.

Belangrijkste wijzigingen t.o.v. voorgaande versie:

- Gewijzigd: quarantainetermijn
- Toegevoegd: maatregelen bij medewerkers met een besmettingsrisico in verband met terugkeer uit oranje/rode COVID-19 risicogebieden.
- Toegevoegd: maatregelen bij polikliniekbezoek en uitstapjes (overname uit eerder gepubliceerd document)

Alle relevante wijzigingen zijn vet gedrukt.

1 Definities, afbakening en algemene opmerkingen

1.1 Definities

- *Bevestigde patiënt*: bevestigd conform laboratorium middels RT-PCR.
- *Casusdefinitie Verenso/NVAVG verdachte patiënt*²: de patiënt heeft last van minimaal één van de volgende symptomen:
 - hoesten
 - koorts of een koortsachtig gevoel. N.B. Ouderen of meervoudig gehandicapten ontwikkelen niet altijd koorts maar kunnen wel een koortsachtig gevoel hebben
 - kortademigheid
 - verkoudheidsklachten (rinorroe, keelpijn, verkouden)
 - atypische klachten en klachten niet passend bij bekende episodes of verklaarbaar zijn door onderliggende bekende oorzaak, zoals vermoeidheid, algehele malaise delier/verwardheid/sufheid, keelpijn, diarree, misselijkheid/braken.
N.B. Beoordeel het voorkomen van deze symptomen in de context van de prevalentie in de populatie. Bij een hoge prevalentie is de kans groter dat deze symptomen wijzen op een Covid-19 besmetting dan bij een lage prevalentie.

Bron: [factsheet 2 COVID-19 bij verpleeghuisbewoners, symptomen en beloop](#) (Amsterdam UMC, juni 2020)

- *Cohort*: een groep van patiënten die is afgescheiden van andere patiënten met als doel zieken, mogelijk zieken en niet-zieken alsmede de medewerkers die zorg verlenen aan deze patiënten zoveel mogelijk (preventief) van elkaar te scheiden.
- *Contacten in kader van bron- en contactonderzoek*: zie [LCI-richtlijn COVID-19](#). Er wordt onderscheid gemaakt in huisgenoten en nauwe en overige contacten.
- ***Incubatietijd: 2-14 dagen (gemiddeld 5-6 dagen)***. Bron: [LCI-richtlijn COVID-19](#).
- *Isolatie*: isolatie in 1-persoonskamer.

¹ In de rest van het document zal vooral de term patiënt worden gebruikt omwille van de leesbaarheid.

² Het RIVM hanteert geen casusdefinitie meer maar adviseert dat iedereen met klachten passend bij COVID-19 zich kan laten testen.

- *Onbeschermd contact*: contact dat plaatsvindt zonder persoonlijke beschermingsmiddelen tussen een geïnficeerd persoon en een niet-geïnficeerd persoon.
- *Periode onbeschermd contact*: termijn van 2 dagen (in verband met mogelijk pre-symptomatische overdracht³) vóór het ontstaan van klachten tot het ingaan van isolatiemaatregelen.
- *Quarantaine(cohort)*: periode van **10 dagen** na (mogelijk) onbeschermd contact in een cohort of op een 1-persoonskamer (indien mogelijk geclusterd). Het betreft een cohort waar geen in- en uitstroom van patiënten plaatsvindt, bij instroom gaat de termijn van **10 dagen** opnieuw lopen. **De 10 dagen quarantaine wordt gevolgd door een gezondheidscheck bij de patiënt op dag 10-14 (=maximale incubatietijd).**
- *Uitbraak*: er is sprake van een uitbraak als er 1-2 bevestigde COVID-19 patiënten zijn op een afdeling/unit/woongroep.
Toelichting: technisch gezien is sprake van een uitbraak bij minimaal 2 gevallen. Bij COVID-19 is het advies om reeds uitbraakmaatregelen te nemen bij 1 geval, omdat de kans op verspreiding zeer groot is. Uitzondering is een beheersbare situatie met 1 bevestigd geval waarbij er geen aanwijzingen zijn voor verspreiding.

1.2 Afbakening

Dit behandeladvies betreft de acute fase en nazorg van patiënten met (mogelijk) COVID-19. Voor patiënten met een indicatie voor geriatrische revalidatie (GRZ) wordt verwezen naar het [Verenso behandeladvies Post-COVID-19 GRZ](#).

1.3 Algemene opmerkingen

- Dit document is een (behandel)advies, indien van toepassing, kan/moet worden afgeweken van dit (behandel)advies.
- Dit document kan niet los worden gezien van de [handreiking 'Infectiepreventie en antibioticaresistentie: rol van de so/avg'](#).
- Dit document beschrijft grotendeels de maatregelen in een niet-crisissituatie. Hoofdstuk 9 beschrijft maatregelen in tijden van een crisissituatie.
- Houdt continu ontwikkelingen met betrekking tot testen op en preventie en behandeling van COVID-19 in de gaten.
- Monitor lokale, regionale en landelijke ontwikkelingen/prevalentiecijfers rondom COVID-19 via nieuws(brieven) en documentatie van Verenso, ActiZ, berichtgeving van het RIVM en indien van toepassing de regionale ABR zorgnetwerken en [MUIZ](#) (Meldpunt Uitbraken Infectieziekten & BRMO (actief in regio Zuid-West Nederland)).
- Schaal zo nodig maatregelen op en af. Zie hiervoor ook het document '[Opstarten intramurale medische zorg in tijden van COVID-19](#)'. Beschrijf scenario's voor de eigen instelling en de maatregelen die hierbij horen.
- Zoek proactief regionale samenwerking met andere verpleeghuizen/vakgroepen, de GGD, ziekenhuis/-huizen in het adherentiegebied e.d. bijvoorbeeld in het kader van verdelen van persoonlijke beschermingsmiddelen in tijden van schaarste, concentreren van bevestigde COVID-19 patiënten.
- Zoek afstemming en informatie-uitwisseling met de GGD, bijvoorbeeld over bron- en contactonderzoek, regionale prevalentiecijfers/lokale clusters en over positieve medewerkers zodat tijdig maatregelen kunnen worden ingezet.
- Zorg voor een crisisstructuur met uitbraakteams die opnieuw geactiveerd kunnen worden bij een nieuwe uitbraak/regionale verheffing.
- In geval van uitbraak:
 - formeel een uitbraakteam en in geval van een grote(re) organisatie met meerdere locaties een overkoepelend crisisteam.
 - maak gebruik van expertise op het gebied van infectiepreventie (infectiepreventie-deskundige en/of arts-microbioloog).
- We hebben de verantwoordelijkheid om:

³ Bron: [Inhoudelijke onderbouwing met betrekking tot a-, pre- en vroegsymptomatische transmissie SARS-CoV-2](#) (LCI/RIVM)

- verspreiding waar mogelijk te voorkomen en medewerkers en patiënten te beschermen. Deze verantwoordelijkheid is niet absoluut maar behelst het zoeken van een balans tussen maatregelen en de kwaliteit van leven en vraagt om proportioneel handelen.
- tot het nemen van verantwoorde keuzes bij het insturen van patiënten naar het ziekenhuis/opname IC voor onze kwetsbare populatie die meestal een slechte prognose heeft en deze keuze toe te lichten aan de patiënt(vertegenwoordiger). Zie ook de [Leidraad](#) 'Triage behandeling thuis, verpleeghuis of ziekenhuis bij ouderen met COVID19' of de [Leidraad](#) 'Verwijzing van de volwassen patiënt met een verstandelijke beperking en (verdenking op) COVID-19'. Voor de VG-sector is een [medisch paspoort](#) ontwikkeld. Het is een hulpmiddel voor overdacht van cliënten met een beperking aan het ziekenhuis waarbij men een snel beeld krijgt van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en een inschatting te kunnen maken of de cliënt een IC-opname aankan.
- Zet stevig in op de algemene infectiepreventiemaatregelen, vroegtijdige signalering, screening en isolatie/cohortering van (verdachte) patiënten met COVID-19 en patiënten met (mogelijk) onbeschermd contact is van groot belang, alsmede het detecteren van en instellen van maatregelen bij medewerkers met onbeschermd contact.
- Registreer de bevestigde en de mogelijke COVID-19 ziektegevallen om zicht te krijgen op verspreiding en zinnige inzet van beschermende middelen en cohortverpleging. Verschillende elektronische dossiers bieden dit aan. In de VG-sector wordt verzocht om te registreren via de database van '[Sterker op eigen benen](#)'.
- Blijf, ook in tijden van lage (regionale) prevalentie, alert op mogelijke verdenkingen van COVID-19.
- Wijs één so/avg aan als coördinator. Dit is ook degene die contact onderhoudt met de GGD. Taken zijn bijvoorbeeld:
 - Zorgt dat de vakgroep (inclusief AIOS'en, basisartsen en verpleegkundig specialisten) continu op de hoogte is van (nieuwe) informatie over het coronavirus. Informatie is te vinden op de RIVM-website, deze informatie is leidend.
 - Onderhoud contact en zoek afstemming met de GGD, afdeling Infectieziekten.
 - Zorgt zo nodig voor aansluiting en overleg met (coördinerend) so/avg van collega zorgorganisaties in de regio. Zorg voor (digitale of telefonische) betrokkenheid bij regio-overleg van GGD/GHOR.
- Zorg dat alle afspraken over eventueel niet-behandelen op basis van advance care planning goed gedocumenteerd in de patiëntendossiers is terug te vinden. Voor de VG-sector is er een '[Gespreksformat ACP en Corona](#)' ontwikkeld.
- Verwijs collega's, patiënten/familie en medewerkers naar de informatie op de site van het RIVM.
- Het RIVM heeft een speciale informatielijn voor vragen over coronavirus geopend. Het nummer is 0800-1351. Bezorgde familieleden kunnen naar dit nummer worden verwezen.

Algemene preventie in de instelling

2.1 Basis hygiënemaatregelen voor alle patiënten, medewerkers en vrijwilligers

- Extra aandacht voor de normale hygiënemaatregelen bij alle patiënten: handhygiëne, hoest/nieshygiëne, persoonlijke hygiëne van medewerkers t.a.v. hand- en polssieraden en kleding.
- Hanteer de 1,5 meter-regel, daar waar mogelijk, voor zowel patiënten als medewerkers onderling.
- Zorgvuldig gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen bij andere indicaties dan COVID-19 door strikte naleving van protocollen, om onnodig gebruik en schaarste te voorkomen.
- Stimuleer patiënten om regelmatig de handen te desinfecteren of te wassen, in ieder geval voor de maaltijd en na toiletgang.

2.2 Organisatorische maatregelen

- Minimaliseer verplaatsingen van zorgprofessionals tussen locaties/afdelingen/woongroepen. Zorgprofessionals werken (zoveel mogelijk) in cohorten bij een vaste (groep van) patiënten. In geval van introductie van een (mogelijke) besmetting van een patiënt óf een medewerker is dan snel te achterhalen wie van de patiënten of medewerkers (mogelijk) onbeschermd contact had.

2.3 Maatregelen voor bezoekers

- Het kabinet heeft per 24 juni 2020 de landelijke bezoeksbeperking opgeheven, mits er geen besmetting is. De effecten op de verspreiding van COVID-19 worden gemonitord.
- Zie de [handreiking](#) van ActiZ e.a. voor de bezoeksregeling voor de VVT-sector. In de handreiking is de notitie [Medisch handelen bij bezoek in verpleeghuizen ten tijde van COVID-19](#) opgenomen als bijlage.
- Zie de [handreiking](#) van VGN e.a. voor de bezoeksregeling voor instellingen voor verstandelijk gehandicapten.
- Zie paragraaf 5.6 voor maatregelen voor bezoek aan een patiënt met (verdenking op) COVID-19.
- In geval van een uitbraak beslist het bestuur op advies van het crisis/uitbraakteam of opnieuw een (afdelingsgewijze) bezoeksbeperking nodig is. De handreiking van ActiZ e.a. kan tevens worden gebruikt voor het opschalen van een bezoeksbeperking en het gefaseerd afschalen erna. In locaties met een (afdelingsgewijze) bezoeksbeperking wordt een uitzondering gemaakt voor bezoek aan/het afscheid nemen van patiënten in de stervensfase. Creëer dan een situatie dat de patiënt naar een andere, 'afgelegen' kamer in het verpleeghuis wordt gebracht waar het bezoek niet/zo min mogelijk de normale loop van andere patiënten en medewerkers kruist.

2.3.1 Maatregelen in geval van bezoek met (klachten van) COVID-19

- Bezoekers met (klachten van) COVID-19 worden:
 - geweerd in de instelling;
 - geadviseerd zich te laten testen zover dat nog niet is gebeurd;
 - bevraagd of zij tijdens de periode van klachten en/of twee dagen voorafgaand aan start van de klachten:
 - op bezoek zijn geweest;
 - zo ja, met welke bewoner(s)/medewerkers/vrijwilligers zij gedurende deze periode;
 - ✓ >15 minuten op meer dan 1,5 meter contact hebben gehad en de 1,5 meter in acht hebben genomen (contact is overige contact);
 - ✓ >15 minuten op minder dan 1,5 meter in contact hebben de 1,5 meter *niet* in acht hebben genomen (contact is nauw contact);
 - ✓ gedurende <15 minuten
 - zo ja, continu een neusmondmasker hebben gedragen.
- Maatregelen bij bewoner(s) waarmee contact is geweest:
 - In geval de bezoeker *niet* op bezoek is geweest met klachten van COVID-19, dan wel twee dagen daaraan voorafgaand, dan wel <15 minuten contact heeft gehad of continue een mondmasker heeft gedragen: geen maatregelen nodig.
 - In geval de bezoeker *wel* op bezoek is geweest met klachten van COVID-19 dan wel twee dagen daaraan voorafgaand:
 - Tot aan testuitslag bezoeker: quarantaine met of zonder type bewegingsvrijheid afhankelijk van type contact (overig of nauw) en instrueerbaarheid: zie paragraaf 5.3. Zodra klachten: patiënt isoleren en testen.
 - ✓ Testuitslag bezoeker negatief: quarantaine patiënt opheffen.
 - ✓ Testuitslag bezoeker positief: quarantaine patiënt vervolgen conform paragraaf 5.3. Zodra klachten: patiënt isoleren en testen. Bezoeker mag weer op bezoek komen indien 24 uur symptoomvrij en minimaal 7 dagen na start klachten.
- Maatregelen bij medewerkers: zie hoofdstuk 7.

3 Testen, algemene uitgangspunten

- Testbeleid: het testbeleid voor de langdurige zorg is gericht op laagdrempelig testen voor optimaal infectiepreventie-en uitbraakbeleid in instellingen.
- Voor COVID-19-diagnostiek is een gevalideerde PCR of andere nucleïnezuur-amplificatietest de eerste, aangewezen test.
- *Casefinding*: iedere patiënt met verdenking op COVID-19 (zie Verenso casusdefinitie verdachte patiënt) wordt laagdrempelig getest. De so/avg maakt zelf een inschatting of en wie er getest moet worden.
- Zorg dat de instelling zelf voldoende testsets op voorraad heeft via de GGD of neem contact op met het eigen laboratorium. Een volledige lijst van laboratoria dat een SARS-CoV-2-test aanbiedt is te vinden in de bijlage [Aanvullende informatie diagnostiek](#) van de LCI-richtlijn COVID-19. Overleg met het laboratorium of er mogelijkheid is tot sneldiagnostiek.
- Stem met het laboratorium af of ook andere virale diagnostiek gelijktijdig ingezet kan worden (denk bijvoorbeeld aan influenza of RS).
- Zorg dat medewerkers op de hoogte zijn wanneer en op welke wijze zij een verdenking moeten melden.
- Serologie: naast een gevalideerde PCR of andere nucleïnezuur-amplificatietest komt betrouwbare serologie voor SARS-CoV-2 steeds breder beschikbaar. Betrouwbare serologie op medische indicatie is beschikbaar voor zowel de intra- als extramurale zorg. Daarom het volgende :
 - Medisch inhoudelijke indicaties voor het inzetten van een serologische test zijn onder meer:
 - Aantonen van een recente infectie bij een hoge verdenking indien de PCR/nucleïnezuur-amplificatietest negatief is.
 - Aantonen van een recente infectie indien de afname van de monsters voor PCR/nucleïnezuur-amplificatietest onmogelijk was.
 - Als de uitslag invloed heeft op het medisch beleid, bijvoorbeeld als een positieve serologische testuitslag een SARS-CoV-2-infectie zo aannemelijk maakt dat het inzetten van diagnostiek naar andere verwekkers achterwege kan blijven.
 - De kosten van deze serologische diagnostiek worden door de zorgverzekering vergoed voor patiënten die vallen onder de zorgverzekeringswet.
 - Serologie kan in het algemeen inzicht geven of iemand een bepaalde infectie heeft doorgemaakt en in de mate van aanwezigheid van eventuele beschermende immuniteit. SARS-COV-2 is een nieuw pathogeen waarvoor nog veel onzekerheden bestaan over het verloop van de immunrespons. Daarom is het belangrijk om te realiseren dat een doorgemaakte infectie met SARS-CoV-2 niet zomaar gelijkgesteld kan worden met de aanwezigheid van volledige immuniteit. Overleg over de interpretatie van de uitslag van de serologische test met de arts microbioloog.
 - Patiënten met een positieve serologische testuitslag zijn niet meldingsplichtig omdat de uitslag doorgaans te laat is om bron- en contactonderzoek te kunnen ondernemen. Overleg wel met de GGD over de noodzaak voor bron- en contactonderzoek.

4 Patiënt met (verdenking op) COVID-19

4.1 Patiënt met verdenking op COVID-19

- Isoleer patiënten met een verdenking op COVID-19 (zie Hoofdstuk 5).
- Neem bij elke patiënt met verdenking op COVID-19 (zie Verenso casusdefinitie verdachte patiënt in paragraaf 1.1 Definities) testmateriaal af. Zie ook de [afname-instructie](#).
- Maatregelen naar aanleiding van de testuitslag:
 - negatieve test: isolatie opheffen, in geval van sterke verdenking isoleren voortzetten en eventueel hertesten direct na ontvangst van de negatieve uitslag.

- positieve test: isolatie voortzetten of (o)verplaatsing naar COVID-19 cohort (afgeschermd (deel van een) afdeling/unit/locatie). In geval geen van beiden (nog) uitvoerbaar is, lokaal bekijken welke maatregelen nodig zijn om de kans op verspreiding te minimaliseren.

4.2 Bevestigde COVID-19 patiënt

4.2.1 Melden en bron- en contactonderzoek

- Meld een bewezen patiënt met COVID-19⁴ direct bij de GGD van de woon- of verblijfplaats van de patiënt. N.B.1 Zorg dat is vastgelegd wie binnen de instelling/organisatie melding doet van een besmetting met COVID-19 bij de GGD. N.B.2 Meld ook een overlijden van een bevestigde COVID-19 patiënt bij de GGD.
- Raadpleeg de LCI-richtlijn COVID-19 voor het uitvoeren van [bron- en contactonderzoek](#).
- Bij de verantwoordelijkheid voor het bron- en contactonderzoek wordt onderscheid gemaakt in contacten binnen en buiten de instelling. De instelling is verantwoordelijk voor bron- en contactonderzoek bij contacten van positief geteste patiënten/medewerkers/vrijwilligers/bezoekers binnen de instelling. De GGD is verantwoordelijk voor bron- en contactonderzoek bij contacten van positief geteste patiënten/medewerkers/vrijwilligers/bezoekers buiten de instelling. Voor contactonderzoek binnen de instelling is overleg met de GGD wenselijk, omdat zij kunnen adviseren wie in welke categorie valt en welke informatie gedeeld moet worden met de contacten.
- Ga na met welke patiënten en medewerkers de patiënt onbeschermd contact (zie paragraaf Definities) heeft gehad:
 - Plaats patiënten die onbeschermd contact hebben gehad in quarantaine conform paragraaf 5.3.
 - Test bewoners en medewerkers laagdrempelig bij geringe klachten. Overweeg testen bij asymptomatische patiënten om zicht te krijgen op de omvang van de uitbraak. Overleg hierover met de GGD. N.B. Het RIVM/LCI ziet meerwaarde in asymptomatisch testen en werkt aan een gericht advies voor verpleeghuizen.
 - Medewerkers zonder klachten die onbeschermd contact hebben gehad blijven in principe thuis. Indien zij toch werken dragen zij gedurende 14 dagen preventief een chirurgisch neusmondmasker (type II⁵) en daarnaast handschoenen bij direct patiëntencontact (handschoenen wisselen bij elke patiënt) ongeacht op welke afdeling ze werken; bij voorkeur werkt de medewerker niet op een 'schone' afdeling. Bij klachten zie hoofdstuk 7. N.B. Contactonderzoek bij patiënten *van de desbetreffende afdeling* kan achterwege blijven indien bij een positieve patiënt of medewerker de gehele desbetreffende afdeling(en) in quarantaine gaat.
- Informeer de GGD over welke bezoekers binnen de periode van onbeschermd contact op bezoek zijn geweest bij de patiënt. Het is prettig als de GGD lijsten aangereikt kan krijgen met bezoekers van de desbetreffende patiënt.
- De zorginstelling is verantwoordelijk voor het informeren van de contacten intern (patiënten/medewerkers/vrijwilligers). De contacten in de privé-situatie worden geïnformeerd door de GGD. Er staat een informatiebrief voor contacten als bijlage bij de LCI-richtlijn COVID-19 onder het kopje [Informatiebrieven](#).

4.2.2 Behandeling COVID-19

- Er is geen bewezen behandeling tegen het Coronavirus naast supportieve care bij complicaties. Het belangrijkste is te streven naar het voorkomen van besmetting met COVID-19. Ter informatie: in het SWAB-document [Medicamenteuze behandelopties bij patiënten met COVID-19 \(infecties met SARS-CoV-2\)](#) worden medicijnen besproken waarvan verwacht wordt of werd, dat deze een mogelijk gunstig klinisch effect kunnen

⁴ COVID-19 is per 28 januari 2020 aangemerkt als groep A-meldingsplichtige ziekte.

⁵ Gebruik type IIR als de medewerker ook zichzelf moet beschermen tegen een (mogelijk) besmette patiënt.

sorteren voor patiënten met COVID-19. Uit recent onderzoek bleek bijvoorbeeld dat dexamethason mogelijk effectief is, maar het is nog onduidelijk wat de effecten zijn bij de doelgroep van dit behandeladvies.

- Experimentele behandeling zonder bewezen effect zal alleen plaatsvinden als de patiënt aan strikte criteria voldoet. Houd rekening met bijwerkingen en dat bij off-label gebruik informed consent van de patiënten(vertegenwoordiger) nodig is.
- Pneumonie en andere symptomen kunnen zoals gebruikelijk behandeld worden, zie hiervoor de [richtlijn Lage luchtweginfecties](#). N.B. Vernevel niet in verband met de (mogelijke) verspreiding van het coronavirus. Indien vernevelen toch nodig is (in overleg met een longarts) omdat inhalatiemedicatie onvoldoende verlichting geeft het vernevelen toepassen in een 1-persoonskamer en persoonlijke beschermingsmiddelen gebruiken. N.B. Dit is niet conform de Leidraad Medische procedures die een infectieuze aerosol genereren (IAGP) met SARS-CoV-2 (FMS, 29-4-2020). Vernevelen leidt vaak tot hoesten, uit voorzorgsprincipe worden persoonlijke beschermingsmiddelen geadviseerd.
- Maximale ondersteunende therapie (supportive care) in de vorm van zuurstoftoediening (zoals met behulp van zuurstofconcentrators⁶) kan indien aanwezig worden toegediend op basis van beoordeling door de so/avg. Zie hoofdstuk 3 en bijlage 1 in het [behandeladvies Post-covid-19 GRZ](#) voor voorzieningen rondom en suppletie en afbouw van zuurstof. Onderzoek mogelijkheden om zuurstof boven de 5 liter/min te geven (venturi masker of non rebreathing masker).
- Tromboprofylaxe⁷: bij opname in het ziekenhuis wordt conform een recent uitgebrachte [Leidraad COVID-19 coagulopathie](#) (NIV e.a., 16 april 2020) geadviseerd om tromboseprofylaxe te geven aan patiënten met COVID-19. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen IC-patiënten en reguliere opnames vanwege COVID-19. Met name bij IC-patiënten die worden beademd wordt een hoge incidentie gezien van trombotische complicaties. Er zijn op dit moment geen signalen dat dit speelt in de langdurige zorg.
Overweeg tromboseprofylaxe:
 - VVT-sector: bij ernstig zieke COVID-19 patiënten met een actief behandelbeleid (al dan niet met ziekenhuisopname), zeker als in het verleden een diep veneuze trombose of longembolie is doorgemaakt en/of er sprake is van een sterke teruggang in mobiliteit;
 - VG-sector: bij ernstig zieke COVID-19 patiënten, ongeacht de leeftijd van de patiënt. Dit geldt met name bij die patiënten die normaal gesproken naar het ziekenhuis worden verwezen, maar waarbij dat nu mogelijk niet gebeurt in verband beperkte opname capaciteit of de kwetsbaarheid van de patiënt. Over het algemeen zullen dit bedlegerige patiënten zijn met meerdere dagen koorts en/of extra zuurstofbehoefte.
N.B.1 Wees terughoudend met tromboseprofylaxe bij bekende verhoogde bloedingsneiging (denk aan GI-bloeding) of bekende trombocytopenie $<30 \times 10^9/L$.
N.B.2 Immobilititeit bij tetraplegie is normaal gesproken geen reden voor standaard tromboseprofylaxe.
 - Start tromboseprofylaxe met een LMWH (Low molecuulair weight heparin) zoals nadroparine.
Dosering advies nadroparine voor volwassenen en kinderen vanaf 12 jaar:
 - Gewicht 30-100kg: 1dd 2850 IE
 - Gewicht >100kg: 1dd 5700 IE
 - Gewicht <30kg: 1dd 91,5 IE/kg
N.B.1 Pas op voor overdosering bij een verminderde nierfunctie (eGFR < 30ml/min). Pas zo nodig de dosering naar beneden aan.
N.B.2 Er is geen anti-Xa spiegelcontrole nodig bij profylactische dosering.

⁶ Gebruik de zuurstofconcentrator per patiënt; bij nieuwe gebruiker: vervang zuurstofslang, -bril of masker; apparaat indien mogelijk verder dan 1,5 meter plaatsen van de patiënt of mogelijk buiten de kamer.

⁷ Met dank aan prof. dr. M.V. (Menno) Huisman, Hoogleraar Interne Geneeskunde, in het bijzonder de diagnostiek en behandeling van trombo-embolie, LUMC en aan David Vroeghe, basisarts Ipse-de Brugge

- Staak de tromboseprofylaxe zodra de patiënt is opgeknapt en/of vergelijkbaar mobiel is als voor de ziekte-episode.
- Er is geen reden om standaard stollingsonderzoek (lab) te verrichten. Mocht er toch reden zijn voor labonderzoek, dan is het zinvol om (tenminste) PT, APTT, D-dimeer, fibrinogeen en trombocyten te bepalen.
- Wees te allen tijde beducht op trombotische complicaties zoals een trombosebeen of een longembolie. Bij een klinisch verdenking verricht (indien gewenst) onderzoek, eventueel in overleg met de internist(-hematoloog). Denk aan labonderzoek, echo en eventueel CT-scan met longembolie-protocol.

4.2.3 Palliatieve fase

- Zie Palliaweb voor handvatten voor de zorgverlening in de palliatieve fase: <https://www.palliaweb.nl/covid19>

5 Maatregelen bij patiënten met (een mogelijke) COVID-19 en bij (mogelijk) onbeschermd contact

5.1 Algemeen

- Maatregelen hebben als doel om de besmettingscyclus te doorbreken en verdere verspreiding van SARS-CoV-2 te voorkomen.
 - Maak gebruik van de kennis en ervaring binnen de instelling met betrekking tot andere uitbraken als influenza, norovirus, MRSA/BRMO.
 - Blijf, aan de hand van klachten (zie casusdefinitie verdachte patiënt, continu monitoren of en welke maatregelen nodig zijn; wees ook alert op patiënten die klachtenvrij zijn en die na ca. 5-7 dagen opnieuw klachten krijgen.
 - Er zijn 3 typen isolatie:
 - Isolatie op 1-persoonskamer
 - Cohortering
 - Quarantaine
 - De volgende situaties kunnen ontstaan:
 - beheersbare situatie:
 - patiënt(en) met (verdenking op) COVID-19 worden geïsoleerd op een 1-persoonskamer.
 - meerdere patiënten met (verdenking op) COVID-19 in groepsverband (cohortering= duidelijke scheiding van zieken en niet-zieken)
 - onbeheersbare situatie:
 - een groep patiënten waarvan niet duidelijk is welke patiënten en/of medewerkers onbeschermd contact hebben gehad c.q. besmet zijn (vaak een PG-afdeling) (gemengd cohort = geen scheiding van zieken en niet-zieken)
- In de regel zal er, gezien de woonomstandigheden in de intramurale langdurige zorg, zeker als het om kleinschalige woonvormen/woongroepen gaat, sprake zijn van een glijdende schaal van beheersbaar naar onbeheersbaar bij het toenemen van patiënten met (verdenking op) COVID-19. De snelheid waarmee dat gebeurt is niet te voorspellen. Geadviseerd wordt om de glijdende schaal van maatregelen en de consequenties ervan vooraf te bespreken met patiënten/wettelijk vertegenwoordigers.

5.2 Isolatie en cohortering

Het doel van isolatie op een 1-persoonskamer of cohortering is het scheiden van zieken en niet-zieken om de besmettingscyclus te doorbreken.

Isolatie van patiënten (op 1-persoonskamer)

- Isoleer de patiënt met (verdenking op) COVID-19 in een 1-persoonskamer met eigen sanitair, verplaats de patiënt indien nodig.
- Bij mensen met dementie en toezichtbehoefte is isolatie op 1 persoonskamer moeilijk te realiseren. Ga zo nodig over op cohortering (zie hieronder). Zie tips op <https://www.vilans.nl/artikelen/tips-omtrent-het-coronavirus-en-de-verpleeghuiszorg>.

- Indien er geen 1-persoonskamer met sanitair beschikbaar is, of verplaatsen niet mogelijk is: inventariseer hoe deze situatie kan worden gecreëerd of ga op zoek naar een 'second best' situatie. Er is geen 'one size fits all' qua 'isolatie'. Mogelijkheden zijn sterk afhankelijk van de lokale situatie voor wat betreft bouw, inrichting en de betreffende patiënt(-engroep).
- Bekijk welke (alternatieve) mogelijkheden er zijn voor 'isolatie'. Ga zo nodig over op cohortering (zie hieronder).
- Zieken en niet-zieken kunnen een badkamer delen: niet-zieke eerst, daarna zieke, daarna de ruimte goed reinigen en wastafel/toilet (bediening) en contactpunten desinfecteren met alcohol 70%.

Cohortering (in verband met uitbraak)

- Ga indien de situatie daarom vraagt, en zo nodig in overleg met een deskundige infectiepreventie, over tot cohortering (zie [bijlage A](#) in dit document). N.B. Het advies is om de huizen al proactief in te delen in verzorgings/behandelcohorten met zo min mogelijk verkeer van patiënten en medewerkers tussen de cohorten. In geval van een positieve patiënt is het cohort dan makkelijker in te stellen en wordt bron- en contactonderzoek en (mogelijke) besmettingen beperkt tot een kleinere groep patiënten/ medewerkers.
- Maak, via/in overleg met het bestuur van de instelling, regionaal afspraken hoe patiënten met COVID-19 (op locaties) te cohorteren.

5.3 Quarantaine

Quarantaine is geïndiceerd voor patiënten waarvan bekend is dat zij (mogelijk) onbeschermd contact hebben gehad met patiënten met COVID-19. Hierbij wordt de periode bedoeld vanaf twee dagen voor het ontstaan van klachten tot aan het tijdstip van het instellen van de isolatiemaatregelen zoals genoemd in dit hoofdstuk.

Het doel van quarantaine is het scheiden van mogelijk besmette patiënten van zieken én niet-zieken. Periode van quarantaine bedraagt **10 dagen** na het laatste onbeschermd contact of, in geval van een cohort, nadat de laatste patiënt klachtenvrij is (zie omschrijving in hoofdstuk 6).

- Plaats patiënten die onbeschermd contact hebben gehad tot **10 dagen** na het laatste onbeschermd contact in een quarantainecohort of op een 1-persoonskamer met eigen sanitair. **Voer op dag 10-14 dagelijks een gezondheidscheck uit (conform casusdefinitie verdachte patiënt: zie paragraaf 1.1) en neem zo nodig de temperatuur op.**
Toelichting: de quarantainetijd (10 dagen) is niet gelijk aan de maximale incubatietijd (14 dagen). Uit literatuuronderzoek blijkt dat wordt geschat dat 50% van de zieken een incubatietijd heeft van vijf dagen of korter en 97,5% van de gevallen een incubatietijd heeft van maximaal 11-12 dagen. Uit aanvullend onderzoek van de GGD blijkt dat 99% van zowel huisgenoten en overige nauwe contacten die COVID-19 ontwikkelden, een eerste ziektedag binnen tien dagen had na de laatste blootstelling. Dit geldt ook voor de groep 70-plussers.
- Gebruik persoonlijke beschermingsmiddelen conform quarantaine (zie paragraaf 5.4.2)
- Bepaal de bewegingsvrijheid in geval van een 1-persoonskamer aan de hand van het type contact conform het [protocol bron- en contactonderzoek](#) in de RIVM/LCI richtlijn COVID-19. Indien patiënt:
 - nauw contact is: geen bewegingsvrijheid buiten de kamer.
 - overig contact is: mogelijkheid tot bewegingsvrijheid indien strikte mogelijkheid tot borgen 1,5 meter afstand op de afdeling/woongroep/oefenruimte (mits instrueerbaar)

Patiënten die tijdens de quarantaine/**incubatie**periode klachten ontwikkelen worden direct geïsoleerd en getest. Bij een positieve test blijft de positieve patiënt in isolatie of wordt overgeplaatst naar een COVID-19 afdeling. Voor het quarantainecohort geldt dat opnieuw een quarantaineperiode ingaat van **10 dagen en aansluitend op dag 10-14 een gezondheidscheck conform casusdefinitie verdachte patiënt: zie paragraaf 1.1.**

5.4 Persoonlijke beschermingsmiddelen medewerkers (druppelcontact)

5.4.1 Patiënt met (verdenking op) COVID-19

Gebruik standaard de volgende persoonlijke beschermingsmiddelen⁸:

- Schort:
 - een niet-vochtdoorlatende schort met lange mouw (PE-coating). In geval van schaarste aan schorten (met PE-coating):
 1. gebruik een 'normaal' schort met lange mouwen en draag er een halterschort overheen;
of
 2. draag een halterschort over de dienstkleiding met korte mouw, neem bij handhygiëne na uittrekken persoonlijke beschermingsmiddelen de onderarmen mee.
- Masker (zie ook LCI-richtlijn: [Uitgangspunten gebruik ademhalingsbeschermingsmaskers](#) en [Update onderbouwing Nederlandse adviezen over het gebruik van mondneusmaskers](#)):
 - Type: chirurgisch neusmondmasker (type IIR)
 - Uitzondering:
 - ✓ Gebruik een FFP2-masker bij handelingen waarbij het bekend is dat veel aerosolen kunnen ontstaan zoals bijv. handelingen aan tracheostoma en uitzuigen.
 - Verlengd gebruik van een chirurgisch/FFP-masker:
 - ✓ Het masker mag aan 1 stuk gedragen worden (bij verschillende patiënten met COVID-19) totdat de ademhalingsweerstand (moeilijker is om te ademen) te hoog wordt (na ca. 3 uur) of het masker heel nat.
 - ✓ Maskers hoeven i.t.t handschoenen niet te worden gewisseld bij de zorg voor meerdere patiënten achter elkaar.
 - Anticiperen op hergebruik van maskers:
 - ✓ Bewaar maskers alleen als er contact is met een (mogelijke) steriliserende partij die de maskers ook ophaalt. Verzamel de gebruikte mondneusmaskers conform de voorschriften van het steriliserend bedrijf in een plastic zak, die afgesloten wordt. Laat duidelijk natte maskers *eerst drogen* en verzamel deze in een aparte plastic zak.
 - Wees bij hergebruik extra voorzichtig bij het afdoen van het masker.
 - ✓ Pas handhygiëne toe.
 - ✓ Mondneusmasker alleen aan de elastiek en aan de zijranden vastpakken. Eerst onderste elastiek losmaken, dan bovenste.
 - ✓ Buig voorover als je het masker afdoet.
 - ✓ Voorkom dat het mondneusmasker met de buitenkant tegen je gezicht aan komt.
 - ✓ Pas handhygiëne toe.
- Handschoenen (altijd wisselen van handschoenen bij iedere nieuwe patiënt).
- Spatbril / face-shield (met aanwezigheid oogbescherming aan zijkanten)
 - De spatbril sluit goed aan op de huid omdat het virus ook via de traanbuis naar binnen kan komen, een gewone bril volstaat dus niet.
 - Bij tekorten: hergebruik is mogelijk. Desinfecteer na gebruik met alcohol 70%. Dus niet weggooien!
- Plaats van omkleden:
 - Aankleden: buiten de 'isolatie' kamer (of afdeling/unit/woongroep in geval van cohort)
 - Uittrekken op de kamer buiten een cirkel van 1,5 meter

⁸ Voor eisen aan persoonlijke beschermingsmiddelen zie tabel in [PBM voor thuiszorg](#), de eisen zijn gelijk

5.4.2 Patiënt na onbeschermd contact (quarantaine)

- Gebruik in geval van quarantaine minimaal de volgende persoonlijke beschermingsmiddelen:
 - chirurgisch neusmondmasker (type IIR)
 - handschoenen

N.B. Dit voorschrift wijkt af van de standaard persoonlijke beschermingsmiddelen (en daarmee van de voorschriften van het RIVM) omdat het om een andere groep patiënten gaat, namelijk die onbeschermd contact hebben gehad en dus *mogelijk* besmet zijn. Er is geen sprake van (een concrete verdenking) op COVID-19. Met het dragen van een neusmondmasker en handschoenen worden de belangrijkste verspreidingsroutes (druppels en via oppervlakten) gedekt. Het dragen van een halterschort kan worden overwogen worden in situaties dat er direct patiëntencontact is.

Zie [de website van Vilans](#) voor filmpjes voor het op de juiste wijze aan- en uittrekken van persoonlijke beschermingsmiddelen. Zie ook een [filmpje van het RIVM](#) over het gebruik van handschoenen en het aantrekken van een chirurgisch mondneusmasker.

5.4.3 Overige situaties

- Overige situaties waarbij een (tijdelijke) verruiming van het (preventief) gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen nodig kan zijn, bijvoorbeeld in geval van een (onbeheersbare) lokale uitbraak of oplopende lokale of regionale prevalentie. Denk hierbij aan dragen van persoonlijke beschermingsmiddelen door medewerkers en bezoekers bij patiëntencontact binnen 1,5 meter. Besluit door het bestuur op advies van het uitbraak/crisisteam.

5.5 Reiniging en desinfectie

- Zie voor reiniging en desinfectie: <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/reiniging-desinfectie-en-sterilisatie-de-openbare-gezondheidszorg>.
- Reinig en desinfecteer dagelijks de 'isolatie' kamer met nadruk op handcontactpunten.
- In geval van een gemengd cohort waarbij zieken en niet-zieken op één unit/afdeling/woongroep verblijven: reinig minimaal dagelijks; reinig en desinfecteer (alcohol 70%) de handcontactpunten en horizontale oppervlakten tweemaal daags (ook in de algemene ruimten).
- Reinig en desinfectie van zuurstofconcentrators:
 - Volg geldende voorschriften vanuit de fabrikant, hierbij aandacht voor reiniging van het groffilter en buitenkant apparaat;
 - Als dit mogelijk is (meestal niet of alleen met tussenkomst van de technische dienst) vervang hepafilter bij een patiënt met (verdenking op) COVID-19 na ontslag of overlijden;
 - Desinfectie apparaat met alcohol 70% kan, na reiniging, worden uitgevoerd, mits het apparaat buiten werking staat. Combinatie van alcohol met zuurstof en eventuele statische lading kan leiden tot spontane verbranding van alcohol.

5.6 Maatregelen voor bezoek aan een patiënt met (verdenking op) COVID-19

- Bezoek draagt persoonlijke beschermingsmiddelen zoals omschreven in paragraaf 5.4.1.
- Bezoek houdt zoveel mogelijk 1,5 meter afstand.

5.7 Overige maatregelen

- Zie de LCI-richtlijn COVID-19 voor maatregelen voor vervoer: [Maatregelen bij noodzakelijk zittend vervoer](#).
- Er zijn op dit moment geen restricties ten aanzien van het aannemen van materialen zoals post, bloemen en dergelijke omdat er geen aanwijzingen zijn dat het virus lang op materialen overleeft. Algemene maatregel is regelmatig de handen te wassen.

6 Opheffen maatregelen

6.1 Algemeen

- Beoordeling van het klachtenvrij zijn van een patiënt en daarmee het opheffen van maatregelen is aan een so/avg.
- Omschrijving klachtenvrij (bron [RIVM](#)): ten minste 24 uur symptoomvrij EN 48 uur koortsvrij EN minimaal 14⁹ dagen na de start symptomen
 - Koortsvrij: temperatuur onder de 38 graden, zonder koorts remmende medicatie.
 - Symptoomvrij: geen koorts, geen diarree, geen spierpijn, geen keelpijn, geen benauwdheid, geen neusverkoudheid. Symptomen zoals door patiënt en/of behandelaar herkenbaar bij hooikoorts, astma, chronische hoest om andere redenen vallen niet onder symptomen van COVID-19. Moeheid, anosmie, dysgeusie en postvirale hoest spelen geen rol bij de definitie van symptoomvrij. Deze klachten kunnen een paar dagen tot weken langer aanhouden, zoals bekend is bij andere virale verwekkers, zonder dat nog sprake is van besmettelijkheid.
 - Start symptomen: ook wel de eerste ziektedag. Indien deze niet bekend is kan de datum van de monsterafname genomen worden.

N.B. In de termijn van 14 dagen na **start symptomen** is rekening gehouden met de termijn van terugval na ca. 5-7 dagen.

6.2 Opheffen maatregelen per type isolatie

- Opheffen isolatie (1-persoonskamer):
 - in geval van verdenking op COVID-19: na definitieve uitslag negatieve test, tenzij de klachten aanleiding zijn om de verdenking te handhaven (eventueel hertesten) dan wachten tot klachtenvrij (zie omschrijving).
 - in geval van bevestigde patiënt: patiënt is klachtenvrij (zie omschrijving).
- Opheffen cohortering:
 - na toestemming uitbraakteam. Algemene uitgangspunten:
 - in beheersbare situatie (duidelijke scheiding van zieken en niet-zieken): nadat de laatste patiënt klachtenvrij is (zie omschrijving).
 - in onbeheersbare situatie: **na afloop quarantainetermijn (10 dagen)** nadat de laatste patiënt klachtenvrij is (zie omschrijving). **Voer op dag 10-14 een gezondheidscheck uit bij de betreffende patiënten. Zie ook paragraaf 5.3.**
N.B. Indien alle patiënten in het cohort COVID-19 hebben doorgemaakt kan de periode van quarantaine vervallen.
- Opheffen quarantaine:
 - In geval van quarantaine op 1-persoonskamer: na **10 dagen**.
 - In geval van quarantainecohort:
 - Als geen van de patiënten in het cohort COVID-19 heeft ontwikkeld: na **10 dagen**.
 - In geval minimaal 1 patiënt uit het cohort COVID-19 ontwikkeld: **10 dagen** nadat het laatste onbeschermd contact is geweest met de laatste COVID-19 patiënt.
 - **Voer bij de patiënten in bovenstaande situaties op dag 10-14 een gezondheidscheck uit. Zie ook paragraaf 5.3.**
- Opheffen maatregelen in bijzondere situaties
 - Immuun gecompromitteerde patiënt met COVID-19: zie omschrijving klachtenvrij; overweeg 2 keer testen met 24 uur ertussen.
 - Bij aanhoudende hoestklachten: ten minste 24 uur sterk afgenomen hoestklachten/klinisch verbeterd (respiratoir en infectieus) EN 48 uur koortsvrij EN minimaal 14 dagen na start symptomen; overweeg eenmalig testen.

⁹ Op basis van de tot op heden geringe beschikbare literatuur en preliminaire resultaten is er na lichte klachten geen virus meer aantoonbaar in de kweek na meer dan 7 dagen en bij mildere/ernstige klachten niet meer na 14 dagen (bron: Leidraad Niet meer besmettelijk na COVID-19 infectie (FMS, 29-04-2020)

- Bij op het moment van afname asymptomatische persoon: minimaal 72 uur na afname van monster; om uit te sluiten dat patiënt in de presymptomatische fase verkeert. Indien patiënt in de presymptomatische fase verkeert, zal deze meestal binnen 72 uur symptomen ontwikkelen.

N.B. Er zijn signalen dat er uitzonderingen voorkomen waarbij de genoemde termijnen niet voldoen. Het advies is daarom om bovenstaand beleid te volgen, maar alert te zijn en in situaties waarin je het niet vertrouwt om, in overleg met een arts-microbioloog, opnieuw te testen of serologie te laten doen.

6.3 Maatregelen rondom herstelde patiënten

- Het is niet duidelijk in hoeverre patiënten die zijn hersteld van COVID-19 immuniteit hebben opgebouwd. Blijf alert op een verdenking op COVID-19 en neem zo nodig maatregelen.
- Stel, in verband met bovenstaande, herstelde patiënten niet bloot aan nieuwe patiënten met een (verdenking op) COVID-19. Met andere woorden: bescherm herstelde patiënten in dezelfde mate als patiënten die geen COVID-19 hebben doorgemaakt.

7 Maatregelen bij medewerkers met een besmettingsrisico en bij medewerkers (of hun huisgenoten/ nauwe contacten) met klachten passend bij COVID-19

- Medewerkers:
 - met klachten passend bij COVID-19
 - **zonder klachten met een huisgenoot/nauw contact met (klachten passend bij) COVID-19**
 - **met een besmettingsrisico in verband met terugkeer uit oranje/rode COVID-19 risicogebieden**
 volgen het beleid van het LCI/RIVM rondom [Testbeleid en inzet zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis](#).
- Voer in geval van een positieve test **van de medewerker** contactonderzoek uit **in de instelling**:
 - ga na met welke patiënten en andere medewerkers er onbeschermd contact is geweest;
 - plaats de desbetreffende patiënten in quarantaine conform paragraaf 5.3;
 - de desbetreffende medewerkers dragen gedurende 14 dagen preventief een chirurgisch neusmondmasker (type II) en handschoenen (handschoenen wisselen bij elke patiënt) en worden bij voorkeur niet ingezet op een 'schone' afdeling.
 - contactonderzoek bij patiënten kan achterwege blijven indien de afdeling(en) waar het onbeschermd contact heeft plaatsgevonden in quarantaine gaan.

8 Overlijden

- Zie de informatie in bijlage [COVID-19 en overlijden](#) van de LCI-richtlijn en informatie op de website van het [RIVM](#).
- Meld het overlijden van een bevestigde COVID-19 patiënt bij de GGD.

9 Overige maatregelen

9.1 Maatregelen bij polikliniekbezoek

Algemeen: conform de [FMS-Leidraad 'Persoonlijke bescherming in de \(poli\)klinische setting vanwege SARS-CoV-2'](#) neemt het ziekenhuis diverse maatregelen om de kans op overdracht van SARS-CoV-2 tijdens polikliniekbezoek te verkleinen, zoals het vooraf screenen van

polikliniekbezoekers, het borgen van 1,5 meter tussen polikliniekbezoekers en gebruik van fysieke barrières zoals plexiglas.

- Maak een afweging of polikliniekbezoek nodig is op basis van de situatie van de patiënt en risico-inschatting op onbeschermd contact.
- Conform de FMS-Leidraad 'Persoonlijke bescherming in de (poli)klinische setting vanwege SARS-CoV-2' neemt het ziekenhuis 1-3 dagen voor het polikliniekbezoek contact op in verband met de screening/opsporing van personen met COVID-19 klachten.
- De begeleidende mantelzorger/vrijwilliger heeft geen verkoudheidsklachten, hoesten, benauwdheid en/of koorts.
- Begeleidende mantelzorger/vrijwilliger is bij voorkeur een vaste bezoeker.
- Handhygiëne patiënt en mantelzorger/vrijwilliger: bij verlaten instelling, bij binnenkomst ziekenhuis, na bezoek arts, bij binnenkomst instelling

9.2 Maatregelen bij (meerdaagse) uitstapje

Met uitstapjes worden bijvoorbeeld bedoeld: bezoek aan of logeren bij familie/ouders, bezoek aan horecagelegenheid.

- Voorwaarden voor uitstapje:
 - Lage regionale prevalentie in de regio van de instelling en de locatie van het uitstapje.
 - Een uitstapje vindt plaats met/bij een vaste begeleider/verwant(en).
 - Patiënt en de familie/locatie waar(bij) het uitstapje plaatsvindt zijn vrij van (verdenking op/klachten van) COVID-19. Indien van toepassing wordt vooraf op COVID-19 getest.
 - De familie/locatie waar het uitstapje plaatsvindt conformeert zich aan de algemene regels van het RIVM waarbij de 1,5 meter (in huiselijke kring zoveel mogelijk) in acht wordt genomen.
 - Er is, indien van toepassing (zie hieronder), bij terugkomst mogelijkheid tot het nemen van quarantainemaatregelen.
 - In geval van een groepsuitje/groepsreis (vakantie): het mengen van verschillende instellingen wordt ontraden.
- Vooraf:
 - informeer de patiënt/cliënt op basis van de risico-inschatting over de mogelijke gevolgen ten aanzien van quarantaine.
 - Inventariseer of er bij de familie/op de locatie (een verdenking op) op/klachten van COVID-19 is
 - Instrueer de familie/locatie waar het uitstapje plaatsvindt:
 - zich te houden aan de algemene regels van het RIVM;
 - het direct te melden als er (mogelijk) sprake is (geweest) van onbeschermd contact.
- Achteraf
 - Inventariseer het risico op onbeschermd contact: is er tijdens het uitstapje (tot maximaal 14 dagen voorafgaand aan terugkeer van het uitstapje) nauw contact¹⁰ geweest met personen met (een mogelijke/klachten van) COVID-19? Zo ja, wanneer was het laatste onbeschermd contact?
 - Maak, op basis van de resultaten van bovenstaande inventarisatie een afweging voor het risico op onbeschermd contact (zie [Medisch opnamebeleid](#)) en neem zo nodig quarantainemaatregelen:
 - (zeer)laag risicoprofiel: geen quarantainemaatregelen nodig
 - middelmatig/h oog risicoprofiel: quarantaine conform paragraaf 5.3.

9.3 Overige maatregelen

- *Vervoer*: zie de LCI-richtlijn COVID-19 voor de volgende maatregelen:

¹⁰ Volg hiervoor de [criteria voor bron- en contactonderzoek](#) voor (overige) nauwe contacten van het LCI/RIVM

- [Kader vervoer naar dagbesteding](#)
- **Reanimatie: voer de basale reanimatie (BLS) uit conform de reanimatierichtlijn zonder beademen als een slachtoffer (mogelijk) besmettelijk is. Zie voor meer informatie de [Reanimatieraad](#).**

10 Maatregelen in een (dreigende) crisissituatie

In dit hoofdstuk staan maatregelen beschreven wanneer sprake is van een crisissituatie. Er kan sprake zijn van een crisissituatie in geval van (een combinatie van) de volgende situatie(s):

- een onbeheersbare uitbraak, landelijk dan wel regionaal;
- tekort aan één of meerdere middelen: persoonlijke beschermingsmiddelen, testmateriaal, medicatie of andere behandelopties/apparatuur (bijvoorbeeld zuurstof(concentrators));
- druk op de gezondheidszorg qua capaciteit van bedden en/of personeel.

10.1 Algemene opmerkingen

- Een situatie die crisismangement vereist waarbij het gaat om snel handelen en schakelen met de diverse betrokkenen.
- Formeer, voor zover dat nog niet was gebeurd, in geval van een grote(re) organisatie met meerdere locaties een overkoepelend crisisteam.
- De ontwikkelingen volgen elkaar in crisistijden snel op. Er is geen tijd voor lange overwegingen of discussies. Het uitbraak/crisisteam is in 'the lead'.
- Probeer zoveel mogelijk te anticiperen op toekomstige situaties, denk bij wijze van spreken twee stappen vooruit.
- Indien van toepassing: er is een medeverantwoordelijkheid om druk op het gezondheidszorgsysteem daar waar mogelijk te verminderen.
- Maak optimaal gebruik van regionale samenwerking en afstemming, bijvoorbeeld voor herverdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen.
- Zie het document '[Opstarten intramurale medische zorg in tijden van COVID-19](#)' voor het opstarten en zo nodig weer afschalen van reguliere zorg.

10.2 Schaarste

- In geval van schaarste (=voorraad van hooguit 1 à 2 dagen) aan:
 - *Persoonlijke beschermingsmiddelen*: vraag producten die niet leverbaar zijn via de gebruikelijke leverancier, aan bij het Landelijk Hulpmiddelen Consortium (LCH) via [Mediq](#). Producten waaraan een tekort is worden aangegeven op de webpagina van Mediq. Zie [hier](#) voor extra informatie over het LCH.
 - *Zuurstof(concentrators)*: tekorten worden door de leverancier gemeld bij het LCH. Het LCH helpt bij de landelijke inkoop van hulpmiddelen. De verdeling van zuurstof(concentrators) loopt via de eigen leverancier. Indien dit problemen oplevert zorgen de leveranciers, verenigd in de FHI, in onderling overleg voor een oplossing.

10.3 Organisatorische maatregelen

- Ga over op het leveren van alleen de noodzakelijkste behandeling/basiszorg, zoals geen MDO's, reviews, vaste visiterondes.
- Beperk uw aanwezigheid op afdelingen en lever zover dat mogelijk is zorg op afstand: bespreek vragen vanuit afdelingen zoveel mogelijk telefonisch, organiseer mogelijkheden voor beeldbellen of andere manieren van zorg op afstand.
- Bespreek met collega-behandelaren welke individuele patiënten in aanmerking blijven komen voor medisch noodzakelijke behandeling door paramedici. Zorg ook bij hen voor minimale verplaatsingen tussen locaties.
- Neem niet deel aan fysieke bijeenkomsten en houd ook het artsenuitwisseling digitaal.
- Werk met wisseldiensten om uitval door ziekte van artsen en behandelaren te voorkomen.

10.4 Bezoek tijdens de stervensfase in geval van een algehele/gedeeltelijke bezoekbeperking

- Bezoek in de stervensfase blijft ook tijdens een algehele/gedeeltelijke bezoekbeperking toegestaan.
- Schat in wanneer de stervensfase begint. Normaliter is dit op basis van de richtlijn '[Zorg in de stervensfase](#)' (ongeveer 4 à 5 dagen vooraf aan het overlijden). De eerste ervaringen lijken er op te wijzen dat dit bij een patiënt met (vermoedelijke) COVID-19 sneller kan verlopen. Basisarts en VS/PA stemmen hierover af met hun superviserend specialist ouderengeneeskunde. Kaderartsen palliatieve zorg kunnen eventueel hierover geconsulteerd worden.
- Informeer de familie zodat zij desgewenst nog afscheid kunnen nemen.
- In overleg met de patiënt/familie worden afspraken gemaakt over het bezoek waarbij rekening wordt gehouden met de wensen van de patiënt/familie en de lokale mogelijkheden **voor het waarborgen van infectiepreventie.**
- **Er is of wordt een situatie gecreëerd dat de patiënt op kamer ligt waar het bezoek zo min mogelijk de normale loop van andere patiënten en medewerkers kruist.**
- Als het vanwege schaarste niet mogelijk is bezoekers van persoonlijke beschermingsmiddelen te voorzien wordt het bezoek hierover van *tevoren* geïnformeerd met het advies op 1,5 meter afstand van de patiënt te blijven. Adviseer daarnaast de naasten die de stervende hebben bezocht zonder/bepaalde persoonlijke beschermingsmiddelen dat zij na het overlijden **10 dagen** thuisquarantaine in acht nemen en bij klachten telefonisch contact opnemen met de GGD (0800-1202).
- Verken binnen de eigen instelling welke mogelijkheden er zijn om ook tijdens deze crisis geestelijke zorg voor de stervende en zijn naasten te bieden.

Dankwoord

Verenso en NVAVG is de meelesgroep/adviseurs zeer erkentelijk voor het geven van inhoudelijke reactie op de gewijzigde onderdelen van deze (en/of eerdere) versies van dit document.

Overigens blijft Verenso en niet de meelezende personen verantwoordelijk voor het gepubliceerde bericht.

Bijlage A: Cohortering¹¹

Algemeen

- Zie definities voor definitie van een cohort
- Raadpleeg zo nodig een deskundige infectiepreventie bij het instellen van cohortering voor (praktische) adviezen op maat;
- Globaal vier typen cohorten:
 - Alleen bevestigde patiënten (zieken) (COVID-19 cohort, dit is een dynamisch cohort); doel: geven van intensieve zorg en vaak goede palliatieve zorg.
 - Zonder bevestigde patiënten (niet zieken)
 - Gemengd: zieken en niet zieken; ultieme (maar niet altijd haalbare) doel is een dergelijk cohort te voorkomen door besmette bewoners te isoleren op een 1-persoonskamer of over te plaatsen naar een COVID-19 cohort en de rest groep verder te laten gaan als quarantaine cohort.
 - Quarantaine: patiënten met verhoogd risico door onbeschermd contact; doel: scheiden van mogelijk besmette patiënten van zieken en niet-zieken in een cohort.
 - Optioneel: opname-afdeling; dit is een afdeling waar opnames waarbij **10 dagen** quarantaine wordt geadviseerd (zie [Medisch opnamebeleid](#)) waarbij patiënten geclusterd worden geïsoleerd op een 1-persoonskamer.
- Samenstelling cohort qua patiëntencategorieën is afhankelijk van de beheersbaarheid van de situatie. Bij een beheersbare situatie is er sprake van een duidelijke scheiding tussen zieken en niet-zieken. Bij een onbeheersbare situatie bestaat het cohort uit zieken en niet-zieken én is er sprake van verspreiding.
- Type cohortering hangt onder andere af van verhouding zieken/niet zieken, isolatiemogelijkheden op 1-persoonskamer, type patiëntengroep, instrueerbaarheid patiënten, de woonsituatie, beleid ten aanzien van wel/niet verplaatsen e.d.
- Inbrengen of verlaten van een COVID-19 cohort:
 - in een cohort worden geen nieuwe patiënten ingebracht die niet ziek zijn, *m.a.w. in een cohort worden alleen nieuwe patiënten ingebracht met een positieve test.*
 - COVID-19 patiënten verlaten niet eerder het cohort dan dat zij klachtenvrij zijn (zie omschrijving in paragraaf Opheffen maatregelen) .

Doel

Het doel van het instellen van cohorten (groepen) is het voorkómen van verspreiding van het coronavirus tussen:

- zieke en niet-zieke patiënten en medewerkers;
- besmette en niet-besmette afdelingen binnen één of meerdere locaties.

Werkwijze

Werkwijze cohortering: stel een scheiding in van patiëntengroepen en/of groepen van medewerkers/teams waarbij:

- de af te grenzen groepen (cohorten) zo klein mogelijk worden gehouden;
- iedere patiënt en iedere medewerker binnen zijn/haar eigen groep (cohort) blijft¹²;
- de groepen (cohorten) elkaar niet kruisen.

Houdt bij het instellen van cohorten onder andere rekening met:

- de grootte van de uitbraak;
- (de instrueerbaarheid van) de cliëntengroep;
- bestaande ruimtes;
- de wijze waarop de verzorging/verpleging is georganiseerd.

¹¹ Bron WIP-richtlijn Norovirus voor Verpleeghuizen, woonzorgcentra en voorzieningen voor kleinschalig wonen voor ouderen (2016)

¹² Dit betekent concreet het afsluiten van afdelingen/units/woongroepen/locaties

Breng, bij de indeling in cohorten, idealiter een scheiding aan in:

- cliëntgebonden gebruik van sanitair **óf** scheiding in sanitair voor zieke cliënten en niet-zieke cliënten;

én

- medewerkers die zorgen voor niet-zieke patiënten en medewerkers die zorgen voor zieke patiënten (cohortverpleging);

én

- gemeenschappelijke verblijfsruimten voor niet-zieke en voor zieke patiënten.

In situaties waarin bovenstaande scheiding niet mogelijk is, bepaalt het uitbraakteam welke scheiding in cohorten wel mogelijk is en communiceert dit naar de betreffende afdeling(en).

Laat afdelingsgebonden medewerkers (zoals verplegend/verzorgend personeel en vrijwilligers) van de uitbraakafdeling niet werken op een niet-uitbraakafdeling.

Niet-afdelingsgebonden medewerkers (zoals invalkrachten, therapeuten/ paramedici en medewerkers van facilitaire diensten (zoals linnendienst, voedingsdienst, postafdeling)):

- laat invalkrachten die werkzaam zijn (geweest) op een uitbraakafdeling niet werken op niet-uitbraakafdelingen;
- beperk het bezoek van niet-afdelingsgebonden medewerkers aan de uitbraakafdeling; maak afspraken indien bezoek nodig is. Laat deze medewerkers bijvoorbeeld aan het eind van de dag naar de uitbraakafdeling komen waarna de instelling na het bezoek wordt verlaten.
- medewerkers van facilitaire diensten leveren materialen af bij de ingang van de afdeling, de materialen worden door de medewerkers van de afdeling verder verspreid.