

- versie d.d. 28.10.21

Behandeladvies COVID-19

***Diagnostiek, behandeling en infectiepreventie/
uitbraakmaatregelen***

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

Inhoud

Expertgroep, klankbordgroep en meelezers	4
Inleiding	5
1 Definities, doel, afbakening en algemene opmerkingen.....	5
1.1 Definities.....	5
1.2 Doel en afbakening.....	8
1.3 Algemene opmerkingen	8
2 Algemene preventie in de instelling.....	9
2.1 Basis hygiënemaatregelen voor alle bewoners, medewerkers en vrijwilligers	9
2.2 Maatregelen bij verhoogde (boven)regionale prevalentie	9
2.3 Maatregelen voor bezoekers.....	10
2.3.1 Maatregelen in geval van bezoek met (klachten van) COVID-19.....	11
3 Testen, algemene uitgangspunten	11
4 Patiënt met (verdenking op) COVID-19.....	13
4.1 Patiënt met verdenking op COVID-19	13
4.2 Bevestigde (asymptomatische) COVID-19 patiënt	13
4.2.1 Bron- en contactonderzoek.....	13
4.2.2 Behandeling COVID-19	14
4.2.2.1 Dexamethason en remdesivir.....	15
4.2.2.2 Tromboprofylaxe:	15
4.2.3 Herinfectie	16
4.2.4 Palliatieve fase.....	16
5 Maatregelen bij patiënten met (een mogelijke) COVID-19 en bij (mogelijk) onbeschermd contact.....	16
5.1 Algemeen.....	16
5.2 Isolatie en cohortering van (een) patiënt(en) met (verdenking op) COVID-19.....	16
5.3 Maatregelen bij bewoners in geval van (mogelijk) onbeschermd contact	17
5.3.1 Maatregelen bij categorie 1 en 2 contacten (huisgenoten en overige nauwe contacten).....	17
5.4 Persoonlijke beschermingsmiddelen medewerkers (druppelcontact)	19
5.4.1 Patiënt met (verdenking op) COVID-19.....	19
5.4.1.1 Gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen op een 1-persoonskamer.....	19
5.4.1.2 Gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen op een COVID-19 of gemengde cohortafdeling	19

5.4.2 Bewoner in quarantaine op basis van BCO of met een hoog risicoprofiel op basis van risico-inschatting (na (mogelijk) onbeschermd contact).....	20
5.5 Reiniging en desinfectie.....	20
5.6 Maatregelen voor bezoek aan een patiënt met (verdenking op) COVID-19.....	20
5.7 Uitbraakmaatregelen.....	20
5.7.1 Algemeen.....	20
5.7.2 Specifieke uitbraakmaatregelen.....	20
5.8 Overige maatregelen	21
6 Opheffen maatregelen	22
6.1 Algemeen.....	22
6.2 Opheffen maatregelen per type isolatie	22
6.3 Opheffen maatregelen in bijzondere situaties.....	23
7 Maatregelen bij medewerkers met een besmettingsrisico en bij medewerkers (of hun huisgenoten/nauwe contacten) met klachten passend bij COVID-19	24
8 Opname en overplaatsingsbeleid (zie bijlage B voor stroomschema)	24
8.1 Algemeen.....	24
8.2 Inventarisatie situatie voor (her) opname/overplaatsing.....	25
8.3 Maatregelen bij bewoner zonder (verdenking op/klachten van) COVID-19.....	25
8.4 Maatregelen bij patiënt met (verdenking op) COVID-19	26
9 Maatregelen bij (meerdaags) uitstapje	26
10 Maatregelen bij polikliniekbezoek	27
11 Vaccinatie	28
12 Overlijden	28
13 Overige maatregelen	28
14 Maatregelen in een (dreigende) crisissituatie.....	28
14.1 Algemene opmerkingen	28
14.2 Afschalen van zorg/code zwart	29
14.3 Schaarste	29
14.4 Organisatorische maatregelen	29
Dankwoord	29
Bijlage A: Cohortering.....	30
Doel.....	30
Werkwijze	30
Bijlage B: Stroomschema Opname/overplaatsingsbeleid	32

Expertgroep, klankbordgroep en meelezers

Expertgroep

Namens Verenso:

- Wilma Albers (tot 01-10-2020)
- Jessica Edwards van Muijen
- Paul van Houten
- Marga Nonneman (vanaf 1-10-2020)
- Ingrid Pladdet
- Martin Smalbrugge

Namens NVAVG:

- Gerjanne Vlasveld
- Ilse Zaal-Schuller (vanaf 1-10-20)

Klankbordgroep¹

- Andrea Eikelenboom, deskundige infectiepreventie (namens VHIG) (vanaf 1-11-2020)
- Jaap ten Oever en Kitty Slieker, internist-infectiologen (namens NIV, sectie Infectieziekten) (vanaf 1-11-2020)
- Marjolijn Broers, verpleegkundig specialist (namens V&VN) (vanaf 1-11-2020)
- Marjolijn Wegdam, arts-microbioloog (namens NVMM) (vanaf 1-11-2020)

Meelezers vanuit het RIVM/LCI

- Leslie Isken (RIVM/LCI) (tot 1-8-2020)
- Eliane Thewessen (vanaf 1-8-2020 tot 1-11-2020)
- Willemijn Hensbroek (vanaf 15-11-2020)

Ondersteuning

- Else Poot, beleidsadviseur/manager team Kwaliteit, Verenso

¹ De klankbordgroep is adviserend aan de expertgroep

Inleiding

Het behandeladvies *COVID-19 Diagnostiek, behandeling en infectiepreventie/uitbraakmaatregelen voor verpleeghuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, woonzorgcentra en kleinschalige woonvoorzieningen (mits hoofdbehandelaar)* van Verenso en NVAVG is opgesteld voor medische zorg aan de patiënten/bewoners² door specialisten ouderengeneeskunde (so) en artsen verstandelijk gehandicapten (avg)³. Dit doen wij in afstemming met een expertgroep en klankbordgroep, het RIVM/LCI (Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding), en waar nodig met 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 nieuwe 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 versies (25-6-21 en 27-7-2021):

Wijzigingen t.o.v. versie d.d. 9-8-2021:

- In tegenstelling tot landelijke risiconiveaus blijft de behandeladvies zich baseren op de (boven)regionale risiconiveaus waarbij wordt uitgegaan van de afkapwaarden behorend bij de oude regionale risiconiveaus.
- Toegevoegd: definitie van ringonderzoek en uitwerking testbeleid conform ringprincipe.
- Toegevoegd: definitie quarantainetermijn.
- Gewijzigd: het preventief dragen van mondneusmaskers uitgesplitst naar drie (boven)regionale risiconiveaus 'waakzaam', 'zorgelijk' en 'ernstig'.
- Gewijzigd: de persoonlijke beschermingsmiddelen tijdens quarantaine zijn teruggebracht naar het dragen van chirurgisch mondneusmasker (type IIR), handschoenen en halterschort.
- Gewijzigd: bij een kleine uitbraak nogmaals testen op dag 10 van alle negatief getesten, bij een grote uitbraak wekelijks blijven testen.
- Gewijzigd: geen onderscheid meer in vaccinatiestatus en in milde versus matige/ernstige klachten bij opheffen isolatiemaatregelen.
- Gewijzigd: maximale isolatieduur van 14 dagen.
- Toegevoegd: opheffen maatregelen in geval van een gemengd cohort.
- Gewijzigd: overweeg om bij opname bij (boven)regionaal risiconiveau 'zorgelijk' of hoger de vaccinatiestatus van de toekomstige/terugkerende bewoner als leidend te beschouwen bij inschatting van het risicoprofiel.
- Gewijzigd: heropname expliciet toegevoegd aan het hoofdstuk opname/overplaatsing
- Gewijzigd: een aantal restricties voor uitstapjes zijn nu alleen gelinkt aan on(volledig) gevaccineerden.
- Paragraaf 14.5 over bezoek tijdens de stervensfase is vervallen omdat de inhoud niet meer actueel was. De enige relevante passage dat bezoek in de stervensfase mogelijk blijft tijdens een algehele/gedeeltelijke bezoekbeperking staat ook in paragraaf 2.3.

Wijzigingen zijn **vet** gedrukt.

1 Definities, doel, afbakening en algemene opmerkingen

1.1 Definities

- *Bevestigde COVID-19 patiënt*: bevestigd conform laboratorium middels RT-PCR.

² In de rest van het document zal onderscheid worden gemaakt tussen de term bewoner als algemene term als er geen sprake is van (verdenking op) COVID-19 en de term patiënt als er sprake is van (verdenking op) COVID-19.

³ Dit document kan ook door een verpleegkundig specialist en physician assistant worden gebruikt.

- *Casusdefinitie Verenso/NVAVG verdachte patiënt*: 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)
 - verlies van geur en smaak
 - atypische klachten zoals vermoeidheid, algehele malaise delier/verwardheid/sufheid, keelpijn, diarree, misselijkheid/braken en voor de VVT-sector ook vallen.

N.B.1 Voor alle klachten geldt dat het (nieuwe) klachten betreft niet passend bij bekende episodes of verklaarbaar zijn door onderliggende reeds bekende oorzaak
 N.B.2 Beoordeel het voorkomen van symptomen van COVID-19 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 patiënten van dezelfde patiëntencategorie die verzorgd wordt door een vast team van medewerkers en wordt 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 en daarmee het risico op verspreiding van COVID-19 te verminderen. Soms is sprake van verschillende patiëntencategorieën en is sprake van een gemengd cohort (zie definitie).
- *Cohort, COVID-19*: een cohort met bevestigde COVID-19 patiënten.
- *Cohort, gemengd*: een cohort van verschillende patiëntencategorieën, bijvoorbeeld bevestigde COVID-19 patiënten, hoogverdachten (verdenking) en/of laagverdachten (geen klachten maar behoort wel tot contacten). Het ultieme (maar niet altijd haalbare) doel is een dergelijk cohort te voorkomen door isolatie op een 1-persoonskamer of cohortering van COVID-19 patiënten en de rest van de bewoners verder te laten gaan als quarantainecohort (zie definitie).
- *Cohort, quarantaine*: een cohort met patiënten die in quarantaine zijn. Het betreft een cohort waar geen in- en uitstroom van patiënten plaatsvindt.
- *Contacten in kader van bron- en contactonderzoek*: er wordt onderscheid gemaakt in huisgenoten (categorie 1) en overige nauwe contacten (categorie 2).
 - *Categorie 1 contacten (huisgenoten) (1^e ring)*: contacten die in dezelfde woonomgeving leven en langdurig op minder dan 1,5 meter afstand onbeschermd contact hadden met de patiënt tijdens diens besmettelijke periode. Denk bijvoorbeeld aan kleinschalige woonvormen en woongroepen.
 - *Categorie 2 (overige nauwe contacten) (2^e ring)*: dit betreft bewoners of medewerkers die:
 - langer dan 15 minuten op minder dan 1,5 meter afstand onbeschermd contact hadden met een patiënt tijdens diens besmettelijke periode;
 - of
 - onbeschermd een hoogrisicoblootstelling hebben gehad korter dan 15 minuten (bijvoorbeeld in het gezicht hoesten) met een patiënt tijdens diens besmettelijke periode.
- *Gezondheidscheck*: monitoren van klachten (conform casusdefinitie verdachte patiënt) en meten van temperatuur en saturatie.
- *Immuun (werkdefinitie RIVM)*: voor de volgende categorieën personen wordt de term immuun gebruikt in het kader van bron- en contactonderzoek:
 - 14 dagen of langer geleden een vaccinatieserie heeft afgerond (=volledig gevaccineerd);
 - 14 dagen of langer geleden 1 vaccinatie heeft gekregen na een doorgemaakte COVID-19-infectie;
 - COVID-19 heeft doorgemaakt minder dan 6 maanden geleden.

N.B. Het betreft hier een werkdefinitie omdat de personen die voldoen aan één van bovenstaande criteria niet altijd daadwerkelijk immuun zijn voor COVID-19.

- *Incubatietijd*: 2-14 dagen (gemiddeld 5-6 dagen). Bron: [LCI-richtlijn COVID-19](#).
 - *Isolatie*: het afzonderen op een 1-persoonskamer van een patiënt met een bevestigde COVID-19 of met een verdenking op COVID-19.
 - *Onbeschermd contact*: contact dat plaatsvindt zonder persoonlijke beschermingsmiddelen tussen een geïnfecteerd persoon en een niet-geïnfecteerd persoon. Onbeschermd contact kan plaatsvinden vanaf twee dagen voor het ontstaan van de klachten tot aan het instellen van isolatiemaatregelen.
 - *Periode onbeschermd contact*: termijn van 2 dagen (in verband met mogelijk a-/pre-symptomatische overdracht⁴) vóór het ontstaan van klachten tot het ingaan van isolatiemaatregelen.
 - *Quarantaine*: het afzonderen van een bewoner na (mogelijk) onbeschermd contact. De quarantaine vindt plaats op een 1-persoonskamer (indien mogelijk geclusterd) of in een cohort (zie definitie Cohort, quarantaine). Bewoners die klachten krijgen gaan direct in isolatie.
 - **Quarantainetermijn: standaard 10 dagen. De termijn kan worden verkort door het afnemen van PCR-testen vanaf dag 5.**
 - **Ringonderzoek: het testen van asymptomatische bewoners en medewerkers rondom een positieve persoon (bewoner of medewerker) op basis van ringprincipe. Het ringprincipe houdt in dat het testen start in de 1^e ring van contacten (categorie 1 contacten). Bij een positief contact in de 1^e ring wordt het testen van asymptomatische bewoners en medewerkers uitgebreid naar de 2^e ring (categorie 2 contacten).**
 - **Risiconiveaus (boven)regionaal:**
 - **'waakzaam'**: de (boven)regionale besmettingscijfers liggen tussen 0 en 35/100.000 inwoners per 7 dagen⁴ (dit ligt omgerekend gemiddeld tussen 0 en 5/100.000 per dag over de laatste 7 dagen).
 - **'zorgelijk'**: de (boven)regionale besmettingscijfers liggen tussen 35/100.000 en 100/100.000 inwoners per 7 dagen⁵ (dit is omgerekend gemiddeld tussen 5 en ca. 15/100.000 per dag over de laatste 7 dagen).
 - **'ernstig'**: de (boven)regionale besmettingscijfers is 100/100.000 inwoners of hoger per 7 dagen⁴ (dit is omgerekend gemiddeld tussen ca. 15/100.000 of hoger per dag over de laatste 7 dagen).
- N.B.1** Voor het (boven)regionale risiconiveau wordt afgeweken van het landelijk beleid waarbij een landelijk risiconiveau wordt aangehouden uitsluitend gebaseerd op opnamecijfers in het ziekenhuis en op de intensive care. In dit advies wordt derhalve, waar van toepassing, onderscheid gemaakt tussen een landelijk en (boven)regionaal risiconiveau.
- N.B.2** De afkappunten van de (boven)regionaal risiconiveaus zijn gebaseerd op de afkappunten van de oude regionale risiconiveaus.
- **Risiconiveau, landelijk: risiconiveau dat landelijk wordt gehanteerd door de overheid en dat is gebaseerd op landelijke opnamecijfers in het ziekenhuis en op de intensive care.**
 - *Uitbraak*: er is sprake van een uitbraak als er minimaal 2 nieuw bevestigde COVID-19 patiënten zijn op een afdeling/unit/woongroep die epidemiologisch aan elkaar zijn gelinkt.

⁴ Bron: [Inhoudelijke onderbouwing met betrekking tot a-, pre- en vroegsymptomatische transmissie SARS-CoV-2](#) (LCI/RIVM)

⁵ Zie het tabblad 'Positief geteste mensen' op het [coronadashboard](#) per veiligheidsregio (N.B. Kijk naar het gemiddelde over 7 dagen en vermenigvuldig met 7).

- *Vaccinatiegraad*: percentage bewoners dat volledig is gevaccineerd (zie definitie) op het totaal aantal bewoners van een afdeling/unit/woongroep/locatie. Een vaccinatiegraad van 80% of hoger wordt gezien als hoge vaccinatiegraad. Een vaccinatiegraad van minder dan 80% wordt als lage vaccinatiegraad gedefinieerd.
- *Volledig gevaccineerd*: een bewoner wordt als volledig gevaccineerd beschouwd als:
 - het voor het type vaccin aanbevolen aantal vaccinaties is toegediend (bij Comirnaty bijvoorbeeld 2x) en de geadviseerde termijn waarna de optimale bescherming van het vaccin in werking treedt, in acht is genomen (bij Comirnaty bijvoorbeeld 7 dagen na de tweede vaccinatie);
 - 1 vaccinatie is toegediend na een doorgemaakte SARS-CoV-2-infectie en de geadviseerde termijn waarna de optimale bescherming van het vaccin in werking treedt in acht is genomen.

1.2 Doel en afbakening

Het doel van dit behandeladvies is te komen tot snelle en adequate diagnostiek en juiste (ondersteunende) behandeling bij patiënten met (mogelijk) COVID-19 en adequate patiënt- en medewerkergebonden infectiepreventiemaatregelen rondom COVID-19. Het doel van de infectiepreventiemaatregelen is te komen tot risicoreductie waarbij er gestreefd wordt naar een balans in veiligheid en kwaliteit van leven.

Dit behandeladvies betreft diagnostiek en behandeling van en infectiepreventie- en uitbraakmaatregelen bij patiënten met (mogelijk) COVID-19 in verpleeghuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, woonzorgcentra en kleinschalige woonvoorzieningen, mits so of avg hoofdbehandelaar is. Voor patiënten met een indicatie voor geriatrische revalidatie (GRZ) wordt verwezen naar het [Verenso behandeladvies Post-COVID-19 \(Geriatrische\) revalidatie](#) en de [VRA/Verenso richtlijn COVID-19 Revalidatie](#).

1.3 Algemene opmerkingen

- Dit document is een (behandel)advies, indien van toepassing, kan/moet **beargumenteerd en gedocumenteerd** worden afgeweken van dit (behandel)advies.
- Als er sprake is van een noodverordening van de Veiligheidsregio in relatie tot infectie/uitbraakmaatregelen en deze is stringenter dan dit behandeladvies dan is een noodverordening leidend.
- Dit document kan voor de VVT-sector niet los worden gezien van de [handreiking 'Infectiepreventie en antibioticaresistentie: rol van de so/avg'](#). Geef hierbij specifieke aandacht voor scholing rondom het:
 - herkennen van symptomen bij patiënten met mogelijk COVID-19;
 - herkennen van symptomen bij jezelf/medewerkers;
 - gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen.
- Monitor lokale, regionale en landelijke ontwikkelingen/prevalentiecijfers rondom COVID-19.
- 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.
- Zorg dat de vakgroep (inclusief AIOS'en, basisartsen en verpleegkundig specialisten/physician assistants) continu op de hoogte is van (nieuwe) informatie over het coronavirus. Informatie is te vinden op de RIVM-website, deze informatie is leidend.
- Zoek afstemming en informatie-uitwisseling met de GGD, bijvoorbeeld over bron- en contactonderzoek, (boven)regionale prevalentiecijfers/lokale clusters en over positieve medewerkers zodat tijdig maatregelen kunnen worden ingezet.
- Zoek proactief regionale samenwerking met andere verpleeghuizen/vakgroepen, ziekenhuis/-huizen in het adherentiegebied en de veiligheidsregio, e.d. bijvoorbeeld in het kader van verdelen van (persoonlijke beschermings)middelen in tijden van schaarste, concentreren van bevestigde COVID-19 patiënten.
- Zorg dat het bestuur:
 - een uitbraakprotocol heeft opgesteld;

- een structuur met crisis-/uitbraakteam opzet die opnieuw geactiveerd kan worden bij een nieuwe uitbraak/regionale verheffing.
- Artsen hebben de verantwoordelijkheid:
 - om verspreiding waar mogelijk te voorkomen en medewerkers en bewoners 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 bewoners naar het ziekenhuis/opname IC voor onze kwetsbare populatie die vaak een slechte prognose heeft en deze keuze toe te lichten aan de bewoner(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 overdracht 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.
- 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:
 - Onderhoud contact en zoek afstemming met de GGD, afdeling Infectieziekten.
 - Onderhoud contact met het laboratorium die de diagnostiek verzorgt in verband met logistiek/rapportage uitslagen en interpretatie van uitslagen door arts-microbioloog.
 - 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, bewoners/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.

2 Algemene preventie in de instelling

2.1 Basis hygiënemaatregelen voor alle bewoners, medewerkers en vrijwilligers

- Extra aandacht voor de basis hygiënemaatregelen: toepassen handhygiëne en de daaraan gelinkte voorwaarden voor het toepassen van adequate handhygiëne (korte nagels en geen hand- en polssieraden, nagellak en kunst- of gelnagels), hoest/nieshygiëne, persoonlijke hygiëne van medewerkers.
- Hanteer de 1,5 meter-regel, daar waar mogelijk.
- Stimuleer bewoners om regelmatig de handen te desinfecteren of te wassen, in ieder geval voor de maaltijd en na toiletgang.

2.2 Maatregelen bij verhoogde (boven)regionale prevalentie

Door een situatie van verhoogde (boven)regionale prevalentie neemt de kans op introductie van COVID-19 binnen de instelling toe en zijn extra infectiepreventiemaatregelen geïndiceerd. Er is sprake van verhoogde (boven)regionale prevalentie, als de **(boven)regionale** prevalentiewaarde overeenkomt met **(boven)regionale risiconiveau 'zorgelijk' of hoger**

(zie paragraaf 1.1 Definities). N.B. Landelijk geldt een landelijk risiconiveau gebaseerd op ziekenhuis en IC-opnames.

Neem de volgende maatregelen vanaf (boven)regionale risiconiveau 'zorgelijk' en hoger:

- Verminder verplaatsingen van zorgprofessionals tussen locaties/afdelingen/woongroepen. Zorgprofessionals werken (zoveel mogelijk) in verzorgings/behandelcohorten bij een vaste (groep van) patiënten. 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.
- Overweeg een strikter opname/overplaatsingsbeleid: zie hoofdstuk 8.
- Verpleeghuissector en voor de VG-sector aan verpleeghuispopulatie gelijkwaardige kwetsbare doelgroepen:

Bij (boven)regionaal risiconiveau 'waakzaam' (zie paragraaf 1.1 Definities):

- **Overweeg, in overleg met de bewoner, het preventief gebruik van een chirurgisch neusmondmasker (minimaal type II)⁶ door medewerkers tijdens zorg- en behandelcontacten binnen 1,5 meter en door bezoekers binnen 1,5 meter:**
 - Bewoners waarvan bekend is of vermoed wordt dat de vaccinatierespons niet optimaal is;
 - Niet-gevaccineerde bewoners >12 jaar.

Vanaf (boven)regionaal risiconiveau 'zorgelijk' (zie paragraaf 1.1 Definities):

- **Ga over tot het preventief gebruik van chirurgische neusmondmaskers (minimaal type II)⁷ door medewerkers tijdens (zorg-en behandel)contacten binnen 1,5 meter en door bezoekers bij contacten binnen 1,5 meter;**
- **Wees bij binnenactiviteiten (zoals modeshow, muziekavond, kerkdienst) terughoudend met het mengen van groepen. Is dit wel aan de orde dan is het advies om 1,5 meter afstand zoveel mogelijk te waarborgen.**

Vanaf (boven)regionaal risico 'ernstig' (zie paragraaf 1.1 Definities):

- **Ga over tot het preventief gebruik van chirurgische neusmondmaskers (minimaal type II)⁷ vanaf het betreden van het verpleeghuis door medewerkers en bezoekers.**

Toelichting: het preventief gebruik van chirurgische neusmondmaskers (minimaal type II) gebaseerd op (boven)regionale risiconiveaus en het dragen vanaf het betreden van het verpleeghuis vanaf (boven)regionaal risiconiveau 'ernstig' wijkt af van het RIVM-beleid om inloop van het SARS-CoV-2 virus zoveel mogelijk en in een zo vroeg mogelijk stadium van verhoogde (boven)regionale prevalentie te voorkomen.

- VG-sector, doelgroepen die niet gelijkwaardig zijn aan de verpleeghuispopulatie: zie het [standpunt van de NVAVG](#) voor een afwegingskader voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen.

2.3 Maatregelen voor bezoekers

- Zie de [handreiking Bezoek en sociaal contact](#) van ActiZ, Verenso e.a. voor de bezoekregeling voor de VVT-sector. In de handreiking is de notitie [Medisch handelen bij bezoek in verpleeghuizen ten tijde van COVID-19](#) (d.d. 14-9-2020) opgenomen als bijlage.
- Zie de [handreiking](#) van VGN e.a. voor de bezoekregeling voor instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

⁶ Type II maskers zijn alleen bedoeld om te voorkomen dat een medewerker andere personen en de omgeving besmet. Gebruik Type IIR (R staat voor resistent, zijn dus niet-vochtdoorlatend en beschermen daardoor tegen spatten) beschermt de medewerker ook tegen besmetting door een patiënt met (verdenking op) COVID-19 (N.B. Formeel worden deze maskers niet hierop getest. Omdat type II en IIR niet van elkaar zijn te onderscheiden kan er voor worden gekozen om ook bij preventief gebruik te kiezen voor type IIR.

- Indien van toepassing gaan [landelijke maatregelen](#) boven de handreikingen van ActiZ of VGN.
- Zie paragraaf 2.2 voor maatregelen voor bezoekers bij verhoogde (boven)regionale prevalentie.
- Zie paragraaf 5.6 voor maatregelen voor bezoek aan een patiënt met (verdenking op) COVID-19.
- In geval van een grote uitbraak en/of uitbraak waarbij verdere verspreiding optreedt, beslist het bestuur op advies van het crisis/uitbraakteam of opnieuw een (afdelingsgewijze) bezoekbeperking nodig is⁷. Zie voor de verpleeghuizen ook de [handreiking](#) van ActiZ/Verenso e.a. Als een (afdelingsgewijze) bezoekbeperking wordt geadviseerd dan is het van belang dat:
 - De bezoekbeperking wordt beperkt tot de kleinst mogelijk afsluitbare eenheid;
 - De bezoekbeperking voor een zo kort mogelijke periode wordt ingesteld, bijvoorbeeld de tijd die nodig is om de grootte van de uitbraak in kaart te brengen;
 - De afwegingen die een rol spelen bij het advies tot instellen van de bezoekbeperking worden geëxpliciteerd en gedocumenteerd zodat deze transparant en toetsbaar zijn. Afwegingen zijn bijvoorbeeld de (onbekendheid van de) grootte van de uitbraak en/of er is sprake van verdere verspreiding. De vaccinatiegraad zelf speelt geen rol in de afwegingen.
- In locaties met een (afdelingsgewijze) bezoekbeperking wordt een uitzondering gemaakt voor bezoek aan/het afscheid nemen van bewoners in de stervensfase.

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;
 - In geval van een positieve test bevraagd of zij:
 - tijdens de periode van klachten en/of twee dagen voorafgaand aan start van de klachten op bezoek zijn geweest;
 - continu en adequaat een chirurgisch neusmondmasker hebben gedragen.
- Raadpleeg de LCI-richtlijn COVID-19 voor het uitvoeren van [bron- en contactonderzoek](#), typeer de contacten van de bezoeker binnen de instelling (bewoners en medewerkers) als categorie 1 of 2 en neem de benodigde maatregelen op basis van de typering van het contact in categorie 1 of 2 (zie ook paragraaf 4.2.1).
- Bezoeker mag weer op bezoek komen indien de bezoeker voldoet aan de criteria voor het opheffen van de quarantaine dan wel isolatie van het RIVM.

3 Testen, algemene uitgangspunten

- *Testbeleid*: het testbeleid voor de langdurige zorg is gericht op laagdrempelig testen voor optimaal infectiepreventie- en uitbraakbeleid in instellingen. Met laagdrempelig wordt verstaan:
 - Het testen van bewoners met klachten gerelateerd aan COVID-19 dan wel atypische klachten;
 - Het testen van a- en presymptomatische patiënten in de kring rondom één of meerdere bevestigde patiënten conform beleid bron- en contactonderzoek (zie paragraaf 4.2.1) en uitbraakbeleid (zie paragraaf 5.7) om vast te stellen of er sprake is van (verdere) verspreiding van het SARS-CoV-2 virus.
- *Casefinding*: iedere bewoner met verdenking op COVID-19 (zie Verenso casusdefinitie verdachte patiënt) wordt laagdrempelig getest. De so/avg (in de VG-sector kan dit ook een huisarts zijn) maakt zelf een inschatting of en wie er getest moet worden.
- Gebruik een test die gevalideerd is voor de doelgroep van kwetsbare personen in een zorginstelling/kleinschalige woonvormen en houd rekening met de validatie van het

⁷ Zie ook artikel 58.o van de [Tijdelijke wet maatregelen COVID-19](#).

specifieke toepassingsgebied van de test zoals wel/geen klachten. Voor COVID-19-diagnostiek is op dit moment een gevalideerde PCR of andere nucleïnezuur-amplificatietest de eerste, aangewezen test (gouden standaard). Voor meer informatie over testen en duiding van testuitslagen zie de [LCI-richtlijn COVID-19](#) en de bijlage [Aanvullende informatie ten aanzien van diagnostiek](#).

- Laat, in overleg met de arts-microbioloog, bij bewoners die 6 maanden of korter geleden een bevestigde COVID-19 infectie hebben doorgemaakt, een PCR-test afnemen inclusief bepaling van de Ct-waarde.

Toelichting 1: De Ct-waarde (Ct staat voor 'Cycle-threshold' (cyclus-drempel)) is het aantal cycli dat nodig is om het eerste signaal van het virus te kunnen aantonen. Een lage Ct-waarde betekent dat er weinig cycli nodig waren om het virus aan te tonen een hoge Ct-waarde dat er veel nodig waren om het virus aan te tonen. Hoe meer cycli nodig zijn hoe lager de virusload. De virusload is een indicatie voor de mate van besmettelijkheid.

Toelichting 2: zie paragraaf 4.2.3 voor meer informatie over herinfectie.

Toelichting 3: Overleg op basis van de uitslag van de Ct-waarde met arts-microbioloog over isolatiebeleid.

Toelichting 4: Overleg met het laboratorium over de mogelijkheden voor en procedures rondom het bepalen van een Ct-waarde.

- Diagnostiek middels antigeensneltesten: het advies is op dit moment om geen antigeensneltesten in te zetten bij bewoners. Voor de laatste informatie over de inzet van diagnostiek middels antigeensneltesten verwijzen we naar het RIVM-document [Status validatie SARS-CoV-2 antigeensneltesten](#).

Toelichting 1: Er is op dit moment onvoldoende bekend over de validiteit en het toepassingsgebied van antigeensneltesten bij (medewerkers die zorg verlenen aan) kwetsbare personen. Onderzoek naar diagnostiek middels antigeensneltesten bij kwetsbare personen zijn in gang gezet.

Toelichting 2: Antigeensneltesten geven weinig fout-positieve uitslagen, maar kunnen wel fout-negatieve uitslagen geven. Daarom moet een negatieve antigeensneltest bij kwetsbare personen altijd bevestigd worden door een hertest middels een PCR-test waarbij opnieuw een swab moet worden afgenomen. De meerwaarde van een antigeensneltest staat daarmee ter discussie.

- Stem af met de arts-microbioloog/laboratorium over diagnostiek, logistiek, afspraken over uitslagen, interpretatie van uitslagen en het testbeleid.
- Zorg dat medewerkers op de hoogte zijn wanneer en op welke wijze zij een verdenking op COVID-19 van een bewoner moeten melden.
- Overleg op indicatie met de arts-microbioloog over de inzet van serologie.

Toelichting: 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 extramuraal zorg:

- 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 bewoners 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 Verenso casusdefinitie verdachte patiënt in paragraaf 1.1 Definities) conform hoofdstuk 5.
- Neem bij elke patiënt met verdenking op COVID-19 testmateriaal af. Zie ook de [afname-instructie](#). Overweeg, bijvoorbeeld in perioden dat bepaalde virussen (zoals influenza of RS) rondgaan in de algemene bevolking, om bredere virale diagnostiek in te zetten.
- 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: zie paragraaf 4.2 voor verder beleid.

4.2 Bevestigde (asymptomatische) COVID-19 patiënt

- Vervolg de isolatie van een patiënten met een bevestigde COVID-19 (zie Hoofdstuk 5).
- Voer bron- en contactonderzoek uit (zie paragraaf 4.2.1)
- In geval het een eerste bevestigde COVID-19 patiënt betreft: voer op dag 1 en 5 testbeleid uit conform paragraaf 5.7 om zicht te krijgen op mogelijke verspreiding van het SARS-CoV-2 virus.
- Indien er sprake is van een uitbraak (zie paragraaf 1.1 Definities):
 - Afsluiting van de kleinst mogelijk afsluitbare eenheid rondom de bevestigde patiënten waarbinnen mogelijk contacten met onbeschermd contact.
 - Test conform het testbeleid beschreven in paragraaf 5.7
- Meld een bewezen (asymptomatische) patiënt met COVID-19⁸ 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.

4.2.1 Bron- en contactonderzoek

- Voer bron- en contactonderzoek uit naar aanleiding van een bevestigde COVID-19 patiënt:
 - Ga na met welke bewoners en medewerkers de patiënt onbeschermd contact (zie paragraaf Definities) heeft gehad.
 - Typeer de contacten (bewoners en medewerkers) in categorie 1 of 2 (zie voor definities paragraaf 1.1 Definities en het [protocol Bron en contactonderzoek](#) van de LCI-richtlijn COVID-19).
 - Voer alleen brononderzoek uit indien daar aanleiding voor is. Overleg zo nodig met een deskundige infectiepreventie/arts GGD.
 - Zie voor het uitvoeren van het BCO tevens de [Handreiking contactonderzoek bij COVID-19 in instellingen voor langdurige zorg](#) van de LCI-richtlijn COVID-19.

N.B.1 De volgende zorgmedewerkers worden niet als contact geïncludeerd in het contactonderzoek die:

- volledige persoonlijke beschermingsmiddelen (chirurgisch mondneusmasker ten minste type IIR, handschoenen, bril en schort) hebben gedragen gedurende de gehele besmettelijke periode;
- preventief een chirurgisch mondneusmasker ten minste type II en handschoenen hebben gedragen of adequate handhygiëne hebben toegepast bij het contact met een

⁸ COVID-19 is per 28 januari 2020 aangemerkt als groep A-meldingsplichtige ziekte.

patiënt tijdens diens besmettelijke periode, zonder tevens een bril en een schort. Het betreft hier de besmettelijke periode tot aan het moment van het instellen van isolatiemaatregelen, en daarmee het gebruik van volledige persoonlijke beschermingsmiddelen, bij verdenking of een positieve test.

N.B. 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.

- Neem de benodigde maatregelen op basis van de typering van het contact in categorie 1 of 2: zie voor bewoners paragraaf 5.3 en voor medewerkers hoofdstuk 7.

N.B. De maatregelen naar aanleiding van het BCO wijken af van het protocol BCO bij de LCI-richtlijn COVID-19. Dit wordt verantwoord in paragraaf 5.3 en/of hoofdstuk 7 alwaar van toepassing.

- Informeer de GGD over welke bezoekers in de besmettelijke periode van de patiënt onbeschermd contact hebben gehad met 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 (bewoners/medewerkers/vrijwilligers). De contacten in de privé-situatie worden geïnformeerd door de GGD.
- In geval de GGD genoodzaakt is het bron- en contactonderzoek af te schalen is het advies dat de zorginstelling, zover dat mogelijk is, de bezoekers/contacten buiten de instelling informeert. Bijvoorbeeld middels een brief/mail met een link naar de informatiebrief van de GGD en met een verwijzing dat de bezoeker bij vragen contact kan opnemen met de GGD. De informatiebrief voor contacten staat als bijlage bij de LCI-richtlijn COVID-19 onder het kopje [Informatiebrieven](#).

4.2.2 Behandeling COVID-19

- Supportive care blijft de aangewezen behandeling van COVID-19.
- In het document [Medicamenteuze behandelopties bij patiënten met COVID-19 \(infecties met SARS-CoV-2\)](#) van de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) wordt medicatie besproken waarvan verwacht wordt of werd, dat deze een mogelijk gunstig klinisch effect kunnen sorteren voor patiënten met COVID-19. Er worden steeds meer onderzoeksresultaten bekend over de behandeling van COVID-19 die de morbiditeit en mortaliteit van patiënten met COVID-19 kan verminderen. Tot nog toe zijn dit geen studies in de verpleeghuis of VG-setting.
- Experimentele behandeling zonder bewezen effect kan alleen plaatsvinden als de patiënt aan strikte criteria voldoet. Houd rekening met bijwerkingen en dat bij off-label gebruik informed consent van de patiënt(vertegenwoordiger) nodig is.
- Pneumonie en andere symptomen kunnen zoals gebruikelijk behandeld worden, zie hiervoor de [richtlijn Lage luchtweginfecties](#). *N.B.* Vernevelen 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 (FFP2-masker en spatbril/face-shield) 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 zuurstofconcentrators⁹) kan indien aanwezig worden toegediend op basis van beoordeling door de so/avg. Zie hoofdstuk 3 en bijlage 1 in het [behandeladvies](#)

⁹ 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.

[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).

4.2.2.1 Dexamethason en remdesivir

Op dit moment beschrijft het bovengenoemde SWAB-document dat dexamethason en remdesivir een plaats kunnen hebben in de behandeling van COVID-19 in het kader van het verminderen van de morbiditeit en mortaliteit in een ziekenhuissetting. Voor dexamethason is er mogelijkheid tot intraveneuze en orale behandeling, voor remdesivir alleen tot intraveneuze behandeling. Op basis van het SWAB-document en de beschikbaarheid van toedieningsvormen kan het volgende advies worden gegeven:

- Overweeg patiënten met een actief behandelbeleid met een ernstiger beloop waarbij extra zuurstoftoediening noodzakelijk is vanwege saturatiedaling(en) (saturatie \leq 92% en/of ademhaling \geq 24) in te sturen naar het ziekenhuis óf
- Het toedienen van 6 mg dexamethason per os gedurende maximaal 10 dagen op geleide van het klinisch beloop. Starten van dexamethason lijkt alleen zinvol bij patiënten met symptomen langer dan 7 dagen. Raadpleeg zo nodig een longarts.

4.2.2.2 Tromboprofylaxe¹⁰:

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:
 - 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 en/of maligniteit.
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 >100 kg: 1dd 5700 IE
 - Gewicht <30 kg: 1dd 91,5 IE/kg
N.B.1 Pas op voor overdosering bij een verminderde nierfunctie (eGFR < 30 ml/min). Pas zo nodig de dosering naar beneden aan.
N.B.2 Er is geen anti-Xa spiegelcontrole nodig bij profylactische dosering.
 - 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.

¹⁰ 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 Vroege, basisarts Ipse-de Brugge

4.2.3 Herinfectie

- Beschouw bij bewoners in de VVT-sector en kwetsbare bewoners in de VG-sector een nieuwe klachtenepisode in principe als een herinfectie, ook als de nieuwe klachtenepisode plaatsvindt binnen 8 weken na de eerste ziektedag van een eerdere bevestigde COVID-19-infectie.

Toelichting: de door het RIVM gehanteerde definities voor een (mogelijke) herinfectie¹¹ gelden voor immuuncompetente personen. Bovenstaand advies geldt derhalve voor verpleeg- en verzorgingshuisbewoners, kwetsbare personen die langdurige (thuis)zorg ontvangen, personen van 70 jaar of ouder en voor immuungecompromitteerden. Bij overige herstelde personen die een nieuwe klachtenepisode hebben en die eerder een bevestigde COVID-19-infectie hebben doorgemaakt met een eerste ziektedag minder dan 8 weken geleden, wordt voorsnog niet uitgegaan van besmettelijkheid en is opnieuw testen en isolatie niet per definitie nodig, dit in overleg met de GGD.

- Neem in beginsel de gebruikelijke maatregelen zoals omschreven in dit behandeladvies.
- Overleg met een arts-microbioloog/GGD (arts infectieziektenbestrijding) over diagnostiek (onder andere bepalen Ct-waarde) en beleid op maat. Omdat binnen 6 maanden weinig herinfecties worden gezien is het advies om te overleggen met een arts-microbioloog over de diagnostiek en bepalen van de Ct-waarde bij klachten binnen 6 maanden na doorgemaakte COVID-19.
- Meld een mogelijke herinfectie bij de GGD (arts infectieziektenbestrijding).

4.2.4 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.
- Maatregelen voor een asymptomatische COVID-19 patiënt zijn gelijk aan die voor een COVID-19 patiënt met klachten tenzij anders aangegeven.
- 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.
- 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.

5.2 Isolatie en cohortering van (een) patiënt(en) met (verdenking op) COVID-19

Het doel van isolatie is het scheiden van zieken en niet-zieken om de besmettingscyclus te doorbreken.

¹¹ Herinfectie "bewezen": patiënt met een bevestigde SARS-CoV-2-infectie die na een eerdere bevestigde SARS-CoV-2-infectie een klachtenvrije periode had van 8 weken of langer.

Herinfectie, mogelijke: patiënt met een bevestigde SARS-CoV-2-infectie die in de eerste klinische episode geen bewezen infectie had, maar die nauw contact was (categorie 1 of 2) van een index met een bevestigde SARS-CoV-2-infectie en die aansluitend een klachtenvrije periode had van 8 weken of langer. Beide definities gelden voor immuuncompetente personen.

Isolatie op een 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).
- 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.
- Bekijk welke (alternatieve) mogelijkheden er zijn voor 'isolatie'. Ga zo nodig over op cohortering (zie hieronder).
- Zieken en niet-zieken kunnen alleen bij hoge uitzondering een badkamer delen voor de verzorging: niet-zieke eerst, daarna zieke, daarna de ruimte goed reinigen en wastafel/toilet (bediening) en contactpunten desinfecteren met alcohol 70%.

Cohort van bevestigde COVID-19 patiënten

- Ga indien de situatie daarom vraagt, en zo nodig in overleg met een deskundige infectiepreventie, over tot cohortering van bevestigde COVID-19 patiënten (zie [bijlage A](#) in dit document).
- Maak, via/in overleg met het bestuur van de instelling, regionaal afspraken hoe patiënten met COVID-19 (op locaties) te cohorteren.

Gemengd cohort/isolatie op kleinst afsluitbare eenheid

- Met name in geval van woongroepen van niet-instrueerbare bewoners is isolatie van patiënten met (verdenking op) COVID-19 niet altijd mogelijk bijvoorbeeld vanwege dwaalgedrag of niet wenselijk omdat overplaatsing naar een nieuwe omgeving gevolgen kan hebben voor de stabiliteit van de bewoner.
- In zulke situaties kan er, na zorgvuldige afweging en in overleg met de (wettelijk) vertegenwoordigers van de bewoners van de woongroep, voor worden gekozen om de bestaande woongroep in tact te houden. Dan ontstaat een zogenaamd gemengd cohort (zie paragraaf 1.1 Definities). Neem de vaccinatiegraad (zie paragraaf 1.1 Definities) expliciet mee in de zorgvuldige overwegingen. Ook is te overwegen om over te gaan tot omgekeerde isolatie waarbij juist de niet-bevestigde patiënten worden geïsoleerd.

5.3 Maatregelen bij bewoners¹² in geval van (mogelijk) onbeschermd contact¹³

Het doel van quarantaine is het scheiden van mogelijk besmette patiënten van zieken én niet-zieken. Quarantaine maatregelen worden ingesteld op basis van:

- Bron- en contactonderzoek en er sprake is van (mogelijk) onbeschermd contact
- Risicoafweging bij opname
- Risicoafweging na bijvoorbeeld logeren of een uitstapje.

5.3.1 Maatregelen bij categorie 1 en 2 contacten (huisgenoten en overige nauwe contacten)

- Kies in situaties waarin moeilijk onderscheid is te maken tussen categorie 1 en 2 contacten voor maatregelen conform categorie 1.
- Gebruik de volgende *vuistregels* bij het nemen van maatregelen bij categorie 1 of 2 contacten (zie paragraaf 1.1 Definities voor de werkdefinitie van immuun):
 - Immune bewoners die categorie 1-contact zijn zo spoedig mogelijk testen. Deze bewoners kunnen *binnen* hun afdeling/unit/woongroep de gebruikelijke onderlinge contacten met andere bewoners aangaan. Opnieuw testen vanaf dag 5, indien de test negatief kan de bewegingsbeperking beëindigend worden.
 - Immune bewoners die categorie 2-contact testen vanaf dag 5. Zij kunnen hun gebruikelijke contacten en activiteiten *binnen en buiten* de afdeling/unit/woongroep continueren.

¹² Zie hoofdstuk 7 voor maatregelen bij medewerkers die onbeschermd contact hebben gehad.

¹³ Zie paragraaf 5.4.3 voor quarantaine op basis van risico-inschatting in relatie tot opname/uitstapjes.

- Niet-immune bewoners die categorie 1-contact zijn gaan 10 dagen in quarantaine (zie paragraaf 5.3.2 voor de maatregelen) en worden zo spoedig mogelijk getest. Opnieuw testen vanaf dag 5, indien de test negatief is kan de quarantaine beëindigd worden.
- Niet-immune bewoners die categorie 2-contact zijn, gaan 10 dagen in quarantaine (zie paragraaf 5.3.2 voor de maatregelen), en worden zo spoedig mogelijk getest. Opnieuw testen vanaf dag 5, indien de test negatief is kan de quarantaine beëindigd worden.
 - Indien quarantaine een uitzonderlijk grote belasting vormt voor een bewoner uit deze categorie, kan voor die bewoner gekeken worden welke maatregelen proportioneel zijn in verhouding tot het risico op besmetting en verspreiding van het coronavirus. Deze personen kunnen *binnen* hun afdeling/unit/woongroep de gebruikelijke onderlinge contacten met andere bewoners aangaan.

Bron: Handreiking contactonderzoek bij COVID-19 in instellingen voor langdurige zorg.

Toelichting: er sprake van vuistregels omdat het beleid individuele bewoners betreft.

Omdat er ook sprake kan zijn van bewegingsvrijheid binnen en buiten de afdeling/unit/woongroep is het nodig om ook overwegingen aangaande de situatie van de (groep van) bewoners van de eigen en andere afdeling(en)/unit(s)/woongroep(en) te overwegen bij het bepalen van het beleid (zie hieronder).

- Neem, op basis van bovenstaande vuistregels en de proportionaliteit van maatregelen, voor het definitieve beleid bij categorie 1- en 2- contacten de volgende aandachtspunten in overweging ten aanzien van de bescherming van het individu, van de bewoners van de eigen en, indien van toepassing, andere afdeling(en)/unit(s)/woongroep(en):
 - Vaccinatiegraad van de afdeling(en)/unit(s)/woongroep(en);
 - De kwetsbaarheid van de bewoners;
 - Wensen van de bewoners ten aanzien van bescherming tegen besmetting met COVID-19;
 - De belasting van de maatregelen voor de bewoner;
 - De uitvoerbaarheid van de maatregelen;
 - De omgevingsprevalentie ((boven)regionaal risiconiveau).
- Bijzondere situaties:
 - Niet immuun vanwege medische reden:
 - Quarantainebeleid op maat voor het individu;
 - Testbeleid: zo spoedig mogelijk en op dag 5;
 - Niet-instrueerbare/dwalende niet-immune bewoner:
 - Uitgangspunt: geen quarantaine op 1-persoonskamer mogelijk; overweeg gemengd cohort c.q. afsluiten kleinste mogelijke eenheid in overleg met wettelijk vertegenwoordigers van alle bewoners;
 - Testbeleid: zo spoedig mogelijk en op dag 5.

N.B.: Overweeg bij een gemengd cohort de proportionaliteit van het zo spoedig mogelijk testen in geval bij een positieve uitslag niet zal worden overgegaan tot isolatie van positieve bewoners.

5.3.2 Maatregelen bij bewoners in quarantaine

- Maatregelen bij bewoners in quarantaine:
 - Bewoners verblijven op een 1-persoonskamer met eigen sanitair of in een quarantainecohort.
 - Medewerkers gebruiken persoonlijke beschermingsmiddelen conform quarantaine (zie paragraaf 5.4.2).
 - Bewoners die tijdens de quarantaine/incubatieperiode klachten ontwikkelen gaan in isolatie en worden direct getest. Bij een positieve test gaat de positieve patiënt in isolatie of wordt overgeplaatst naar een COVID-19 afdeling.

5.4 Persoonlijke beschermingsmiddelen medewerkers (druppelcontact)

5.4.1 Patiënt met (verdenking op) COVID-19

Gebruik standaard de volgende persoonlijke beschermingsmiddelen¹⁴:

- Schort
 - Niet-vochtdoorlatend schort met lange mouw (PE-coating).
- Masker: chirurgisch mondneusmasker (type IIR)
 - Gebruik een FFP2-masker: Bij handelingen waarbij het bekend is dat veel aerosolen kunnen ontstaan zoals bijv. handelingen aan tracheostoma, vernevelen (alleen in overleg met een longarts) 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 3 uur) of het masker heel nat is.
 - Maskers hoeven i.t.t handschoenen niet te worden gewisseld bij de zorg voor meerdere patiënten achter elkaar.

Toelichting 1: zie LCI-richtlijn [Update onderbouwing Nederlandse adviezen over het gebruik van mondneusmaskers.](#)

Toelichting 2: het dragen chirurgisch neusmondmasker (type IIR) is de norm, gebaseerd op de wijze van overdracht (druppel) van het SARS-CoV-2 virus. Op basis van professionele inschatting en in specifieke situaties, bijvoorbeeld bij risicovolle situaties zoals langdurig nauw contact dichtbij het gezicht van een patiënt met (verdenking op) COVID-19, kan worden gekozen voor een FFP2-masker.

- Handschoenen
- 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.
 - Verlengd gebruik mogelijk.
 - Bij tekorten: hergebruik is mogelijk. Desinfecteer na gebruik met alcohol 70%. Dus niet weggoien!
- Plaats van omkleden:
 - Aankleden: buiten de 'isolatie' kamer (of afdeling/unit/woongroep in geval van COVID-19 cohort)
 - Uittrekken op de kamer buiten een cirkel van 1,5 meter rondom de patiënt.

5.4.1.1 Gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen op een 1-persoonskamer

- Gebruik de persoonlijke beschermingsmiddelen patiëntgebonden. Een uitzondering kan worden gemaakt voor een masker en spatbril, hier kan worden gekozen voor verlengd gebruik (zie hierboven).
- Gebruik de persoonlijke beschermingsmiddelen alleen op de kamer met uitzondering van een masker en spatbril.

5.4.1.2 Gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen op een COVID-19 of gemengde cohortafdeling

- Gebruik handschoenen patiëntgebonden.
- Verlengd gebruik mogelijk voor masker en spatbril.
- Het disposable schort met lange mouwen kan gedurende een hele dienst worden gedragen bij meerdere patiënten met COVID-19. Vervang het schort:
 - in geval van een gemengd cohort: bij overgang van een COVID-19 patiënt naar een niet (bewezen) COVID-19 patiënt, vice versa is vervangen niet nodig.
 - bij zichtbare verontreiniging of beschadiging.

¹⁴ Voor een beschrijving van en eisen aan persoonlijke beschermingsmiddelen zie de bijlage [Uitgangspunten PBM bij verzorging, verpleging of medische behandelingen buiten het ziekenhuis](#) van de LCI-richtlijn COVID-19

- Indien er sprake is van risico op (in)direct contact met lichaamsvochten, slijmvliezen en/of niet-intacte huid: draag een halterschort over het schort met lange mouwen. Gebruik het halterschort patiëntgebonden.

5.4.2 Bewoner in quarantaine op basis van BCO of met een hoog risicoprofiel op basis van risico-inschatting (na (mogelijk) onbeschermd contact)

- Gebruik in geval van quarantaine minimaal de volgende persoonlijke beschermingsmiddelen:
 - **Chirurgisch mondneusmasker (type IIR)**
 - **Handschoenen; N.B. voer adequate handhygiëne uit voor en na gebruik**
 - **Halterschort**

Toelichting 1: Met het dragen van een mondneusmasker en handschoenen worden de belangrijkste verspreidingsroutes (druppels en via oppervlakten) gedekt.

Toelichting 2: quarantaine op basis van hoog-risicoprofiel is gebaseerd op een risico-inschatting voorafgaand aan opname of na een uitstapje (zie respectievelijk Hoofdstuk 8 en 9).

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 buitentank 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 Uitbraakmaatregelen

5.7.1 Algemeen

- Zie paragraaf 1.1 voor de definitie van een uitbraak.
- Formeer een uitbraakteam.
- Formeer een overkoepelend crisisteam in een grote(re) organisatie met meerdere locaties als er sprake is van een groot aantal besmettingen verspreid over meerdere locaties.
- Maak gebruik van expertise op het gebied van infectiepreventie (deskundige infectiepreventie, arts-microbioloog en/of de GGD/arts-infectieziektenbestrijding).

5.7.2 Specifieke uitbraakmaatregelen

- Testbeleid bij n=1:
 - Bewoners: test de bewoners conform BCO (zie paragraaf 5.3.1)
 - Medewerkers: in ieder geval alle medewerkers die nauw contact (categorie 2) zijn of anders alle medewerkers die, vanaf 2 dagen voordat de eerste positieve

- bewoner /medewerker klachten kreeg, hebben gewerkt op de desbetreffende uitbraakafdeling(en)/unit(s)/woongroep(en)/kleinst mogelijk afsluitbare eenheid.
- Testbeleid bij een uitbraak (zie paragraaf 1.1 Definities) op de afdeling/unit/woongroep waar de uitbraak heerst:
 - Test, **op basis van ringonderzoek (zie paragraaf 1.1 Definities)**, en in overleg met een arts-microbioloog/GGD/arts infectieziektenbestrijding/deskundig infectiepreventie, bewoners en medewerkers conform paragraaf 5.3.1 **en test vervolgens op dag 10** nogmaals alle negatief geteste bewoners (categorie 1) en medewerkers en overweeg het testen van negatief geteste categorie 2 bewoners.
 - **Ga, zodra er een besmetting is gevonden in de naastliggende ring, over tot het testen van de 2e ring conform paragraaf 5.3.1.**
 - Ga over tot wekelijks testen van alle negatief geteste bewoners en medewerkers op de afdeling/unit/woongroep waar de uitbraak heerst indien er sprake blijkt van verdere verspreiding. Het wekelijks testen kan worden gestaakt als er geen aanwijzingen zijn voor verdere verspreiding, dit ter beoordeling aan het uitbraakteam.
 - Overleg eventueel, bijvoorbeeld bij een grote en/of een snel toenemende uitbraak, met arts-microbioloog/GGD-arts infectieziektenbestrijding over de wenselijkheid van sequencing.

Bron: B. Buurman, C. Hertogh. [Onderzoeksverslag COVID-19 studie in verpleeghuizen](#), 29-8-2020.

Toelichting 1: het doel van het testen bij de eerste positieve patiënt en het testen conform paragraaf 5.3.1, op **dag 10**/wekelijks **en conform ringonderzoek** is om snel inzicht te krijgen in de grootte van de (mogelijke) uitbraak. Het testen op dag 10 c.q het wekelijks testen draagt bij aan het inzicht is of er sprake is van (verdere) verspreiding van het SARS-CoV-2 virus. Door het testen worden a- en presymptomatische personen (bewoners en medewerkers) en personen met (nog) niet-herkende symptomen gedetecteerd en kunnen aansluitend direct de benodigde maatregelen worden ingezet.

Toelichting 2: als er, in het kader van ringonderzoek, een besmetting wordt gevonden in een naastliggende ring is er sprake van verdere verspreiding.

N.B.1 Houd, bij de afweging van de grootte van de groep die asymptomatisch wordt getest, rekening met de balans tussen effectief uitbraakbeleid en de belasting van de maatregel voor de getesten (proportioneel handelen).

N.B.2 Neem bij een uitbraak contact op met het laboratorium, zodat het laboratorium zich kan voorbereiden op een piek in extra testen.

N.B.3 Voor een medewerker die positief test en eerder een COVID-19-infectie heeft doorgemaakt waarvan de eerste ziektedag minder dan 8 weken¹⁵ geleden is geldt beleid op maat.

- Maatregelen naar aanleiding van de testuitslag:
 - Bewoners met een negatieve testuitslag: quarantainebeleid afhankelijk van de vaccinatiestatus van de bewoner (zie paragraaf 5.3.1).
 - Bewoners met een positieve uitslag gaan in isolatie.
 - Medewerkers: zie hoofdstuk 7.
- Sluit de kleinst mogelijk afsluitbare eenheid rondom de bevestigde patiënten.

5.8 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.

¹⁵ De termijn van 8 weken is bij immunocompetente personen de afkapwaarde of er sprake is van een herinfectie. Conform definitie is binnen 8 weken geen sprake van een herinfectie in geval van een nieuwe klachtenepisode.

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](#)):
 - Koortsvrij: temperatuur onder de 38 graden, zonder koorts remmende medicatie.
 - Symptoomvrij: geen koorts, geen diarree, geen spierpijn, geen keelpijn, geen benauwdheid, geen neusverkoudheid, geen hoesten.
N.B.1 Symptomen zoals door patiënt en/of behandelaar herkenbaar bij hooikoorts, astma, chronische hoest en om andere redenen vallen niet onder symptomen van COVID-19.
N.B.2 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.
- VG-sector: overweeg voor bewoners, woonachtig buiten het instellingsterrein met een laag risicoprofiel op een ernstig beloop, de isolatietermijn aan te houden die geldt voor de gehele bevolking (zie [LCI-richtlijn COVID-19](#)).
- Het afnemen van een PCR-test heeft geen meerwaarde bij het opheffen van de maatregelen omdat de test ook dood virus detecteert en een positieve test daarmee niet gelijk staat aan besmettelijkheid. De test kan nog lange tijd positief blijven. Over de rol van testen anders dan PCR-testen kan nog geen uitspraak worden gedaan.

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).
 - In geval van bevestigde COVID-19 patiënt: tenminste 24 uur symptoomvrij EN 48 uur koortsvrij (zie omschrijving in paragraaf 6.1) EN **minimaal 7 dagen en maximaal 14 dagen**¹⁶ na start symptomen.
N.B. In de termijn van minimaal 7 dagen na start symptomen is rekening gehouden met de termijn van terugval na ca. 5-7 dagen.
- *Opheffen COVID-19 cohort*:
 - Na toestemming uitbraakteam. Algemene uitgangspunten:
 - nadat de laatste patiënt tenminste 24 uur symptoomvrij EN 48 uur koortsvrij (zie omschrijving in paragraaf 6.1) EN **minimaal 7 en maximaal 14 dagen** na start symptomen.
- *Opheffen gemengd cohort*:
 - **Houd een quarantainetermijn aan van 10 dagen, deze gaat (steeds opnieuw) in nadat de laatste bevestigde COVID-19 patiënt tenminste 24 uur symptoomvrij EN 48 uur koortsvrij is (zie omschrijving in paragraaf 6.1) EN minimaal 7 en maximaal 14 dagen na start symptomen. Geen gezondheidscheck nodig op dag 11-14.**
 - **De quarantainetermijn van 10 dagen kan worden verkort zodra alle bewoners negatief zijn getest met een PCR-test vanaf dag 5 (zie ook paragraaf 5.3.1). Geen gezondheidscheck nodig op dag 5-14.**

¹⁶ 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, 21-12-2020))

- **Bevestigde COVID-19 patiënten mogen, indien gewenst, het cohort verlaten als zij voldoen aan de voorwaarden voor het opheffen maatregelen in geval van isolatie op een 1-persoonskamer (zie paragraaf hierboven).
N.B. Indien alle patiënten in het cohort COVID-19 hebben doorgemaakt vervalt de quarantaine.**
- *Opheffen quarantaine:*
 - In geval van quarantaine op 1-persoonskamer: houd de quarantainetermijn aan van 10 dagen. De quarantainetermijn van 10 dagen kan worden verkort bij een negatieve PCR-test vanaf dag 5 (zie ook paragraaf 5.3.1). Geen gezondheidscheck nodig op dag 6-14.
 - In geval van quarantainecohort:
 - Als geen van de bewoners in het quarantainecohort COVID-19 heeft ontwikkeld: houd een quarantaine termijn aan van 10 dagen. De quarantainetermijn van 10 dagen kan worden verkort zodra alle bewoners negatief zijn getest met een PCR-test vanaf dag 5 (zie ook paragraaf 5.3.1). Geen gezondheidscheck nodig op dag 6-14.
 - In geval minimaal 1 patiënt uit het quarantaine cohort COVID-19 heeft ontwikkeld: **opheffen conform gemengd cohort (zie hierboven).**

6.3 Opheffen maatregelen in bijzondere situaties

- *Asymptomatische COVID-19 patiënt¹⁷ op het moment van afname:*
 - Verpleeghuizen en VG-sector aan verpleeghuispopulatie gelijkwaardige kwetsbare doelgroepen:
 - Volledig gevaccineerde bewoner: 5 dagen na afname monster.
 - Niet-volledig gevaccineerde bewoner: 7 dagen na afname van monster.

Toelichting: om uit te sluiten dat de patiënt in de presymptomatische fase verkeert. Indien patiënt in de presymptomatische fase verkeert, zal deze meestal binnen 8 dagen symptomen ontwikkelen.

Bron: B. Buurman, C. Hertogh. [Onderzoeksverslag COVID-19 studie in verpleeghuizen, 29-8-2020](#)).
 - VG-sector overige niet-kwetsbare doelgroepen:
 - Volledig gevaccineerde bewoners: 3 dagen na afname monster.
 - Niet-volledig gevaccineerde bewoners: 5 dagen na afname van monster

N.B. De termijn voor de verpleeghuizen en kwetsbare bewoners in de VG-sector wijkt af van de termijn in de LCI-richtlijn COVID-19 in verband met de kwetsbaarheid van de bewoners.
- *Bij aanhoudende hoestklachten:* tenminste 24 uur sterk afgenomen hoestklachten/klinisch verbeterd (respiratoir en infectieus) EN 48 uur koortsvrij EN minimaal 14 dagen na start symptomen. Overweeg een hertest, met bepaling van de ct-waarden, als er sprake is van een blijvende verdenking van een actieve infectie. Consulteer zo nodig een arts-microbioloog/arts infectieziektebestrijding.
- *Immuungecompromitteerde patiënt:* tenminste 24 uur symptoomvrij EN 48 uur koortsvrij EN minimaal 14 dagen na start symptomen; overweeg een PCR-test na klinisch herstel. 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/arts-infectieziektenbestrijding, opnieuw te testen of serologie te laten doen.

¹⁷ Een asymptomatische patiënt kan mogelijk ook een patiënt zijn waarbij de symptomen niet worden herkend.

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 maar met een huisgenoot of (niet) nauw contact¹⁸ met (klachten passend bij) COVID-19 (dit zijn de categorie 1 en 2 contacten conform paragraaf 1.1 Definities en het [protocol Bron- en contactonderzoek](#) van de LCI-richtlijn 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 bewoners en andere medewerkers er onbeschermd contact is geweest en typeer het contact als categorie 1 of 2 (zie paragraaf 1.1 Definities en het [protocol Bron- en contactonderzoek](#) van de LCI-richtlijn COVID-19);
N.B. Contactonderzoek bij bewoners kan achterwege blijven indien de gehele afdeling(en) waar het onbeschermd contact heeft plaatsgevonden in quarantaine gaat en geen van de bewoners buiten de afdeling/ woongroep contacten heeft gehad (dan is namelijk ook contact met een andere bron een mogelijkheid).
 - zie paragraaf 5.3 voor maatregelen bij bewoners.
 - de desbetreffende medewerkers volgen het beleid van het LCI/RIVM rondom [Testbeleid en inzet zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis](#).

8 Opname en overplaatsingsbeleid¹⁹ (zie bijlage B voor stroomschema²⁰)

Doel: medisch opnamebeleid stelt randvoorwaarden waarmee de kans op introductie van COVID-19 op een afdeling/in een woongroep door opname/overplaatsing²¹ van een nieuwe patiënt die (mogelijk) besmet is met COVID-19 zo klein mogelijk is.

8.1 Algemeen

- Wees op de hoogte van de regionale prevalentie.
- Zorg bij een bevestigde COVID-19 patiënt voor een schriftelijke (en bij voorkeur ook een 'warme') overdracht waarin opgenomen: uitslag en datum van de test en start van de klachten.
- Het opname/overplaatsingsbeleid betreft opname vanuit de thuissituatie of (**her**)opname vanuit een andere instelling. Overplaatsing betreft onderlinge overplaatsing tussen organisaties voor langdurige zorg²².

¹⁸ Het betreft zowel contacten in de privé- als in de werksituatie.

¹⁹ Dit was een apart document. De versie d.d. 18-12 is integraal overgenomen in dit behandeladvies.

²⁰ Wordt momenteel aangepast

²¹ Verder wordt alleen de term opname gebruikt maar wordt ook overplaatsing bedoeld

²² Dit document geldt niet voor overplaatsingen tussen afdelingen of locaties binnen dezelfde organisatie omdat de situatie/context als bekend mag worden verondersteld. Dit document kan voor die situaties wel gebruikt worden als leidraad.

8.2 Inventarisatie situatie voor (her)opname/overplaatsing

Inventariseer voor (her)opname/overplaatsing de situatie van en rondom de bewoner bij bewoner zelf, huisgenoten, familie, zorgaanbieder(s) (instelling/huisarts/thuiszorg):

- Wel/niet gevaccineerd? Type vaccinatie? Datum 1e/2e vaccinatie?
- Aanwezigheid (mogelijke) COVID-19:
 - Is er sprake van (verdenking op) COVID-19 bij de patiënt?
 - Indien sprake van (verdenking op) COVID-19:
 - Test afgenomen? Indien ja:
 - Datum test?
 - Wel-geen klachten tijdens test/uitslag?
- (mogelijk) Onbeschermd contact gehad?
 - Patiënt op dit moment in beeld in het kader van bron- en contactonderzoek door de GGD dan wel heeft de patiënt 14 dagen voorafgaand aan de opname contact²³ gehad met zorgmedewerkers/andere patiënten of huisgenoten/mantelzorgers/familie met (mogelijk/klachten van) COVID-19?
 - Zo ja, wanneer was het laatste contact?
 - Settingspecifieke vragen/opmerkingen (mogelijk) onbeschermd contact bij opname uit:
 - Thuissituatie: heeft een huisgenoot/mantelzorger/familie op dit moment klachten van COVID-19?
 - Andere instelling/overplaatsing: is/was er sprake van een aanwezigheid COVID-19/uitbraak in de instelling/op de afdeling de afgelopen 14 dagen?
- In geval quarantaine nodig is: inventariseer of thuisquarantaine mogelijk is conform de regels van het RIVM voor [patiënten](#) en hun [huisgenoot](#).

Toelichting 1: er is sprake van een heropname als de bewoner >24 uur in een andere instelling heeft verbleven.

Toelichting 2: overplaatsing/(her)opname vanuit een andere instelling gaat op basis van vertrouwen waarbij ervan wordt uitgegaan dat een instelling het actief meldt als er bijzonderheden zijn rondom COVID-19.

8.3 Maatregelen bij bewoner zonder (verdenking op/klachten van) COVID-19

- Of er al dan niet sprake is van (mogelijk) onbeschermd contact is in principe leidend voor het beleid bij opname.
- Bij onbeschermd contact: maatregelen conform het BCO-beleid (zie paragraaf 5.3).
- Als er geen sprake is van onbeschermd contact: Maak een afweging voor het risico op mogelijk onbeschermd contact met een (mogelijke) COVID-19 patiënt op basis van onderstaande criteria. Neem hierbij de [definitie van contacten in het kader van bron- en contactonderzoek](#) van het LCI/RIVM als leidraad. Neem in de risicoafweging de volgende aspecten mee:
 - (boven)Regionale prevalentie (risiconiveau);
 - Vaccinatiestatus van de **toekomstige** bewoner;
 - Vaccinatiegraad van de afdeling/unit/woongroep;
 - Resultaten van de inventarisatie van de situatie voor opname (zie hierboven);
 - (on)Duidelijkheid omtrent de situatie voor opname;
 - Mate van instrueerbaarheid van de patiënt;
 - VG-sector:
 - Kwetsbaarheid van de bewoner en diens toekomstige medebewoners in termen van risicoprofiel op ernstige complicaties of overlijden;
 - De lokale context van het te voeren quarantainebeleid:
 - ✓ Aanwezigheid van eigen voorzieningen/sanitair;
 - ✓ Afhankelijkheid van fysieke verzorging.

²³ Volg hiervoor de [criteria voor bron- en contactonderzoek](#) voor (overige) nauwe contacten van het LCI/RIVM

Toelichting 1: omdat iedere situatie en iedere context anders is, is er voor gekozen om een wegingskader te formuleren op basis waarvan een risicoprofiel kan worden ingeschat.

Toelichting 2: Overweeg om bij (boven)regionaal risiconiveau 'zorgelijk' of hoger (zie paragraaf 1.1 Definities) de vaccinatiestatus van de toekomstige/terugkerende bewoner als leidend te beschouwen in de risicoafweging. Een on(voldoende) gevaccineerde bewoner heeft dan altijd een hoog risicoprofiel.

- Laag risico op mogelijk onbeschermd contact: geen maatregelen
- Hoog risico op mogelijk onbeschermd contact: maatregelen conform BCO-beleid categorie-1 of 2 (zie paragraaf 5.3) waarbij het zo spoedig mogelijk testen bij opname plaatsvindt.
- Vanaf (boven)regionaal risiconiveau 'zorgelijk' en hoger: test bewoners die vanuit de thuissituatie komen bij opname.

8.4 Maatregelen bij patiënt met (verdenking op) COVID-19

Neem, afhankelijk van de resultaten van bovenstaande inventarisatie, de volgende maatregelen bij patiënten met (verdenking op) COVID-19:

- Patiënt met COVID-19: opname uitstellen (bij voorkeur) of isoleren/cohorteren totdat patiënt voldoet aan de criteria voor opheffen van isolatiemaatregelen (zie [Verenso/NVAVG behandeladvies](#)) → daarna naar 'schoon' cohort
- Patiënt met verdenking/klachten: patiënt laten testen voor opname/overplaatsing
 - Positieve test: opname op COVID-19/gemengd cohort of isolatie op 1-persoonskamer conform [Verenso/NVAVG behandeladvies](#)
 - Negatieve test: opname en quarantainebeleid op basis van risicoprofiel (zie Maatregelen bij patiënt zonder (verdenking op/klachten van) COVID-19). Bij blijvende klachten en negatieve test: so/avg beslist over aanhouden/opheffen quarantaine/isolatiebeleid. Eventueel in overleg met een arts-microbioloog/arts infectieziektenbestrijding nogmaals testen.

9 Maatregelen bij (meerdaags) uitstapje

Met uitstapjes worden bijvoorbeeld bedoeld: bezoek aan of logeren bij familie/ouders, bezoek aan horecagelegenheid/pretpark of een (buitenlandse) vakantie.

- Voorwaarden voor uitstapje:
 - Bewoner 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.
 - Er is, indien van toepassing (zie hieronder), bij terugkomst mogelijkheid tot het nemen van quarantainemaatregelen.
 - Buitenlandse vakantie: advies om alleen te reizen naar landen met een groen of geel risiconiveau (conform landelijk beleid).
 - **On(volledig) gevaccineerden** vanaf (boven)regionaal risiconiveau 'zorgelijk' en hoger (zie paragraaf 1.1 Definities):
 - Bezoek aan of logeren bij familie/ouders vindt zoveel mogelijk plaats bij 1 à 2 vaste adressen.
 - Een uitstapje vindt plaats met 1 à 2 vaste begeleider(s).
 - In geval van een groepsuitje/groepsreis (vakantie): het mengen van verschillende instellingen wordt ontraden.
- Vooraf:
 - Informeer de bewoner op basis van de risico-inschatting, waaronder de vaccinatiestatus van de bewoner en van de personen van het te bezoeken adres/locatie, (boven)regionaal risiconiveau van de eigen locatie en die van de bestemming van het uitstapje/de vakantie en daaruit voortvloeiende (mogelijke) gevolgen ten aanzien van **testen en** quarantaine na terugkomst.
 - 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/de vakantie (tot maximaal 14 dagen voorafgaand aan terugkeer van het uitstapje) nauw contact²⁴ geweest met personen met (een mogelijke/klachten van) COVID-19? Zo ja, wanneer was het laatste onbeschermd contact?
 - Bij buitenlandse vakantie/uitstapje: [risiconiveau](#) van het betreffende land²⁵ bij terugkomst.
 - Maak, op basis van de resultaten van bovenstaande inventarisatie en de vaccinatiestatus van de bewoner, een afweging voor het risico op (de gevolgen van) onbeschermd contact.
 - Uitstapje/vakantie in Nederland: neem zo nodig quarantainemaatregelen:
 - Laag risicoprofiel: geen quarantainemaatregelen nodig
 - Hoog risicoprofiel: quarantaine conform paragraaf 5.3
 - Groepsreis: bij terugkomst eenmalig PCR-test aanbieden.
 - Uitstapje/vakantie in het buitenland: volg, als inreizen in Nederland is toegestaan, bij terugkomst het [landelijk beleid](#) met betrekking tot testen, quarantaine en het tonen van een test- of coronabewijs met daarbij de volgende aanpassingen/aanvullingen:
 - Aanpassing: alleen PCR-testen gezien de validiteit en betrouwbaarheid van de antigeenzelftesten. VG-sector: voor wilsbekwame bewoners in niet-kwetsbare woongroepen kan een uitzondering worden gemaakt.
 - Groen land (EU/Schengen):
 - ✓ Aanvulling: bij hoog risicoprofiel op basis van bovenstaande inventarisatie risico op onbeschermd contact: volg beleid voor niet-groene landen.
 - Niet-groen land (EU/Schengen):
 - ✓ Aanvulling voor on(volledig) gevaccineerden: contacten beperken tot binnen de afdeling/woongroep tot aan de testuitslag van dag 2 (niet-kwetsbare medebewoners) of dag 5 (kwetsbare medebewoners);
 - Niet-EU/Schengen: geen aanpassingen/aanvullingen.
 - Zeer hoog risicoland:
 - ✓ Aanvulling: quarantaine vindt plaats op 1-persoonskamer met eigen sanitair.

10 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, de vaccinatiestatus van de bewoner, (boven)regionale prevalentie en risico-inschatting op onbeschermd contact.
- Conform de FMS-Leidraad 'Persoonlijke bescherming in de (poli)klinische setting vanwege SARS-CoV-2' (versie 11 d.d. 210506) neemt het ziekenhuis 1-3 dagen voor het

²⁴ Volg hiervoor de [criteria voor bron- en contactonderzoek](#) voor (overige) nauwe contacten van het LCI/RIVM

²⁵ Zie de European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) voor het 2-wekelijks aantal daadwerkelijke besmettingen per 100.000 bewoners in [Europa](#) of [wereldwijd](#).

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 bewoner en mantelzorger/vrijwilliger: bij verlaten instelling, bij binnenkomst ziekenhuis, na bezoek arts, bij binnenkomst instelling

11 Vaccinatie

- Voor inhoudelijke aspecten rondom de uitvoering van COVID-19 vaccinatie zie [LCI-richtlijn Uitvoering COVID-19 vaccinatie](#).
- Voor medische aandachtspunten: zie document [Medische aandachtspunten bij vaccinatie met Comirnaty](#)
- Voor de organisatie van de uitvoering van COVID-19 vaccinatie zie de [werkinstructies](#) van het RIVM (onder het kopje Werkinstructies).
- **In oktober 2021 is de uitvoering van een derde vaccinatie voor ernstig gecompromitteerden gestart. In [deze brief](#) staat nadere informatie over welke patiëntgroepen in aanmerking komen voor de derde vaccinatie, het selectieproces en de uitvoering. Het uitnodigen geschiedt in tranches. Indien bekend is dat een bewoner wel aan de indicatie voldoet maar niet meer bekend is bij een medisch specialist dan kunnen deze bewoners door een so of avg uitgenodigd en gevaccineerd worden.**
- **Begin november 2021 wordt een advies van de Gezondheidsraad verwacht over de wenselijkheid van een boostervaccinatie en zo ja, welke doelgroepen daarvoor in aanmerking komen.**

12 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.

13 Overige maatregelen

- Ventilatie: zie de [bijlage](#) bij de LCI-richtlijn COVID-19. Het bestuur is verantwoordelijk voor adequate ventilatie.
- Vervoer: zie de LCI-richtlijn COVID-19 voor de volgende maatregelen:
 - [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](#).

14 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):

- 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.

14.1 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.

14.2 Afschalen van zorg/code zwart

- In geval van (sterk) verhoogde lokale/regionale incidentie van COVID-19 kan een situatie ontstaan dat er keuzes gemaakt moeten worden in de zorg. Zie de [handreiking 'Keuzes in de VVT zorg in tijden van COVID-19'](#) op welke manier deze keuzes gemaakt moeten worden.
- Fase 3: code zwart: Verenso heeft samen met ActiZ, V&VN, en Zorgthuisnl een '[Afwegingskader Fase 3: code zwart scenario](#)' opgesteld voor de VVT-sector. Bijlage 3 van het afwegingskader betreft het [Medisch beleid in \(de aanloop naar\) code zwart](#). Het afwegingskader bereidt voor op een situatie waarin de zorgverlening tot een absoluut minimum moet worden beperkt, het 'Fase 3: code zwart scenario' en vormt een onderdeel van een landelijk beleidskader voor alle sectoren, dat nog in ontwikkeling is onder regie van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), en biedt input voor de regionale afwegingen zowel binnen de VVT als in de keten.

14.3 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.
- Zorgvuldig gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen bij andere indicaties dan COVID-19 door strikte naleving van protocollen, om onnodig gebruik en schaarste te voorkomen.

14.4 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 bewoners 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.

Dankwoord

Verenso en NVAVG zijn de expert- en klankbordgroep zeer erkentelijk voor het geven van inhoudelijke reactie op de gewijzigde onderdelen van deze (en/of eerdere) versies van dit document.

Bijlage A: Cohortering²⁶

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:
 - COVID-19 cohort. Alleen bevestigde patiënten (zieken) (COVID-19 cohort, dit is een dynamisch cohort); doel: geven van intensieve zorg en vaak goede palliatieve zorg.
 - 'Schoon' cohort. 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.
 - Quarantainecohort: bewoners 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 opname/overplaatsingsbeleid](#)) waarbij bewoners 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 situatie waarbij er sprake is van verdere verspreiding en er geen duidelijke scheiding is tussen zieken en niet-zieken.
- Type cohortering hangt onder andere af van verhouding zieken/niet zieken, isolatiemogelijkheden op 1-persoonskamer, type patiëntengroep, instrueerbaarheid bewoners, 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 bewoner en iedere medewerker binnen zijn/haar eigen groep (cohort) blijft²⁷;
- 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.

²⁶ Bron WIP-richtlijn Norovirus voor Verpleeghuizen, woonzorgcentra en voorzieningen voor kleinschalig wonen voor ouderen (2016)

²⁷ 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 bewoners.

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.

Bijlage B: Stroomschema Opname/overplaatsingsbeleid

