

- update 12.05.20 | 18.00 uur (aangepaste versie)

Behandeladvies COVID-19 Acute fase en nazorg

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

Inhoud

Meeleesgroep	3
Inleiding	4
1. Definities, afbakening en algemene opmerkingen	4
1.1 Definities	4
1.2 Afbakening	5
1.3 Algemene opmerkingen	5
2. Algemene preventie in de instelling	6
2.1 Basis hygiënemaatregelen voor alle patiënten, medewerkers en vrijwilligers	6
2.2 Organisatorische maatregelen	6
2.3 Maatregelen voor bezoekers	6
3. Testen, algemene uitgangspunten	7
4. Patiënt met (verdenking op) COVID-19	7
4.1 Patiënt met verdenking op COVID-19	7
4.2 Bevestigde COVID-19 patiënt	7
4.2.1 Melden en contactonderzoek	7
4.2.2 Behandeling COVID-19	8
4.2.3 Palliatieve fase	9
5. Maatregelen bij patiënten met (een mogelijke) COVID-19 en na (mogelijk) en bij (mogelijk) onbeschermd contact	9
5.1 Algemeen	9
5.2 Isolatie en cohortering	10
5.3 Quarantaine	10
5.4 Persoonlijke beschermingsmiddelen medewerkers (druppelcontact)	10
5.4.1 Patiënt na onbeschermd contact (quarantaine)	11
5.5 Reiniging en desinfectie	11
5.5 Overige maatregelen	12
6. Opheffen maatregelen	12
6.1 Algemeen	12
6.2 Opheffen maatregelen per type isolatie	12
7. Maatregelen bij medewerkers met klachten van hoest, verkoudheid, koorts	13
8. Stervensfase en overlijden	13
8.1 Stervensfase	13
8.2 Overlijden	14
9. Dankwoord	14
Bijlage A: Cohortering	15
Algemeen	15
Doel	15
Werkwijze	15

Meeleesgroep

Namens Verenso:

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

Namens NVAVG:

- Gerjanne Vlasveld.

Meelezende externen/adviseurs

- Andrea Eikelenboom (deskundige infectiepreventie)
- Leslie Isken (RIVM/LCI)
- Simone Krooswijk ((deskundige infectiepreventie)
- Jolande Nelson (deskundige infectiepreventie)

Inleiding

Het behandeladvies *COVID-19 Acute fase en nazorg voor verpleeghuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, woonzorgcentra en kleinschalige woonvoorzieningen (mits hoofdbehandelaar)* van Verenso en NVAVG is opgesteld voor medische zorg aan de patiënten/cliënten¹ van specialisten ouderengeneeskunde (so) en artsen verstandelijk gehandicapten (avg). Dit doen wij in afstemming met een aantal meelezende so/avg, het RIVM/LCI (Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding), ActiZ en Vereniging Gehandicapten Nederland. Voor dit behandeladvies volgen we voor de infectiepreventie/uitbraakmaatregelen de [richtlijnen van het RIVM/LCI](#). Waar wordt afgeweken wordt dit toegelicht. COVID-19 is een nieuw ziekte, gaandeweg wordt meer bekend op basis waarvan we dit document zullen updaten. Vragen en opmerkingen over (de inhoud van) dit document kunt u mailen aan richtlijnen@verenso.nl. Voor Verensoleden: goede voorbeelden voor de aanpak van corona kunnen worden gedeeld via het Prikbord op de website van Verenso.

Belangrijkste wijzigingen t.o.v. voorgaande versie

- Herstructurering van het document
- Gewijzigd: casusdefinitie verdachte patiënt
- Toegevoegd: definitie onbeschermd contact
- Vervallen: minimaal 24 uur klachten voor testen
- Toegevoegd: bij negatieve test: in geval van sterke verdenking isoleren voortzetten en eventueel hertesten.
- Toegevoegd: tromboseprofylaxebeleid
- Gewijzigd: termijn en criteria voor opheffen isolatie, nadere omschrijving van klachtenvrij

Alle relevante wijzigingen zijn vet gedrukt.

1. Definities, afbakening en algemene opmerkingen

1.1 Definities

- *Bevestigde patiënt*: bevestigd conform laboratorium middels RT-PCR.
- *Casusdefinitie Verenso/NVAVG verdachte patiënt*: de patiënt heeft last van **minimaal één** van de volgende symptomen:
 - koorts of een koortsachtig gevoel. N.B. Ouderen ontwikkelen niet altijd koorts maar kunnen wel een koortsachtig gevoel hebben
 - hoesten
 - kortademigheidof
 - er is een Covid-19 verdenking op basis van de klinisch blik van de arts: patiënten met atypische presentatie van klachten, **zoals delier en vermoeidheid**, en klachten die niet passend zijn bij bekende episodes of verklaarbaar zijn door onderliggende bekende oorzaak.

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

- *Casusdefinitie verdachte patiënt*: het RIVM hanteert geen casusdefinitie meer maar heeft testbeleid opgesteld voor diverse doelgroepen.
- *Cohort*: een groep van patiënten die is afgescheiden van andere patiënten met als doel zieken, mogelijk zieken en niet-zieken alsmede de medewerkers die zorg verlenen aan deze patiënten zoveel mogelijk (preventief) van elkaar te scheiden.
- *Isolatie*: isolatie in 1-persoonskamer.
- ***Onbeschermd contact*: contact dat plaatsvindt zonder persoonlijke beschermingsmiddelen tussen een geïnfecteerd persoon en een niet-geïnfecteerd persoon voordat maatregelen werden ingesteld.**
- *Periode onbeschermd contact*: termijn van ca. 1-2 dagen (in verband met mogelijk pre-symptomatische overdracht²) vóór het ontstaan van klachten tot het ingaan van isolatiemaatregelen.

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

² Bron: Leidraad Persoonlijke bescherming in de (poli)klinische setting vanwege SARS-CoV-2 (FMS, 29-04-2020)

- *Quarantaine(cohort)*: periode van 14 dagen na (mogelijk) onbeschermd contact in een cohort of op een 1-persoonskamer (indien mogelijk geclusterd). Het betreft een cohort waar geen in- en uitstroom van patiënten plaatsvindt, bij instroom gaat de termijn van 14 dagen opnieuw lopen.
- *Uitbraak*: er is sprake van een uitbraak als er minimaal twee bevestigde COVID-19 patiënten zijn op een afdeling.

1.2 Afbakening

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

1.3 Algemene opmerkingen

- De ontwikkelingen volgen elkaar, zeker in crisistijden, zo snel op dat er, indien van toepassing, afgeweken kan/moet worden van dit behandelbeleid.
- Na 1-2 bewezen COVID-19 patiënten wordt gehandeld vanuit het uitgangspunt dat er een uitbraak is op de afdeling/unit/woongroep/locatie. Zie ook het hoofdstuk [uitbraakbeleid](#) in de Handreiking 'Infectiepreventie en antibioticaresistentie: rol van de so/avg'.
- In geval van uitbraak:
 - een situatie die crisismanagement vereist waarbij het gaat om snel handelen en schakelen met de diverse betrokkenen.
 - er is geen tijd voor lange overwegingen of discussies! Het uitbraakteam is in 'the lead'!
 - formeel in geval van een grote(re) organisatie met meerdere locaties een overkoepelend crisisteam.
 - maak gebruik van expertise op het gebied van infectiepreventie.
- Probeer zoveel mogelijk te anticiperen op toekomstige situaties, denk bij wijze van spreken twee stappen vooruit!
- We hebben een grote verantwoordelijkheid om verspreiding waar mogelijk te voorkomen en te vertragen om druk op het gezondheidszorgsysteem daar waar mogelijk te verminderen en mensen te beschermen; medewerkers en patiënten.
- De verantwoordelijkheid strekt zich uit tot het nemen van verantwoorde keuzes bij het insturen van patiënten naar het ziekenhuis/opname IC voor onze kwetsbare populatie die meestal een slechte prognose heeft en deze keuze toe te lichten aan de patiënt(vertegenwoordiger). Zie ook de [Leidraad](#) 'Triage behandeling thuis, verpleeghuis of ziekenhuis *bij ouderen met COVID19*' of de [Leidraad](#) 'Verwijzing van de volwassen *patiënt met een verstandelijke beperking en (verdenking op) COVID-19*'.
- Voor de VG-sector is een [medisch paspoort](#) ontwikkeld. Het is een hulpmiddel voor overdacht van cliënten met een beperking aan het ziekenhuis waarbij men een snel beeld krijgt van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en een inschatting te kunnen maken of de cliënt een IC-opname aankan.
- Zet stevig in op preventie: vroegtijdige signalering, screening en isolatie/cohortering van (verdachte) patiënten met COVID-19 **en patiënten met (mogelijk) onbeschermd contact** is van groot belang, **alsmede het detecteren van en instellen van maatregelen bij medewerkers met onbeschermd contact**.
- Registreer de bevestigde en de mogelijke COVID-19 ziektegevallen om zicht te krijgen op verspreiding en zinnige inzet van beschermende middelen en cohortverpleging. Verschillende elektronische dossiers bieden dit al aan.
- Wijs één so/avg aan als coördinator. Dit is ook degene die contact onderhoudt met de GGD. Taken zijn bijvoorbeeld:
 - Zorgt dat de vakgroep (inclusief AIOS'en, basisartsen en verpleegkundig specialisten) continu op de hoogte is van (nieuwe) informatie over het coronavirus. Informatie is te vinden op de RIVM-website, deze informatie is leidend.
 - Onderhoudt contact met de GGD, afdeling Infectieziekten.
 - Zorgt zo nodig voor aansluiting en overleg met (coördinerend) so/avg van collega zorgorganisaties in de regio. Zorg voor (digitale of telefonische) betrokkenheid bij regio-overleg van GGD/GHOR.
- Van belang is dat alle afspraken over eventueel niet-behandelen op basis van advance care planning goed gedocumenteerd in de patiëntendossiers terug te vinden zijn! Voor de VG-sector is er een '[Gespreksformat ACP en Corona](#)' ontwikkeld.
- [Schaarste](#) In geval van schaarste (=voorraad van hooguit 1 à 2 dagen) aan:

- Persoonlijke beschermingsmiddelen: zorgaanbieders geven via een [digitaal platform](#) van Mediq voor het Landelijk Hulpmiddelen Consortium³ (LCH) aan wat ze nodig hebben.
- 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.**
- Verwijs collega's, patiënten/familie en medewerkers naar de informatie op de site van het RIVM.
- Het RIVM heeft een speciale informatielijn voor vragen over coronavirus geopend. Het nummer is 0800-1351. Bezorgde familieleden kunnen naar dit nummer worden verwezen.
- Zie ook de webpagina van [ActiZ](#) en [VGN](#) over corona, wij nemen relevante informatie zoveel mogelijk mee in onze berichtgeving.

2. Algemene preventie in de instelling

2.1 Basis hygiënemaatregelen voor alle patiënten, medewerkers en vrijwilligers

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

2.2 Organisatorische maatregelen

- Ga per direct over op het leveren van alleen de noodzakelijkste behandeling/basiszorg, zoals geen MDO's, reviews, vaste visiterondes.
- Beperk uw aanwezigheid op afdelingen en lever zover dat mogelijk is zorg op afstand: bespreek vragen vanuit afdelingen zoveel mogelijk telefonisch, organiseer mogelijkheden voor beeldbellen of andere manieren van zorg op afstand.
- Bespreek met collega-behandelaren welke individuele patiënten in aanmerking blijven komen voor medisch noodzakelijke behandeling door paramedici. Zorg ook bij hen voor minimale verplaatsingen tussen locaties.
- Werk met wisseldiensten om uitval door ziekte van artsen en behandelaren te voorkomen.
- Minimaliseer verplaatsingen van zorgprofessionals tussen locaties/afdelingen/ woongroepen. Zorgprofessionals werken (zoveel mogelijk) in cohorten bij een vaste (groep van) patiënten. In geval van introductie van een (mogelijke) besmetting van een patiënt óf een medewerker is dan snel te achterhalen wie van de patiënten of medewerkers (mogelijk) onbeschermd contact had.
- Neem geen deel aan fysieke bijeenkomsten en houdt uw artsenoverleg ook digitaal.

2.3 Maatregelen voor bezoekers

- Per 19 maart 2020 is er een kabinetsbesluit dat alle bezoek uit verpleeghuizen moeten worden geweerd, dit ter voorkoming van verdere verspreiding van COVID-19 en ter bescherming van de medewerkers. Deze maatregel geldt voor alle (soorten) afdelingen en ook voor aanleunwoningen die gecombineerd zijn met een verpleeghuis.
- **Per 11 mei laten de eerste verpleeghuizen onder strenge voorwaarden weer bezoekers toe. Zie voor de medische voorwaarden de notitie [Medisch handelen bij bezoek in verpleeghuizen ten tijde van COVID-19](#). De effecten op de verspreiding van COVID-19 worden gemonitord.** In verpleeghuizen waar bezoek wordt geweerd kan een uitzondering worden gemaakt voor patiënten in de stervensfase. Creëer dan een situatie dat patiënt naar een andere, 'afgelegen' kamer in het verpleeghuis wordt gebracht waar het bezoek niet/zo min mogelijk de normale loop van andere patiënten en medewerkers kruist. Limiteer het bezoek zoveel als mogelijk.

³ Het Landelijk Hulpmiddelen Consortium koopt medische hulpmiddelen waaraan tekort dreigt gezamenlijk in.

- Per 23 maart 2020 is er een [bezoekregeling](#) voor instellingen voor verstandelijk gehandicapten ingesteld.
- Laat bezoekers handhygiëne toepassen en nies- en hoesthygiëne hanteren en adviseer een fysieke afstand van minimaal 1,5 meter van medewerkers en eventuele andere patiënten.

3. Testen, algemene uitgangspunten

- Testbeleid: het testbeleid voor de langdurige zorg is gericht op **laagdrempelig testen voor** optimaal infectiepreventiebeleid in instellingen en, waar van toepassing, bij patiënten met een hoog risico op ernstig beloop van COVID-19 als zekerheid over de diagnose van belang is voor de optimale behandeling of verpleging van de patiënt.
- *Casefinding*: iedere patiënt met verdenking op COVID-19 (zie Verenso casusdefinitie verdachte patiënt) wordt getest, tenzij er (nog) geen consequenties mogelijk zijn qua isolatiebeleid wegens organisatorische belemmeringen (bijv. geen COVID-19 cohort). De so/avg maakt zelf een inschatting of en wie er getest moet worden.
- Zorg dat de instelling zelf een aantal testsets op voorraad heeft via de GGD of neem contact op met het eigen laboratorium. Een volledige lijst van laboratoria dat een SARS-CoV-2-test aanbiedt is te vinden in de bijlage [Aanvullende informatie diagnostiek](#) van de LCI-richtlijn COVID-19.
- Stem met het laboratorium af of ook andere virale diagnostiek gelijktijdig ingezet kan worden (denk bijvoorbeeld aan influenza of RS).
- Zorg dat medewerkers op de hoogte zijn wanneer en op welke wijze zij een (mogelijke) besmetting moeten melden.

4. Patiënt met (verdenking op) COVID-19

4.1 Patiënt met verdenking op COVID-19

- Isoleer patiënten met een verdenking op COVID-19
- Neem bij elke patiënt met verdenking op COVID-19 testmateriaal af, tenzij er (nog) geen consequenties mogelijk zijn ten aanzien van isolatiebeleid, en vraag diagnostiek aan. Zie de [afname-instructie](#).
- Maatregelen naar aanleiding van de testuitslag (zie ook Maatregelen p7-11):
 - negatieve test: isolatie opheffen, **in geval van sterke verdenking isoleren voortzetten en eventueel hertesten.**
 - positieve test: isolatie voortzetten of (o)verplaatsing naar COVID-19 cohort (afgeschermd (deel van een) afdeling/unit/locatie). In geval geen van beiden (nog) uitvoerbaar is, lokaal bekijken welke maatregelen nodig zijn om de kans op verspreiding te minimaliseren.

4.2 Bevestigde COVID-19 patiënt

4.2.1 Melden en contactonderzoek

- Meld een bewezen patiënt met COVID-19⁴ direct bij de GGD van de woon- of verblijfplaats van de patiënt. N.B.1 Zorg dat is vastgelegd wie binnen de instelling/organisatie melding doet van een besmetting met COVID-19 bij de GGD. N.B.2 Meld ook een overlijden van een bevestigde COVID-19 patiënt bij de GGD.
- **De instelling is verantwoordelijk voor het doen van contactonderzoek binnen de instelling, de GGD voor het contactonderzoek buiten de instelling.**
- Ga na met welke patiënten en medewerkers de patiënt onbeschermd contact (zie paragraaf Definities) heeft gehad:
 - Zet patiënten die onbeschermd contact hebben gehad 14 dagen in quarantaine (zie paragraaf 5.3).
 - Medewerkers die onbeschermd contact hebben gehad dragen gedurende 14 dagen preventief een chirurgisch neusmondmasker (type II⁵) en handschoenen (handschoenen wisselen bij elke patiënt) **ongeacht op welke afdeling ze werken; bij voorkeur niet werken op een 'schone' afdeling. Indien klachten ontstaan zie hoofdstuk 7.**

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

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

N.B.1 Dit advies wijkt af van de voorschriften van het RIVM omdat klachten duidend op corona specifiek kunnen zijn bij deze patiëntengroep en daarmee mogelijk later worden opgemerkt, er is mogelijk sprake van présymptomatische overdracht en medewerkers spelen mogelijk een rol in de verspreiding. Deze adviezen dragen naar verwachting bij het doorbreken van de besmettingscyclus.

N.B.2 Contactonderzoek bij patiënten en medewerkers van de desbetreffende afdeling kan achterwege blijven indien bij een positieve patiënt of medewerker de gehele desbetreffende afdeling(en) in quarantaine gaat.

- De zorginstelling is verantwoordelijk voor het informeren van de contacten intern (cliënten/medewerkers). De contacten in de privé-situatie dienen geïnformeerd te worden in afstemming met de GGD (afhankelijk van de schaalgrootte van de epidemie). Er staat een informatiebrief voor contacten als bijlage bij de [LCI-richtlijn COVID-19 onder het kopje Informatiebrieven \(gewijzigde versie d.d. 19-3-20\)](#).

4.2.2 Behandeling COVID-19

- Er is geen bewezen behandeling tegen het Coronavirus naast supportieve care bij complicaties. Het belangrijkste is te streven naar het voorkomen van besmetting met COVID-19. Ter informatie: in het SWAB-document [Medicamenteuze behandelopties bij patiënten met COVID-19 \(infecties met SARS-CoV-2\)](#) worden medicijnen besproken waarvan verwacht wordt of werd, dat deze een mogelijk gunstig klinisch effect zouden kunnen sorteren voor patiënten met COVID-19 (infectie met SARS-CoV-2).
- Experimentele behandeling zonder bewezen effect zal alleen plaatsvinden als de patiënt aan strikte criteria voldoet. Houd rekening met bijwerkingen en dat bij offlabel gebruik informed consent van de patiënten(vertegenwoordiger) nodig is.
- Longontsteking en andere symptomen kunnen zoals gebruikelijk behandeld worden, zie hiervoor de [richtlijn Lage luchtweginfecties](#). N.B. Vernevel niet in verband met de (mogelijke) verspreiding van het coronavirus. Indien vernevelen toch nodig is (in overleg met een longarts) omdat inhalatiemedicatie onvoldoende verlichting geeft het vernevelen toepassen in een 1-persoonskamer en persoonlijke beschermingsmiddelen gebruiken.

N.B. Dit is niet conform de Leidraad Medische procedures die een infectieuze aerosol genereren (IAGP) met SARS-CoV-2 (FMS, 29-4-2020). Vernevelen leidt vaak tot hoesten, uit voorzorgsprincipe worden persoonlijke beschermingsmiddelen geadviseerd.

- Maximale ondersteunende therapie (supportive care) in de vorm van zuurstoftoediening (zoals met behulp van zuurstofconcentrators⁶) kan indien aanwezig worden toegediend op basis van beoordeling door de so/avg. Zie het [behandeladvies Post-covid-19 GRZ](#) voor voorzieningen rondom (H3) en suppletie en afbouw van zuurstof (bijlage 1). Onderzoek mogelijkheden om zuurstof boven de 5 liter/min te geven (venturi masker of non rebreathing masker).
- Tromboprofylaxe⁷: bij opname in het ziekenhuis wordt conform een recent uitgebrachte [Leidraad COVID-19 coagulopathie](#) (NIV e.a., 16 april 2020) geadviseerd om tromboseprofylaxe te geven aan patiënten met COVID-19. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen IC-patiënten en reguliere opnames vanwege COVID-19. Met name bij IC-patienten die worden beademd wordt een hoge incidentie gezien van trombotische complicaties. Er zijn op dit moment geen signalen dat dit speelt in de langdurige zorg.

Overweeg tromboseprofylaxe:

- **VVT-sector: bij ernstig zieke COVID-19 patiënten met een actief behandelbeleid (al dan niet met ziekenhuisopname), zeker als in het verleden een diep veneuze trombose of longembolie is doorgemaakt en/of er sprake is van een sterke teruggang in mobiliteit;**
- **VG-sector: bij ernstig zieke COVID-19 patiënten, ongeacht de leeftijd van de patiënt. Dit geldt met name bij die patiënten die normaal gesproken naar het ziekenhuis worden verwezen, maar waarbij dat nu mogelijk niet gebeurt in verband beperkte opname capaciteit of de kwetsbaarheid van de patiënt. Over het algemeen zullen dit bedlegerige patiënten zijn met meerdere dagen koorts en/of extra zuurstofbehoefte.**

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

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

N.B.1 Wees terughoudend met tromboseprohylaxe bij bekende verhoogde bloedingsneiging (denk aan GI-bloeding) of bekende trombocytopenie <30 x 10⁹/L.

N.B.2 Immobilititeit bij tetraplegie is normaal gesproken geen reden voor standaard tromboseprohylaxe.

- **Start tromboseprohylaxe met een LMWH (Low molecuulair weight heparin) zoals nadroparine.**

Dosering advies nadroparine voor volwassenen en kinderen vanaf 12 jaar:

- **Gewicht 30-100kg: 1dd 2850 IE**
- **Gewicht >100kg: 1dd 5700 IE**
- **Gewicht <30kg: 1dd 91,5 IE/kg**

N.B.1 Pas op voor overdosering bij een verminderde nierfunctie (eGFR < 30ml/min). Pas zo nodig de dosering naar beneden aan.

- **N.B.2 Er is geen anti-Xa spiegelcontrole nodig bij profylactische dosering. Staak de tromboseprohylaxe 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 trombocyt te bepalen.**
- **Wees te allen tijde beducht op trombotische complicaties zoals een trombosebeen of een longembolie. Bij een klinisch verdenking verricht (indien gewenst) onderzoek, eventueel in overleg met de internist(-hematoloog). Denk aan labonderzoek, echo en eventueel CT-scan met longembolie-protocol.**

4.2.3 Palliatieve fase

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

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

5.1 Algemeen

- Maatregelen hebben als doel om de besmettingscyclus te doorbreken en verdere verspreiding van SARS-CoV-2 te voorkomen.
- Maak gebruik van de kennis en ervaring binnen de instelling met betrekking tot andere uitbraken als influenza, norovirus, MRSA/BRMO.
- Blijf, aan de hand van klachten (zie casusdefinitie verdachte patiënt, continu monitoren of en welke maatregelen nodig zijn; wees ook alert op patiënten die klachtenvrij zijn en die na ca. 5-7 dagen opnieuw klachten krijgen.
- Er zijn 3 typen isolatie:
 - Isolatie op 1-persoonskamer
 - Cohortering
 - Quarantaine
- De volgende situaties kunnen ontstaan:
 - beheersbare situatie:
 - patiënt(en) met (verdenking op) COVID-19 worden geïsoleerd op een 1-persoonskamer.
 - meerdere patiënten met (verdenking op) COVID-19 in groepsverband (cohortering= duidelijke scheiding van zieken en niet-zieken)
 - onbeheersbare situatie:
 - een groep patiënten waarvan niet duidelijk is welke patiënten en/of medewerkers onbeschermd contact hebben gehad c.q. besmet zijn (vaak een PG-afdeling) (gemengd cohort = geen scheiding van zieken en niet-zieken)

In de regel zal er, gezien de woonomstandigheden in de intramurale langdurige zorg, zeker als het om kleinschalige woonvormen/woongroepen gaat, sprake zijn van een glijdende schaal bij het toenemen van patiënten met (verdenking op) COVID-19. De snelheid waarmee dat gebeurt is niet te voorspellen.

5.2 Isolatie en cohortering

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

Isolatie van patiënten (op 1-persoonskamer)

- Isoleer de patiënt met (verdenking op) COVID-19 in een 1-persoonskamer met eigen sanitair, verplaats de patiënt indien nodig. Bij mensen met dementie en toezichtbehoefte is isolatie op 1 persoonskamer moeilijk te realiseren. Zie tips op <https://www.vilans.nl/artikelen/tips-omtrent-het-coronavirus-en-de-verpleeghuiszorg>.
- Indien er geen 1-persoonskamer met sanitair beschikbaar is, of verplaatsen niet mogelijk is: inventariseer hoe deze situatie kan worden gecreëerd of ga op zoek naar een 'second best' situatie. Er is geen 'one size fits all' qua 'isolatie'. Mogelijkheden zijn sterk afhankelijk van de lokale situatie voor wat betreft bouw, inrichting en de betreffende patiënt(-engroep).
- Bekijk welke (alternatieve) mogelijkheden er zijn voor 'isolatie'.
- Zieken en niet-zieken kunnen een badkamer delen: niet-zieke eerst, daarna zieke, daarna de ruimte goed reinigen en wastafel/toilet (bediening) en contactpunten desinfecteren met alcohol 70%.

Cohortering (in verband met uitbraak)

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

5.3 Quarantaine

Het doel van quarantaine is het scheiden van (mogelijk) besmette patiënten van zieken én niet-zieken. Periode van quarantaine bedraagt 14 dagen (=maximale incubatietijd) nadat de laatste patiënt klachtenvrij is (zie omschrijving in hoofdstuk 6).

- Plaats patiënten die onbeschermd contact hebben gehad vanaf 14 dagen na het laatste onbeschermd contact in een quarantainecohort of op een 1-persoonskamer.
- Patiënten die tijdens de quarantaineperiode klachten ontwikkelen worden direct geïsoleerd en getest. Bij een positieve test blijft de positieve patiënt in isolatie of wordt overgeplaatst naar een COVID-19 afdeling. Voor het quarantainecohort gaat opnieuw een quarantaineperiode in van 14 dagen.

5.4 Persoonlijke beschermingsmiddelen medewerkers (druppelcontact)

5.4.1 Patiënt met (verdenking op) COVID-19

Gebruik standaard de volgende persoonlijke beschermingsmiddelen⁸:

- Schort:
 - een schort met lange mouw met PE-coating. In geval van schaarste aan schorten (met PE-coating):
 - gebruik een 'normaal' schort met lange mouwen en draag er een halterschort overheen;
 - of
 - draag een halterschort over de dienstkleding met korte mouw, neem bij handhygiëne na uittrekken persoonlijke beschermingsmiddelen de onderarmen mee.

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

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

5.4.1 Patiënt na onbeschermd contact (quarantaine)

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

N.B. Dit voorschrift wijkt af van de standaard persoonlijke beschermingsmiddelen (en daarmee van de voorschriften van het RIVM) omdat het om een andere groep patiënten gaat, namelijk die onbeschermd contact hebben gehad en dus *mogelijk* besmet zijn. Er is geen sprake van (een concrete verdenking) op COVID-19.

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.

5.5 Reiniging en desinfectie

- Zie voor reiniging en desinfectie: <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/reiniging-desinfectie-en-sterilisatie-de-openbare-gezondheidszorg>.
- Reinig en desinfecteer dagelijks de 'isolatie' kamer met nadruk op handcontactpunten.
- In geval van een gemengd cohort waarbij zieken en niet-zieken op één unit/afdeling/woongroep verblijven: reinig minimaal dagelijks; reinig en desinfecteer (alcohol 70%) de handcontactpunten **en horizontale oppervlakten tweemaal daags (ook in de algemene ruimten)**.

- Reinig en desinfectie van zuurstofconcentrators:
 - Volg geldende voorschriften vanuit de fabrikant, hierbij aandacht voor reiniging van het groffilter en buitenkant apparaat;
 - Als dit mogelijk is (meestal niet of alleen met tussenkomst van de technische dienst) vervang hepafilter bij een patiënt met (verdenking op) COVID-19 na ontslag of overlijden;
 - Desinfectie apparaat met alcohol 70% kan, na reiniging, worden uitgevoerd, mits het apparaat buiten werking staat. Combinatie van alcohol met zuurstof en eventuele statische lading kan leiden tot spontane verbranding van alcohol.

5.5 Overige maatregelen

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

6. Opheffen maatregelen

6.1 Algemeen

- Beoordeling van het klachtenvrij zijn van een patiënt en daarmee het opheffen van maatregelen is aan een so/avg.
 - **Omschrijving klachtenvrij (bron [RIVM](#)): ten minste 24 uur symptoomvrij EN 48 uur koortsvrij EN minimaal 14⁹ dagen na de start symptomen**
 - **Koortsvrij: temperatuur onder de 38 graden, zonder koorts remmende medicatie.**
 - **Symptoomvrij: geen koorts, geen diarree, geen spierpijn, geen keelpijn, geen benauwdheid, geen neusverkoudheid. Symptomen zoals door patiënt en/of behandelaar herkenbaar bij hooikoorts, astma, chronische hoest om andere redenen vallen niet onder symptomen van COVID-19. Moeheid, anosmie, dysgeusie en postvirale hoest spelen geen rol bij de definitie van symptoomvrij. Deze klachten kunnen een paar dagen tot weken langer aanhouden, zoals bekend is bij andere virale verwekkers, zonder dat nog sprake is van besmettelijkheid.**
 - **Start symptomen: ook wel de eerste ziektedag. Indien deze niet bekend is kan de datum van de monsterafname genomen worden.**
- N.B.1 In de termijn van 14 dagen na klachtenvrij is rekening gehouden met de termijn van terugval na ca. 5-7 dagen.**

6.2 Opheffen maatregelen per type isolatie

- Opheffen isolatie (1-persoonskamer):
 - in geval van verdenking op COVID-19: na definitieve uitslag negatieve test, tenzij de klachten aanleiding zijn om de verdenking te handhaven (eventueel hertesten) dan wachten tot klachtenvrij (zie omschrijving).
 - in geval van bevestigde patiënt: patiënt is klachtenvrij (zie omschrijving).
- Opheffen cohortering:
 - na toestemming uitbraakteam. Algemene uitgangspunten:
 - in beheersbare situatie (duidelijke scheiding van zieken en niet-zieken): nadat de laatste patiënt klachtenvrij is (zie omschrijving).
 - in onbeheersbare situatie: 14 dagen (=maximale incubatietijd) nadat de laatste patiënt klachtenvrij is (zie omschrijving). Gedurende deze 14 dagen is sprake van quarantaine.
N.B. Indien alle patiënten in het cohort COVID-19 hebben doorgemaakt kan de periode van quarantaine vervallen.
- Opheffen quarantaine:
 - In geval van quarantaine op 1-persoonskamer: na 14 dagen

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

- In geval van quarantainecohort:
 - Als geen van de patiënten in het cohort COVID-19 heeft ontwikkeld: na 14 dagen
 - In geval minimaal 1 patiënt uit het cohort COVID-19 ontwikkeld: 14 dagen (=maximale incubatietijd) nadat het laatste onbeschermd contact is geweest met de laatste COVID-19 patiënt.
- In geval van (verdenking op) COVID-19: opschalen naar isolatie.
- **Opheffen maatregelen in bijzondere situaties**
 - **Immuungecompromitteerde patiënt met COVID-19: zie omschrijving klachtenvrij; overweeg 2 keer testen met 24 uur ertussen.**
 - **Bij aanhoudende hoestklachten: ten minste 24 uur sterk afgenomen hoestklachten/klinisch verbeterd (respiratoir en infectieus) EN 48 uur koortsvrij EN minimaal 14 dagen na start symptomen; overweeg eenmalig testen.**
 - **Bij op het moment van afname asymptomatische persoon: minimaal 72 uur na afname van monster; om uit te sluiten dat patiënt in de presymptomatische fase verkeert. Indien patiënt in de presymptomatische fase verkeert, zal deze binnen 72 uur symptomen ontwikkelen.**

7. Maatregelen bij medewerkers met klachten van hoest, verkoudheid, koorts

- Medewerkers met klachten van hoest, verkoudheid en/of koorts volgen het beleid van het RIVM rondom [Inzet en testbeleid medewerkers verpleeghuizen, woonzorgcentra en kleinschalige woonvormen](#) en dragen een chirurgisch neusmondmasker (type II/**IIR**¹⁰) en handschoenen (handschoenen wisselen bij elke patiënt) tot aan de uitslag van de test.
- Om enerzijds oudere en kwetsbare personen zo goed mogelijk te beschermen tegen COVID-19 en anderzijds de continuïteit van zorg voor deze groepen in stand te houden is een advies opgesteld door het RIVM voor de inzet en testbeleid van zorgpersoneel buiten het ziekenhuis. Er is een specifieke uitwerking voor [verpleeghuizen, woonzorgcentra en kleinschalige woonvormen](#).
- Voer contactonderzoek uit in geval van een positieve test:
 - ga na met welke patiënten en medewerkers er onbeschermd contact is geweest;
 - plaats de desbetreffende patiënten 14 dagen in quarantaine;
 - de desbetreffende medewerkers dragen gedurende 14 dagen preventief een chirurgisch neusmondmasker (type II) en handschoenen (handschoenen wisselen bij elke patiënt) **en worden bij voorkeur niet ingezet op een 'schone' afdeling.**
 - **contactonderzoek bij patiënten en medewerkers in de instelling kan achterwege blijven indien de afdeling(en) waar het onbeschermd contact heeft plaatsgevonden in quarantaine gaan.**

8. Stervensfase en overlijden

8.1 Stervensfase

- Schat in wanneer de stervensfase begint. Normaliter is dit op basis van de richtlijn '[Zorg in de stervensfase](#)' (ongeveer 4 à 5 dagen vooraf aan het overlijden). **De eerste ervaringen lijken er op te wijzen dat dit bij een patiënt met (vermoedelijke) COVID-19 sneller kan verlopen. Informeer in dat geval de familie daarover zodat zij desgewenst nog afscheid kunnen nemen.** Basisarts en VS/PA stemmen hierover af met hun superviserend specialist ouderengeneeskunde. Kaderartsen palliatieve zorg kunnen eventueel hierover geconsulteerd worden.
- Het advies is, het bezoek van naasten in deze fase toe te staan voor maximaal 1 à 2 vaste personen. Het is aan de patiënt/vertegenwoordiger om te bepalen wie dat zijn.
- Helaas is het vanwege schaarste niet altijd mogelijk bezoekers van beschermende kleding/middelen te voorzien. Hierover moeten zij van te voren geïnformeerd worden met

¹⁰ Gebruik een type II als alleen sprake is van bescherming van de patiënt tegen een mogelijke besmette medewerker, gebruik type IIR als de medewerker ook zichzelf moet beschermen tegen een (mogelijk) besmette patiënt.

het advies bij voorkeur op 1,5 meter afstand te blijven. Als er geen persoonlijke beschermingsmiddelen aan naasten verstrekt kunnen worden, adviseer dan de naasten die nabij contact hebben gehad met de stervende dat zij na het overlijden twee weken thuisisolatie in acht nemen.

- Veel zorginstellingen hebben een contactpersoon aangesteld voor vragen van de familie/nabestaanden.
- Verken binnen de eigen instelling welke mogelijkheden er zijn om ook tijdens deze crisis geestelijke zorg voor de stervende en zijn naasten te bieden.
- ActiZ heeft - zolang de maatregelen van kracht zijn - geadviseerd dat de overledene zo snel mogelijk wordt overgedragen aan een mortuarium. Dit om de kans op verspreiding en besmetting te verkleinen. Het advies is de aanwezige nabestaanden te vragen om binnen een uur na het overlijden afscheid te nemen van de overledene.

8.2 Overlijden

- Zie de informatie op de website van het RIVM: https://www.rivm.nl/coronavirus/covid-19/informatie-voor-professionals/postmortale_zorgverlening.
- Meld het overlijden van een bevestigde COVID-19 patiënt bij de GGD.

9. Dankwoord

Verenso en NVAVG is de meelesgroep/adviseurs zeer erkentelijk voor het geven van inhoudelijke reactie op de gewijzigde onderdelen van deze (en/of eerdere) versies van dit document. Overigens blijft Verenso en niet de meelezende personen verantwoordelijk voor het gepubliceerde bericht.

Bijlage A: Cohortering ¹¹

Algemeen

- Zie definities voor definitie van een cohort
- Raadpleeg zo nodig een deskundige infectiepreventie bij het instellen van cohortering voor (praktische) adviezen op maat;
- Globaal vier typen cohorten:
 - Alleen bevestigde patiënten (zieken) (COVID-19 cohort, dit is een dynamisch cohort); doel: geven van intensieve zorg en vaak goede palliatieve zorg.
 - Zonder bevestigde patiënten (niet zieken)
 - Gemengd: zieken en niet zieken; ultieme (maar niet altijd haalbare) doel is een dergelijk cohort te voorkomen door besmette bewoners **te isoleren op een 1-persoonskamer of** over te plaatsen naar een COVID-19 cohort en de rest groep verder te laten gaan als quarantaine cohort.
 - Quarantaine: patiënten met verhoogd risico door onbeschermd contact; **doel: scheiden van mogelijk besmette patiënten van zieken en niet-zieken in een cohort.**
 - Optioneel: opname-afdeling; dit is een afdeling waar opnames **waarbij** 14 dagen quarantaine **wordt geadviseerd (zie [Medisch opnamebeleid](#))** waarbij patiënten geclusterd worden geïsoleerd op een 1-persoonskamer.
- Samenstelling cohort qua patiëntencategorieën is afhankelijk van de beheersbaarheid van de situatie. Bij een beheersbare situatie is er sprake van een duidelijke scheiding tussen zieken en niet-zieken. Bij een onbeheersbare situatie bestaat het cohort uit zieken en niet-zieken én is er sprake van verspreiding.
- Type cohortering hangt onder andere af van verhouding zieken/niet zieken, isolatiemogelijkheden op 1-persoonskamer, type patiëntengroep, instrueerbaarheid patiënten, de woonsituatie, beleid ten aanzien van wel/niet verplaatsen e.d.
- Inbrengen of verlaten van een COVID-19 cohort:
 - in een cohort worden geen nieuwe patiënten ingebracht die niet ziek zijn, *m.a.w. in een cohort worden alleen nieuwe patiënten ingebracht met een positieve test.*
 - COVID-19 patiënten mogen niet eerder dan dat zij die klachtenvrij zijn (zie omschrijving in paragraaf Opheffen maatregelen) het cohort verlaten.

Doel

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

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

Werkwijze

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

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

Houdt bij het instellen van cohorten onder andere rekening met:

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

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

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

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

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

én

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

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

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

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

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