

- versie d.d. 27-10-2022

## **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 .....	6
1.3 Algemene opmerkingen .....	7
2 Algemene preventie in de instelling .....	8
2.1 Basis hygiënemaatregelen voor alle bewoners, medewerkers en vrijwilligers .....	8
2.2 Maatregelen bij verhoogde prevalentie.....	8
2.3 Maatregelen voor bezoekers .....	9
2.3.1 Maatregelen in geval van bezoek met (klachten van) COVID-19 .....	10
3 Testen, algemene uitgangspunten .....	10
4 Patiënt met (verdenking op) COVID-19 .....	11
4.1 Patiënt met verdenking op COVID-19 .....	11
4.2 Bevestigde COVID-19 patiënt .....	11
4.2.2 Behandeling COVID-19 .....	11
4.2.2.1 Dexamethason .....	12
4.2.2.2 Remdesivir .....	12
4.2.2.3 Overige antivirale middelen .....	12
4.2.2.4 Tromboseprofylaxe .....	13
4.2.2.5 Inhalatiecorticosteroiden .....	13
4.2.3 Herinfectie.....	13
4.2.4 Palliatieve fase.....	14
5 Maatregelen bij patiënten met (een mogelijke) COVID-19 en bij (mogelijk) onbeschermd contact .....	14
5.1 Algemeen.....	14
5.2 Isolatie en cohortering van (een) patiënt(en) met (verdenking op) COVID-19.....	14
5.3 Maatregelen bij bewoners in geval van (mogelijk) onbeschermd contact .....	15
5.3.1.1 Maatregelen in geval van één positieve patiënt.....	15
5.3.1.2. Maatregelen in geval van een uitbraak .....	15
5.3.1.3. Quarantainemaatregelen bij bewoner die nauw contact is van een positief geteste persoon buiten de instelling .....	15
5.4 Persoonlijke beschermingsmiddelen medewerkers (druppelcontact).....	15
5.4.1 Patiënt met (verdenking op) COVID-19 .....	15
5.4.1.1 Gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen op een 1-persoonskamer .....	16
5.4.1.2 Gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen op een COVID-19 of gemengde cohortafdeling .....	16
5.4.2 Gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen op een 1-persoonskamer .....	16

5.5 Reiniging en desinfectie .....	16
5.6 Maatregelen voor bezoek aan een patiënt met (verdenking op) COVID-19 .....	16
5.7 Uitbraakmaatregelen .....	17
5.7.1 Algemeen .....	17
5.7.2 Specifieke uitbraakmaatregelen .....	17
5.7.2.1. Maatregelen in geval van een uitbraak .....	17
5.8 Overige maatregelen .....	18
6 Opheffen maatregelen .....	18
6.1 Algemeen.....	18
6.2 Opheffen maatregelen per type maatregel .....	18
6.3 Opheffen maatregelen in bijzondere situaties.....	19
7 Maatregelen bij medewerkers met een besmettingsrisico en bij medewerkers (of hun huisgenoten/nauwe contacten) met klachten passend bij COVID-19 .....	20
8 Opname en overplaatsingsbeleid .....	20
8.1 Algemeen.....	20
8.2 Inventarisatie situatie voor (her)opname/overplaatsing.....	20
8.3 Maatregelen bij bewoner zonder (verdenking op/klachten van) COVID-19 .....	21
8.4 Maatregelen bij patiënt met (verdenking op) COVID-19 .....	21
9 Vaccinatie .....	21
10 Overlijden.....	22
11 Overige maatregelen .....	22
Dankwoord.....	22
Bijlage A: Cohortering .....	23
Doel.....	23
Werkwijze.....	23

## 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 1-10-2020 tot 14-7-2022)
- Willemijn Hensbroek (vanaf 14-7-2022)

### Klankbordgroep<sup>1</sup>

- Andrea Eikelenboom, deskundige infectiepreventie (namens VHIG) (vanaf 1-11-2020 tot en met 15-12-2021)
- Jolande Nelson, deskundige infectiepreventie (namens VHIG) (vanaf 15-3-2022)
- Jaap ten Oever en Kitty Sliker, 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)

### Ondersteuning

- Else Poot, beleidsadviseur/manager team Kwaliteit, Verenso
- Thijs Janssen, projectmedewerker Verenso (vanaf 24-3-2022)

---

<sup>1</sup> 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/bewoners<sup>2</sup> door specialisten ouderengeneeskunde (so) en artsen verstandelijk gehandicapten (arts VG)<sup>3</sup>. 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.

Vragen en opmerkingen over (de inhoud van) dit document kunt u mailen aan [richtlijnen@verenso.nl](mailto: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(s) (14-4-2022):

- Gewijzigd: maatregelen in geval van een uitbraak. Afwegingskader met opties voor het instellen van uitbraakmaatregelen, gebaseerd op een aantal overwegingen.
- Gewijzigd: gelijkstellen van maatregelen voor bewoners die zijn geboosterd of na 1-1-2022 een infectie hebben doorgemaakt en bewoners waarbij dit niet het geval is.
- Gewijzigd: uitvoering van bron- en contactonderzoek (BCO) vereenvoudigd door alle bewoners op dezelfde afdeling/unit/woongroep te beschouwen als een nauw contact bij een COVID-19 infectie op deze afdeling/unit/woongroep.
- Gewijzigd: risico-inventarisatie bij opname/overplaatsing vereenvoudigd.
- Gewijzigd: actualisering behandelmogelijkheden n.a.v. adviezen SWAB en NHG.
- Verwijderd: diagnostiek door gebruik van afgifte van Ct-waarde (om een mogelijke herinfectie te bepalen) en serologie
- Verwijderd: hoofdstukken over maatregelen bij (meerdaags) uitstapje, polikliniekbezoek en een (dreigende) crisissituatie.
- Gewijzigd: actualisering van terminologie en verwijzingen.

Wijzigingen zijn **vet** gedrukt.

## 1 Definities, doel, afbakening en algemene opmerkingen

### 1.1 Definities

- **Bevestigde COVID-19 patiënt:** bevestigd conform laboratorium middels RT-PCR (**of, indien er een gegronde reden voor het afnemen is, een antigeensneltest**).
- **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.

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

(Amsterdam UMC, juni 2020)

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

---

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Dit document kan ook door een verpleegkundig specialist en physician assistant worden gebruikt.

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.

N.B.3 Wees alert op andere symptomen die op de voorgrond kunnen staan bij een besmetting met de heersende variant.

- *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.
- *Cohort, quarantaine*: een cohort met bewoners die allen in quarantaine zijn.
- *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.
- *Nauw contact*: **contacten die mogelijk onbeschermd contact hebben gehad met een geïnfecteerd persoon en daardoor een verhoogd risico hebben op een infectie.**
- *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 overdracht<sup>4</sup>) vóór het ontstaan van klachten tot het ingaan van isolatiemaatregelen.
- *Quarantaine*: het afzonderen van een bewoner na (mogelijk) onbeschermd contact. De quarantaine vindt plaats in een cohort (zie definitie Cohort, quarantaine). Bewoners die klachten krijgen gaan direct in isolatie. Het doel van quarantaine is het scheiden van mogelijke besmette patiënten van zieken én niet-zieken.
- *Quarantainetermijn*: standaard 10 dagen.
- *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.

## 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 een specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten hoofdbehandelaar is. **Voor patiënten met een indicatie voor geriatrische revalidatie (GRZ) na een COVID-19 infectie wordt verwezen naar de [VRA/Verenso richtlijn Revalidatie na COVID-19](#) en het [Verenso behandeladvies Post-COVID-19 \(Geriatrische\) revalidatie](#),**

---

<sup>4</sup> Bron: LCI-richtlijn COVID-19

**welke een praktische uitwerking van de richtlijn bevat en adviezen geeft over de behandeling zoals die in de geriatrische revalidatie wordt geboden aan patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt.**

### 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 specialist ouderengeneeskunde'](#). 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.
- Zorg dat de vakgroep (inclusief AIOS'en, basisartsen, verpleegkundig specialisten en 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 specialist ouderengeneeskunde/arts voor verstandelijk gehandicapten 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 dat 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) specialist ouderengeneeskunde/arts voor verstandelijk gehandicapten 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.
- Voor de maatregelen die gelden bij polikliniekbezoek wordt verwezen naar de [FMS-Leidraad 'Persoonlijke bescherming in de \(poli\)klinische setting vanwege SARS-CoV-2'](#).
- **Jaarlijkse beleidsregels die van toepassing zijn voor COVID-19 in de Wlz zijn op de [website van de NZa](#) te vinden.**
- 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 polsieraden, nagellak en kunst- of gelnagels), hoest/nieshygiëne, persoonlijke hygiëne van medewerkers.
- Stimuleer bewoners om regelmatig de handen te desinfecteren of te wassen, in ieder geval voor de maaltijd en na toiletgang.
- Voldoende frisse lucht/ventilatie (zie ook hoofdstuk 11).

### 2.2 Maatregelen bij verhoogde prevalentie

Door een situatie van verhoogde prevalentie neemt de kans op introductie van COVID-19 binnen de instelling toe en zijn onderstaande aanvullende infectiepreventiemaatregelen geïndiceerd. Wegens versoepelingen in het testbeleid in de algemene bevolking geven algemene landelijke en (boven)regionale besmettingscijfers een onvoldoende betrouwbaar beeld over een verhoogde prevalentie. Hierdoor kunnen enkel indirecte cijfers een indicatie geven over een verhoogde prevalentie. Neem de volgende overwegingen mee in de overweging om aanvullende infectiepreventiemaatregelen in te zetten:

- De aanwezigheid van COVID-19 binnen de instelling bij één of meerdere patiënten en/of medewerkers.
- Verhoogde (boven)regionale prevalentie (zie het [Coronadashboard COVID-19](#), waar per veiligheidsregio de besmettingscijfers in de verpleeghuiszorg, het aantal besmette verpleeghuislocaties en de rioolwatermeting zijn weergegeven, welke een indicatie over een verhoogde prevalentie geven). Neem zo nodig contact op met de GGD.
- De kwetsbaarheid van de bewoners in de instelling.

Aanvullende infectiepreventiemaatregelen:

- Houd daar waar mogelijk 1,5 meter afstand tot elkaar.
- Ga over tot het preventief gebruik van een chirurgische neusmondmasker (minimaal type II)<sup>5</sup> door medewerkers tijdens (zorg-en behandel)contacten binnen 1,5 meter en

---

<sup>5</sup> 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



door bezoekers bij contacten binnen 1,5 meter om verspreiding tijdens direct patiëntcontact zo veel mogelijk te beperken.

*Toelichting:* Dit heeft als nadeel, vergeleken met het preventief dragen van neusmondmaskers vanaf het betreden van het verpleeghuis, dat men moet blijven nadenken aan het op- en afzetten van het neusmondmasker en hier sneller fouten in maakt;

- Ga wanneer dit proportioneel geacht wordt, bijvoorbeeld door zeer verhoogde (boven)regionale besmettingscijfers of verdere verspreiding binnen de instelling, over tot het preventief gebruik van een chirurgische neusmondmasker (minimaal type II) vanaf het betreden van het verpleeghuis door medewerkers en bezoekers.  
*Toelichting:* Hierdoor wordt ook verspreiding, bijvoorbeeld tussen medewerkers, zo veel mogelijk beperkt. Bijkomend voordeel is dat men niet na hoeft te denken over het op- en afzetten van neusmondmaskers;
- Verminder verplaatsingen van zorgprofessionals tussen locaties/afdelingen/woongroepen. Zorgprofessionals werken (zoveel mogelijk) in preventieve verzorgings/behandelcohorten bij een vaste (groep van) patiënten. Contacten vinden voornamelijk plaats binnen de groep maar het cohort is niet gesloten. Ook zijn externe contacten mogelijk (bijv. uitstapje, dagbesteding). In geval van een positieve patiënt is een quarantainecohort 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.

### 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 bijlage [Medisch handelen bij bezoek in verpleeghuizen ten tijde van COVID-19](#) opgenomen.
- Zie de [handreiking](#) van VGN e.a. voor de bezoekregeling voor instellingen voor verstandelijk gehandicapten.
- Indien van toepassing gaan [landelijke maatregelen](#) boven de handreikingen van ActiZ of VGN.
- Zie paragraaf 2.2 voor maatregelen voor bezoekers bij verhoogde 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 is<sup>6</sup>. Als een (afdelingsgewijze) bezoekbeperking wordt geadviseerd dan is het van belang dat:
  - De bezoekbeperking wordt beperkt tot de kleinste 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 beargumenteerd 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 vaccinatiestatus van de bewoners 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.

---

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.

<sup>6</sup> Zie ook artikel 58.o van de [Tijdelijke wet maatregelen COVID-19](#).

### 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.
- **Ga, indien de bezoeker in diens besmettelijke periode de instelling heeft bezocht, na met wie de bezoeker gedurende zijn/haar bezoek nauw contact heeft gehad (bewoners en medewerkers). Wees bij bewoners extra alert op ontwikkeling van klachten.**
- 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 testen bij klachten, zowel in geval van verdenking op COVID-19 als in relatie tot een uitbraak en quarantaine.
- *Casefinding*: iedere bewoner met verdenking op COVID-19 (zie Verenso casusdefinitie verdachte patiënt) wordt laagdrempelig getest. De specialist ouderengeneeskunde/arts voor verstandelijk gehandicapten (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 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](#).
- Diagnostiek middels antigeensneltesten: **het advies is om alleen een antigeensneltesten in te zetten bij bewoners als daar een gegronde reden voor is.** 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*: Antigeensneltesten geven weinig fout-positieve uitslagen, maar kunnen wel fout-negatieve uitslagen geven (zoals onder meer in [deze studie](#) beschreven). **Een negatieve uitslag is op zichzelf onvoldoende betrouwbaar om een besmetting uit te sluiten, 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. **Een positieve antigeensneltestuitslag kan als een bevestigde COVID-19 besmetting beschouwd worden.** *Toelichting 2*: **Indien er wegens gegronde redenen toch een antigeensneltest wordt gebruikt, dan gebeurt dit enkel in overleg met een arts. Neem bij het gebruik van antigeensneltesten ook altijd een keelwab af.**
- Diagnostiek middels Point of Care (POCT): er is een POCT PCR-test beschikbaar. De expertgroep adviseert deze niet in te zetten voor bewoners omdat 1) er nog onvoldoende gegevens beschikbaar zijn over de validiteit en betrouwbaarheid van deze POCT, 2) de tijdswinst minimaal is, ook omdat het aflezen van de uitslag circa 15 minuten in beslag neemt en 3) voor de inzet van een POCT aan een groot aantal [voorwaarden](#) moet worden voldaan om onder toezicht van een Medisch Microbiologisch Laboratorium (MML) te kunnen worden ingezet. Er is ook POCT-LAMP test beschikbaar. Deze scoort lager op betrouwbaarheid en validiteit dan de POCT PCR-test.
- **Afgeven van Ct-waarden: het wordt niet geadviseerd uit te gaan van Ct-waarden. Omdat Ct-waarden afhankelijk zijn van het platform dat gebruikt wordt voor de PCR-test, het type swab en de wijze van afname hiervan, wordt het niet**

**aangeraden voor bewoners en medewerkers om Ct-waarden af te geven en er beleid op te maken.**

- 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.
- **Serologie: het inzetten van serologie is nagenoeg obsoleet geraakt, omdat een overgroot deel van de bevolking wegens vaccinatie of een eerder doorgemaakte infectie seropositief is.** Overleg op indicatie met de arts-microbioloog over de inzet van serologie.

## 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 COVID-19 patiënt

- Vervolg de isolatie van een patiënten met een bevestigde COVID-19 (zie Hoofdstuk 5).
- **Beschouw bewoners op de afdeling/unit/woongroep van de bevestigde COVID-19 patiënt als nauwe contacten van de bevestigde COVID-19 patiënt (vereenvoudigd bron- en contactonderzoek). Beschouw zorgmedewerkers die werkzaam zijn geweest op de afdeling/unit/woongroep van de bevestigde COVID-19 patiënt tijdens diens besmettelijke periode (zie paragraaf 1.1 Definities) ook als nauw contact. Wees extra alert op ontwikkeling van klachten bij bewoners.**
- Indien er sprake is van een uitbraak (zie paragraaf 1.1 Definities): zie paragraaf 5.7 voor testbeleid en maatregelen.
- Meld een bewezen (asymptomatische) patiënt met COVID-19<sup>7</sup> direct bij de GGD<sup>8</sup> 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 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. **In de verpleeghuissetting is een studie gedaan naar post-expositie profylaxe met bamlanivimab. Wegens risico op verminderde gevoeligheid van virusvarianten voor dit middel wordt monotherapie met bamlanivimab echter niet meer geadviseerd.**

<sup>7</sup> COVID-19 is per 28 januari 2020 aangemerkt als groep A-meldingsplichtige ziekte.

<sup>8</sup> **De informatie die de GGD opvraagt wordt conform de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) opgevraagd.**

- 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 (al dan niet 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 zuurstofconcentrators<sup>9</sup>) kan indien aanwezig worden toegediend op basis van beoordeling door de specialist ouderengeneeskunde/arts voor verstandelijk gehandicapten. Zie hoofdstuk 3 en bijlage 1 in het [behandeladvies Post-covid-19 GRZ](#) voor voorzieningen rondom en suppletie en afbouw van zuurstof. Onderzoek mogelijkheden om zuurstof boven de 5 liter/min te geven (venturi masker of non rebreathing masker).

#### 4.2.2.1 Dexamethason

Op dit moment beschrijft het bovengenoemde SWAB-document dat dexamethason een plaats kan 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. Op basis van het SWAB-document en de beschikbaarheid van toedieningsvormen kan het volgende advies worden gegeven:

- Het toedienen van 6 mg dexamethason per os gedurende maximaal 10 dagen op geleide van het klinisch beloop bij COVID-19 patiënten waarbij zuurstoftoediening geïndiceerd is. Raadpleeg zo nodig een longarts.
- 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

#### 4.2.2.2 Remdesivir

Eerder oordeelde de SWAB dat er een plaats was voor remdesivir voor de behandeling van COVID-19. Op dit moment is de SWAB, op basis van voortschrijdend inzicht, van mening dat de winst op harde eindpunten zoals mortaliteit of voorkomen van IC opname/beademing niet is aangetoond en dat slechts in 1 studie een significant sneller herstel wordt waargenomen. De SWAB komt derhalve tot de conclusie dat er op dit moment geen plaats is voor remdesivir in de standaardbehandeling van patiënten met COVID-19. Er zijn op dit moment geen klinische data over gebruik in risicogroepen.

#### 4.2.2.3 Overige antivirale middelen

- De volgende antivirale middelen worden door de [SWAB](#) d.d. 1-12-2021 niet gezien als optie voor behandeling: **Molnupiravir**, Lopinavir/ritonavir, Ribavirine, Favipiravir, Oseltamivir, Darunavir.
- **Observationeel onderzoek en gerandomiseerde studies hebben aangetoond dat klinische effectiviteit voor het (off label) gebruik van ivermectine in de profylaxe en behandeling van COVID-19 ontbreekt. (SWAB, 17-10-2022). Datzelfde geldt voor hydroxychloroquine, chloroquine of azitromycine en vitamine C/D. Voor deze middelen is geen plek in de behandeling van COVID-19.**

<sup>9</sup> 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.

#### 4.2.2.4 Tromboseprohylaxe

Voor de overweging al dan niet tromboseprohylaxe in te zetten in de langdurige zorg wordt het [Behandeladvies van de NHG](#) gevolgd:

- **Overweeg tromboseprohylaxe bij bedlegerige patiënten met een zuurstofbehoefte.**
- **Mogelijke bijwerkingen:**
  - **Behandeling met een LMWH (Low Molecular Weight Heparin) kan mogelijk een veneuze trombo-embolische complicatie bij COVID-19 voorkomen worden.**
  - **Bij kwetsbare ouderen neemt het risico op bloedingen bij LMWH-gebruik toe.**
- **Schrijf géén profylactisch LMWH voor als de patiënt al anticoagulantia (vitamine K-antagonisten, DOAC'S) gebruikt.**
- **Dosering bij volwassenen:**
  - **Geef enoxaparine subcutaan 1 dd 4000 IE (= 40 mg) (voorkeur o.b.v. kosten), nadroparine subcutaan 1dd 2850 IE of daltepraine subcutaan 1 dd 5000 IE.**
  - **Verdubbel de dosering bij patiënten met een BMI  $\geq$  40**
  - **Bij een verminderde nierfunctie is aanpassing van de dosering niet nodig.**
  - **Staak de tromboseprohylaxe zodra de patiënt is opgeknapt en/of vergelijkbaar mobiel is als voor de ziekte-episode.**

#### 4.2.2.5 Inhalatiecorticosteroiden

Het gebruik van inhalatiecorticosteroiden kan overwogen worden bij mobiele bewoners die:

- **niet-gevaccineerd of niet-geboosterd zijn;**
  - **gevaccineerd zijn maar verondersteld 'non-responder' zijn;**
  - **gevaccineerd zijn en ondanks vaccinatie matig-ernstige klachten ontwikkelen.**
- Zie voor het beleid het [behandeladvies](#) van de NHG.

#### 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) herinfectie<sup>10</sup> gelden voor immunocompetente personen. Bovenstaand advies geldt derhalve voor verpleeg- en verzorgingshuisbewoners, kwetsbare personen die langdurige (thuis)zorg ontvangen, personen van 70 jaar of ouder en voor immunogecompromitteerden. 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 vooralsnog niet uitgegaan van besmettelijkheid en is opnieuw testen en isolatie niet per definitie nodig, dit in overleg met de GGD.
- Overleg met een arts-microbioloog/GGD arts-infectieziektebestrijding over diagnostiek en beleid op maat.
- Neem in beginsel de gebruikelijke maatregelen zoals omschreven in dit behandeladvies.
- Meld een mogelijke herinfectie bij de GGD (arts infectieziektebestrijding).

<sup>10</sup> 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 immunocompetente personen.

#### 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 [Zorg voor Beter](#) 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.
- Zie hoofdstuk 6 voor het opheffen van maatregelen.

### 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.

#### *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 en mogelijk.
- 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 intact te houden. Dan ontstaat een zogenaamd gemengd cohort (zie

paragraaf 1.1 Definities). Ook is te overwegen om over te gaan tot omgekeerde isolatie waarbij juist de niet-bevestigde patiënten worden geïsoleerd.

### 5.3 Maatregelen bij bewoners<sup>11</sup> in geval van (mogelijk) onbeschermd contact

#### 5.3.1 Maatregelen in geval van één positieve patiënt

- **Quarantaine- en testbeleid van nauwe contacten:**
  - **Bewegingsvrijheid (geen quarantaine)**
  - **Testen bij klachten**
  - **Overweeg op basis van proportionaliteit het testen op dag 0 en 5 om verspreiding in de instelling zoveel mogelijk te voorkomen en/of snel zicht te krijgen op verdere verspreiding.**
- **Bied een bewoner, afhankelijk van diens situatie (bijvoorbeeld wanneer de bewoner immuungecompromiteerd is) en als dat aansluit bij diens wens, de mogelijkheid tot een bepaalde vorm van afzondering om deze bewoner te beschermen tegen een mogelijke besmetting van een medebewoner.**

#### 5.3.2 Maatregelen in geval van een uitbraak

Voor maatregelen in geval van een uitbraak ( $\geq 2$  positieve patiënten) wordt verwezen naar paragraaf 5.7.

#### 5.3.3 Quarantainemaatregelen bij bewoner die nauw contact is van een positief geteste persoon buiten de instelling

- Zie paragraaf 5.3.1 Maatregelen in geval van één positieve patiënt.

### 5.4 Persoonlijke beschermingsmiddelen medewerkers (druppelcontact)

#### 5.4.1 Patiënt met (verdenking op) COVID-19

Gebruik standaard de volgende persoonlijke beschermingsmiddelen<sup>12</sup>:

- 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.

<sup>11</sup> Zie hoofdstuk 7 voor maatregelen bij medewerkers die onbeschermd contact hebben gehad.

<sup>12</sup> 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

- o Bij tekorten: hergebruik is mogelijk. Desinfecteer na gebruik met alcohol 70%. Dus niet weggooien!
- Plaats van omkleden:
  - o Aankleden: buiten de 'isolatie' kamer (of afdeling/unit/woongroep in geval van COVID-19 cohort)
  - o 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:
  - o 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.
  - o bij zichtbare verontreiniging of beschadiging.
- 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 Gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen op een quarantainecohort

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

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

### 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).
- Reiniging en desinfectie van zuurstofconcentrators:
  - o Volg geldende voorschriften vanuit de fabrikant, hierbij aandacht voor reiniging van het groffilter en buitenkant apparaat;
  - o 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;
  - o 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.
- Overleg zo nodig met een arts-microbioloog, GGD/arts infectieziektebestrijding en/of deskundige infectiepreventie over de te nemen maatregelen.

### 5.7.2 Specifieke uitbraakmaatregelen

#### 5.7.2.1. Maatregelen in geval van een uitbraak

##### ***Algemeen uitgangspunt***

- **Er is voor het isolatie, quarantaine- en testbeleid zoveel mogelijk aangesloten bij het landelijk beleid waarbij rekening is gehouden met het al dan niet kwetsbaar zijn van bewoners.**

##### ***Minimale maatregelen bij bewoners***

Stel de volgende maatregelen minimaal in wanneer er een uitbraak heerst op een afdeling/unit/woongroep:

- **Test bewoners op de afdeling/unit/woongroep waar de uitbraak heerst enkel bij klachten.**
- **Isoleer bewoners met klachten in ieder geval tot aan de testuitslag en positief geteste patiënten tot aan de criteria voor het opheffen van de maatregelen (zie hoofdstuk 6).**
- **Nauwe contacten (bewoners op de afdeling/unit/woongroep waar de uitbraak heerst) mijden gedurende 10 dagen activiteiten in grote groepen.**

##### ***Aanvullende uitbraakmaatregelen bij bewoners***

Neem de volgende overwegingen mee in de overweging om aanvullende uitbraakmaatregelen in te zetten:

- **Het aantal besmette patiënten op de afdeling/unit/woongroep waar de uitbraak heerst.**
- **De snelheid waarmee verdere verspreiding van COVID-19 optreedt**
- **De ziektelast van de heersende COVID-19 variant**
- **Het type woonvorm (o.a. met betrekking tot mate van contact met andere bewoners buiten de afdeling/unit/woongroep waar de uitbraak heerst)**
- **De instrueerbaarheid van de bewoners**
- **De kwetsbaarheid van de bewoners**

Maak een afweging om onderstaande opties in te stellen als aanvullende uitbraakmaatregelen, op basis van bovengenoemde overwegingen:

- **Quarantainecohort: overgang tot beperking van bewegingsvrijheid voor nauwe contacten tot de eigen afdeling/unit/woongroep (quarantainecohort) wanneer dit proportioneel geacht wordt, bijvoorbeeld wanneer verdere verspreiding van COVID-19 op de afdeling/unit/woongroep optreedt.**
- **Gemengd cohort: overgang tot het instellen van een gemengd cohort, bijvoorbeeld wanneer isolatie van niet-instrueerbare bewoners niet mogelijk is. Alle bewoners hebben bewegingsvrijheid die beperkt is tot de eigen afdeling/unit/woongroep (zie 5.2 en Bijlage A).**
- **Omgekeerde isolatie: overgang tot het instellen van omgekeerde isolatie, bijvoorbeeld wanneer een overgroot deel van de afdeling/unit/woongroep een bevestigde COVID-19 besmetting heeft. Bevestigde patiënten hebben bewegingsvrijheid die beperkt is tot de eigen afdeling/unit/woongroep, niet-bevestigde patiënten worden geïsoleerd (zie 5.2).**

- **COVID-19 cohort: overgang tot het verplaatsen van COVID-19 patiënten naar een COVID-19 cohort, waar enkel bevestigde patiënten verblijven (zie 5.2).**
- **Alternatieve opties: overgang tot alternatieve vormen van afzondering, die op basis van maatwerk als het meest proportioneel worden geacht, op niveau van afdeling/unit/woongroep en individu, in relatie tot bovengenoemde overwegingen.**
- **Vrijwillige quarantaine: bied een bewoner, afhankelijk van diens situatie (bijvoorbeeld wanneer er een hoog risico is op een ernstig beloop) en als dat aansluit bij diens wens, de mogelijkheid tot een bepaalde vorm van afzondering om deze te beschermen tegen een mogelijke besmetting door een medebewoner.**

*Maatregelen bij medewerkers*

- Zie hoofdstuk 7

## 5.8 Overige maatregelen

- Zie de LCI-richtlijn COVID-19 voor maatregelen voor vervoer: [Maatregelen bij noodzakelijk zittend vervoer](#).
- Er zijn 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.

# 6 Opheffen maatregelen

## 6.1 Algemeen

- Beoordeling van het klachtenvrij zijn van een patiënt en daarmee het opheffen van maatregelen is aan een specialist ouderengeneeskunde/arts voor verstandelijk gehandicapten.
- 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 algehele 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 maatregel

- *Algemeen:* de isolatieduur is standaard minimaal 5 en maximaal 10 dagen.
- *Opheffen isolatie (1-persoonskamer):*
  - In geval van verdenking op COVID-19: na een negatieve PCR-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 5 dagen en maximaal 10 dagen<sup>13</sup> na start symptomen.
- **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 5 en maximaal 10 dagen na start symptomen.
- **Opheffen gemengd cohort:**
  - Na toestemming uitbraakteam. Algemene uitgangspunten:
    - Houd een termijn aan van 10 dagen, na de positieve test van de eerste positieve patiënt. Hef het cohort op zodra de laatste bevestigde COVID-19 patiënt tenminste 24 uur symptoomvrij EN 48 uur koortsvrij is (zie omschrijving in paragraaf 6.1) EN minimaal 5 en maximaal 10 dagen na start symptomen. Verleng de termijn eenmalig met maximaal 10 dagen wanneer minimaal één patiënt COVID-19 positief test.
    - 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 gemengd cohort COVID-19 hebben doorgemaakt, dan is er sprake van een COVID-19 cohort.
- **Opheffen quarantainecohort:**
  - **Na toestemming uitbraakteam. Algemene uitgangspunten:**
    - **Als geen van de bewoners in het quarantainecohort COVID-19 heeft ontwikkeld: houd een quarantaine termijn aan van 10 dagen. Opheffen isolatie van bevestigde patiënten op 1-persoonskamer zoals hierboven.**
    - **In geval minimaal 1 patiënt uit het quarantainecohort COVID-19 heeft ontwikkeld: verleng de termijn van 10 dagen eenmalig met maximaal 7 dagen. Opheffen van bevestigde patiënten op 1-persoonskamer zoals hierboven.**

### 6.3 Opheffen maatregelen in bijzondere situaties

- *Asymptomatische COVID-19 patiënt<sup>14</sup> op het moment van afname:*
  - Verpleeghuizen en VG-sector aan verpleeghuispopulatie gelijkwaardige kwetsbare doelgroepen en overige niet-kwetsbare doelgroepen: 5 dagen na afname van test.
- *Bij aanhoudende hoestklachten:* tenminste 24 uur sterk afgenomen hoestklachten/klinisch verbeterd (respiratoir en infectieus) EN 48 uur koortsvrij EN minimaal 10 dagen na start symptomen. Grote groepen vermijden tot dag 14.  
*Toelichting:* postvirale hoestklachten kunnen tot weken na start van de infectie aanhouden zonder dat nog sprake is van besmettelijkheid. Als hoest het enige symptoom is en er is sprake van verder klinisch herstel, is na 10 dagen een langere isolatieduur niet nodig (bron: LCI-richtlijn COVID-19).
- *Immuungecompromitteerde patiënt:* tenminste 24 uur symptoomvrij EN 48 uur koortsvrij EN minimaal 10 dagen na start symptomen. Grote groepen vermijden tot dag 14.  
*N.B.* Het advies is om in situaties van twijfel in overleg met een arts-microbioloog/arts-infectieziektebestrijding opnieuw te testen.

<sup>13</sup> 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))

<sup>14</sup> 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 contact<sup>15</sup> met (klachten passend bij) COVID-19;
  - Met een besmettingsrisico in verband met terugkeer uit hoog of zeer hoog 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 **vereenvoudigd contactonderzoek** uit in de instelling:
  - **Beschouw bewoners op de afdelingen/units/woongroepen waar de medewerker tijdens diens besmettelijke periode (zie paragraaf 1.1 Definities) werkzaam is geweest als nauw contact. Wees extra alert op ontwikkeling van klachten bij deze nauwe contacten.**
  - 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 overplaatsingsbeleid

Doel: medisch opnamebeleid stelt randvoorwaarden waarmee de kans op introductie van COVID-19 op een afdeling/in een woongroep door opname/overplaatsing<sup>16</sup> van een nieuwe patiënt die (mogelijk) besmet is met COVID-19 zo klein mogelijk is.

### 8.1 Algemeen

- Wees op de hoogte van de (boven)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 thussituatie of (her)opname vanuit een andere instelling. Overplaatsing betreft onderlinge overplaatsing tussen organisaties voor langdurige zorg<sup>17</sup>.

### 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? **Datum laatste vaccinatie? Datum laatste doorgemaakte COVID-19 besmetting?**
- 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?

<sup>15</sup> Het betreft zowel contacten in de privé- als in de werksituatie.

<sup>16</sup> Verder wordt alleen de term opname gebruikt maar wordt ook overplaatsing bedoeld

<sup>17</sup> 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.

- Heeft de patiënt 14 dagen voorafgaand aan de opname contact gehad met zorgmedewerkers/andere patiënten of huisgenoten/mantelzorgers/familie met bevestigde COVID-19?
- Zo ja, wanneer was het laatste contact?
- Settingspecifieke vragen/opmerkingen (mogelijk) onbeschermd contact bij opname uit:
  - Thuisituatie: 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?

*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 voorafgaand aan de opname is in principe leidend voor het beleid bij opname.
- **Maak een afweging voor het risico op mogelijk onbeschermd contact met een (mogelijke) COVID-19 patiënt.**
- **Bij geen of laag risico op mogelijk onbeschermd contact: geen maatregelen**
- **Bij (hoog risico op mogelijk) onbeschermd contact:**
  - **Neem bewoner op in isolatie op een 1-persoonskamer om te bepalen of deze klachten wijzend op COVID-19 heeft. Draag hierbij persoonlijke beschermingsmiddelen conform paragraaf 5.4.1**
  - **Indien geen verdenking/klachten: opheffen isolatie, geen verdere maatregelen**
  - **Inventariseer klachten die kunnen duiden op COVID-19.**
  - **Indien verdenking/klachten: test patiënt**
    - **Positieve test: isolatie op 1-persoonskamer of opname op COVID-19 cohort.**
    - **Negatieve test: opheffen isolatie, geen verdere maatregelen. In geval van sterke verdenking isoleren voortzetten en eventueel hertesten direct na ontvangst van de negatieve uitslag.**

### 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 hoofdstuk 6)**
- **Patiënt met verdenking/klachten: patiënt laten testen voor opname/overplaatsing**
  - **Positieve test: opname uitstellen (bij voorkeur) of isoleren/cohorteren totdat patiënt voldoet aan de criteria voor opheffen van isolatiemaatregelen (zie hoofdstuk 6)**
  - **Negatieve test: geen maatregelen.**

## 9 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).
- **Een overzicht met verdere up to date informatie over COVID-19 vaccinaties is te vinden via de Verenso webpagina [Vaccinatie COVID-19](#).**

## 10 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.

## 11 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](#).

## 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: Cohortering<sup>18</sup>

### 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 quarantainecohort.
  - 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) blijft<sup>19</sup>;
- 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.

<sup>18</sup> Bron WIP-richtlijn Norovirus voor Verpleeghuizen, woonzorgcentra en voorzieningen voor kleinschalig wonen voor ouderen (2016)

<sup>19</sup> 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



