

- update 24.11.20

Behandeladvies COVID-19 Acute fase en nazorg

***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.....	6
1.1 Definities.....	6
1.2 Doel en afbakening.....	7
1.3 Algemene opmerkingen	7
2 Algemene preventie in de instelling.....	9
2.1 Basis hygiënemaatregelen voor alle bewoners, medewerkers en vrijwilligers	9
2.2 Organisatorische maatregelen	9
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 (asymptomatische) COVID-19 patiënt	12
4.2.1 Melden en bron- en contactonderzoek.....	12
4.2.2 Behandeling COVID-19	13
4.2.2.1 Dexamethason en remdesivir.....	13
4.2.2.2 Tromboprofylaxe:	13
4.2.3 Herinfectie	14
4.2.4 Palliatieve fase.....	15
5 Maatregelen bij patiënten met (een mogelijke) COVID-19 en bij (mogelijk) onbeschermd contact.....	15
5.1 Algemeen.....	15
5.2 Isolatie en cohortering van (een) patiënt(en) met (verdenking op) COVID-19.....	15
5.3 Maatregelen bij bewoners in geval van (mogelijk) onbeschermd contact	16
5.3.1. Quarantaine (huisgenoten en overige nauwe contacten (categorie 1 en 2))	16
5.3.2 Maatregelen bij overige (niet nauwe) contacten (categorie 3)	16
5.4 Persoonlijke beschermingsmiddelen medewerkers (druppelcontact)	17
5.4.1 Patiënt met (verdenking op) COVID-19.....	17
5.4.2 Bewoner na onbeschermd contact (quarantaine)	17
5.4.3 Situatie van verhoogde (regionale/lokale) prevalentie.....	18

5.5 Reiniging en desinfectie.....	18
5.6 Maatregelen voor bezoek aan een patiënt met (verdenking op) COVID-19.....	19
5.7 Specifieke uitbraakmaatregelen.....	19
5.8 Overige maatregelen.....	19
6 Opheffen maatregelen	19
6.1 Algemeen.....	19
6.2 Opheffen maatregelen per type isolatie	20
7 Maatregelen bij medewerkers met een besmettingsrisico en bij medewerkers (of hun huisgenoten/nauwe contacten) met klachten passend bij COVID-19	21
8 Overlijden	21
9 Overige maatregelen	21
9.1 Maatregelen bij polikliniekbezoek	21
9.2 Maatregelen bij (meerdaags) uitstapje	22
9.3 Overige maatregelen	22
10 Maatregelen in een (dreigende) crisissituatie.....	23
10.1 Algemene opmerkingen	23
10.2 Keuzes in de zorg	23
10.3 Schaarste	23
10.4 Organisatorische maatregelen	23
10.5 Bezoek tijdens de stervensfase in geval van een algehele/gedeeltelijke bezoekbeperking	24
Dankwoord	24
Bijlage A: Cohortering.....	25
Doel.....	25
Werkwijze	25

Expertgroep, klankbordgroep en meelezers

Expertgroep

Namens Verenso:

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

Namens NVAVG:

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

Klankbordgroep¹

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

Meelezers vanuit het RIVM/LCI

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

Ondersteuning

- Else Poot, beleidsmedewerker/manager team Kwaliteit, Verenso

¹ De klankbordgroep is adviserend aan de expertgroep

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/bewoners² door specialisten ouderengeneeskunde (so) en artsen verstandelijk gehandicapten (avg)³. 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:

- Toegevoegd:
 - Passage over antigeensneltesten: advies deze nog niet toe te passen en verder onderzoek af te wachten.
 - Passage over herinfectie: raadpleeg een arts-microbioloog bij nieuwe klachten binnen 8 weken. Meld een eventuele herinfectie bij de GGD (arts infectieziektenbestrijding).
 - Paragraaf 'Keuzes in de zorg'
- Gewijzigd:
 - Bron- en contactonderzoek:
 - Er wordt zoveel mogelijk verwezen naar het protocol bron-contactonderzoek van de LCI-richtlijn COVID-19.
 - Definities behorend bij het bron- en contact onderzoek zijn opgenomen in paragraaf 1.1 Definities.
 - Er wordt onderscheid gemaakt in beleid bij categorie 1, 2 en bij categorie 3
 - Quarantaine met bewegingsvrijheid naar aanleiding van bron- en contactonderzoek is komen te vervallen.
 - Definitie onbeheersbare uitbraak.
 - Wekelijks testen bij een uitbraak; was bij onbeheersbare uitbraak.
 - Delen badkamer alleen bij hoge uitzondering en alleen voor de verzorging.
 - Gezondheidscheck: monitoren klachten (conform definitie verdachte patiënt) en meten van temperatuur ook het meten van de saturatie.
 - Persoonlijke beschermingsmiddelen:
 - Op COVID-19 unit: gebruik van patiëntgebonden halterschort over het schort met lange mouwen in geval van risico op (in)direct contact met lichaamsvochten, slijmvliezen of niet-intacte huid.
 - Tijdens quarantaine: gebruik alleen patiëntgebonden handschoenen in geval van risico op (in)direct contact met lichaamsvochten, slijmvliezen of niet-intacte huid.
- Vervallen:
 - Testen op dag 10 van quarantaine

Wijzigingen zijn **vet** gedrukt.

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

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

1 Definities, doel, afbakening en algemene opmerkingen

1.1 Definities

- *Bevestigde COVID-19 patiënt*: bevestigd conform laboratorium middels RT-PCR.
- *Casusdefinitie Verenso/NVAVG verdachte patiënt*⁴: 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 en klachten niet passend bij bekende episodes of verklaarbaar zijn door onderliggende bekende oorzaak, zoals vermoeidheid, algehele malaise delier/verwardheid/sufheid, keelpijn, diarree, misselijkheid/braken en **voor de VVT-sector ook vallen**.N.B. Beoordeel het voorkomen van deze symptomen in de context van de prevalentie in de populatie. Bij een hoge prevalentie is de kans groter dat deze symptomen wijzen op een Covid-19 besmetting dan bij een lage prevalentie.

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

- *Cohort*: een groep patiënten **van dezelfde patiëntencategorie die verzorgd wordt door een vast team van medewerkers** en wordt afgescheiden van andere patiënten met als doel zieken, mogelijk zieken en niet-zieken alsmede de medewerkers die zorg verlenen aan deze patiënten zoveel mogelijk (preventief) van elkaar te **scheiden en daarmee het risico op verspreiding van COVID-19 te verminderen. Soms is sprake van verschillende patiëntencategorieën en is sprake van een gemengd cohort (zie definitie)**.
- ***Cohort, COVID-19*: een cohort met bevestigde COVID-19 patiënten.**
- *Cohort, gemengd*: een cohort van verschillende patiëntencategorieën, bijvoorbeeld **bevestigde COVID-19 patiënten, hoogverdachten (verdenking) en/of laagverdachten (geen klachten maar behoort wel tot contacten)**. Het ultieme (maar niet altijd haalbare) doel is een dergelijk cohort te voorkomen door isolatie op een 1-persoonskamer of cohortering van COVID-19 patiënten en de rest van de bewoners verder te laten gaan als quarantainecohort (zie definitie).
- ***Cohort, quarantaine*: een cohort met patiënten die in quarantaine zijn.** Het betreft een cohort waar geen in- en uitstroom van patiënten plaatsvindt. **In geval een bewoner uit het cohort positief test op COVID-19** gaat de termijn van 10 dagen opnieuw lopen **vanaf twee dagen voorafgaand aan start klachten of uitslag test (asymptomen)**. De 10 dagen quarantaine wordt gevolgd door een dagelijkse gezondheidscheck (zie definitie) bij de patiënten op dag 10-14 (=maximale incubatietijd).
- *Contacten in kader van bron- en contactonderzoek*: zie [LCI-richtlijn COVID-19](#). Er wordt onderscheid gemaakt in huisgenoten (**categorie 1**), **overige nauwe contacten (categorie 2)** en overige (**niet nauwe**) contacten (**categorie 3**).
- ***Contacten in kader van bron- en contactonderzoek, huisgenoten (categorie 1)*: contacten die in dezelfde woonomgeving leven en langdurig op minder dan 1,5 meter afstand contact hadden met de patiënt. Denk bijvoorbeeld aan kleinschalige woonvormen en woongroepen.**
- ***Contacten in kader van bron- en contactonderzoek, overige nauwe contacten (categorie 2)*: dit betreft bewoners of medewerkers die:**
 - **die langer dan 15 minuten op minder dan 1,5 meter afstand contact hadden met een patiënt tijdens diens besmettelijke periode;**
 - **of**

⁴ Het RIVM hanteert geen casusdefinitie meer maar adviseert dat iedereen met klachten passend bij COVID-19 zich kan laten testen.

- **een hoogrisicoblootstelling hebben gehad korter dan 15 minuten (bijvoorbeeld in het gezicht hoesten).**
- **Contacten in kader van bron- en contactonderzoek, overige (niet nauwe) contacten (categorie 3):** dit betreft bewoners of medewerkers die langdurig contact (langer dan 15 minuten) hadden met de patiënt op meer dan 1,5 meter afstand in dezelfde ruimte.
- **Gezondheidscheck: monitoren van klachten (conform casusdefinitie verdachte patiënt) en meten van temperatuur en saturatie.**
- **Incubatietijd:** 2-14 dagen (gemiddeld 5-6 dagen). Bron: [LCI-richtlijn COVID-19](#).
- **Isolatie: het afzonderen van een patiënt** in een 1-persoonskamer.
- **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 overdracht⁵) vóór het ontstaan van klachten tot het ingaan van isolatiemaatregelen.
- **Quarantaine: het afzonderen van een bewoner gedurende een** periode van 10 dagen na (mogelijk) onbeschermd contact. De quarantaine vindt plaats op een 1-persoonskamer (indien mogelijk geclusterd) of in een cohort (zie definitie Cohort, quarantaine). Bewoners die klachten krijgen worden direct geïsoleerd. De 10 dagen quarantaine wordt gevolgd door een dagelijkse gezondheidscheck (zie definitie) bij de patiënt op dag 10-14 (=maximale incubatietijd).
- **Uitbraak:** er is sprake van een uitbraak als er 1-2 bevestigde COVID-19 patiënten zijn op een afdeling/unit/woongroep. Het advies is als het een afdeling/unit/woongroep met PG-patiënten betreft uit te gaan van een uitbraak bij 1 patiënt. Toelichting: technisch gezien is sprake van een uitbraak bij minimaal 2 gerelateerde gevallen. Bij COVID-19 is het advies om reeds uitbraakmaatregelen te nemen bij 1 geval, omdat de kans op verspreiding zeer groot is. Uitzondering is een beheersbare situatie met 1 bevestigd geval waarbij er geen aanwijzingen zijn voor verspreiding.
- **Uitbraak, onbeheersbaar: een uitbraak waarbij ondanks de ingezette isolatiemaatregelen na 10 dagen nog steeds verdere verspreiding van SARS-Cov-2 optreedt waarbij er vanuit kan worden gegaan dat** niet goed in beeld is welke bewoners en/of medewerkers besmet zijn c.q. onbeschermd contact hebben gehad.

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 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 de acute fase en nazorg van patiënten met (mogelijk) COVID-19 in verpleeghuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, woonzorgcentra en kleinschalige woonvoorzieningen, mits SO of AVG hoofdbehandelaar is. Voor patiënten met een indicatie voor geriatrische revalidatie (GRZ) wordt verwezen naar het [Verenso behandeladvies Post-COVID-19 \(Geriatrische\) revalidatie](#).

1.3 Algemene opmerkingen

- Dit document is een (behandel)advies, indien van toepassing, kan/moet worden afgeweken van dit (behandel)advies.
- Als er sprake is van een noodverordening in relatie tot infectie/uitbraakmaatregelen en deze is stringenter dan dit behandeladvies dan is een noodverordening leidend.

⁵ Bron: [Inhoudelijke onderbouwing met betrekking tot a-, pre- en vroegsymptomatische transmissie SARS-CoV-2](#) (LCI/RIVM)

- Dit document kan voor de VVT-sector niet los worden gezien van de [handreiking 'Infectiepreventie en antibioticaresistentie: rol van de so/avg'](#). Geef hierbij specifieke aandacht voor scholing rondom het:
 - herkennen van symptomen bij patiënten met mogelijk COVID-19;
 - herkennen van symptomen bij jezelf/medewerkers;
 - gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen.
- Houdt continu ontwikkelingen met betrekking tot testen op en preventie en behandeling van COVID-19 in de gaten.
- Monitor lokale, regionale en landelijke ontwikkelingen/prevalentiecijfers rondom COVID-19 via nieuws(brieven) en documentatie van Verenso, ActiZ, berichtgeving van het RIVM, regionale GGD en indien van toepassing de regionale ABR zorgnetwerken en [MUIZ](#) (Meldpunt Uitbraken Infectieziekten & BRMO (actief in regio Zuid-West Nederland)).
- Schaal zo nodig maatregelen op en af. Zie hiervoor ook het document '[Opstarten intramurale medische zorg in tijden van COVID-19](#)'. Beschrijf scenario's voor de eigen instelling en de maatregelen die hierbij horen.
- Zoek proactief regionale samenwerking met andere verpleeghuizen/vakgroepen, de GGD, ziekenhuis/-huizen in het adherentiegebied e.d. bijvoorbeeld in het kader van verdelen van persoonlijke beschermingsmiddelen in tijden van schaarste, concentreren van bevestigde COVID-19 patiënten.
- Zoek afstemming en informatie-uitwisseling met de GGD, bijvoorbeeld over bron- en contactonderzoek, regionale prevalentiecijfers/lokale clusters en over positieve medewerkers zodat tijdig maatregelen kunnen worden ingezet.
- Zorg voor een crisisstructuur met uitbraakteams die opnieuw geactiveerd kunnen worden bij een nieuwe uitbraak/regionale verheffing.
- In geval van uitbraak:
 - formeer een uitbraakteam en in geval van een grote(re) organisatie met meerdere locaties een overkoepelend crisisteam.
 - maak gebruik van expertise op het gebied van infectiepreventie (deskundige infectiepreventie en/of arts-microbioloog).
- We 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 overdacht van cliënten met een beperking aan het ziekenhuis waarbij men een snel beeld krijgt van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en een inschatting te kunnen maken of de cliënt een IC-opname aankan.
- Zet stevig in op de algemene infectiepreventie maatregelen, vroegtijdige signalering, screening en isolatie/cohortering van (verdachte) patiënten met COVID-19 en bewoners met (mogelijk) onbeschermd contact is van groot belang, alsmede het detecteren van en instellen van maatregelen bij medewerkers met onbeschermd contact.
- Registreer de bevestigde en de mogelijke COVID-19 ziektegevallen om zicht te krijgen op verspreiding en zinnige inzet van beschermende middelen en cohortverpleging. Verschillende elektronische dossiers bieden dit aan. In de VG-sector wordt verzocht om te registreren via de database van '[Sterker op eigen benen](#)'.
- Blijf, ook in tijden van lage (regionale) prevalentie, alert op mogelijke verdenkingen van COVID-19.
- Wijs één so/avg aan als coördinator. Dit is ook degene die contact onderhoudt met de GGD. Taken zijn bijvoorbeeld:
 - Zorgt dat de vakgroep (inclusief AIOS'en, basisartsen en verpleegkundig specialisten/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.
 - Onderhoud contact en zoek afstemming met de GGD, afdeling Infectieziekten.
 - **Onderhoud contact met het laboratorium die de diagnostiek verzorgt in verband met logistiek/rapportage uitslagen en interpretatie van uitslagen door arts-microbioloog.**
 - Zorgt zo nodig voor aansluiting en overleg met (coördinerend) so/avg van collega zorgorganisaties in de regio. Zorg voor (digitale of telefonische) betrokkenheid bij regio-overleg van GGD/GHOR.
- Zorg dat alle afspraken over eventueel niet-behandelen op basis van advance care planning goed gedocumenteerd in de patiëntendossiers is terug te vinden. Voor de VG-sector is er een '[Gespreksformat ACP en Corona](#)' ontwikkeld.
- Verwijs collega's, bewoners/familie en medewerkers naar de informatie op de site van het RIVM.
- Het RIVM heeft een speciale informatielijn voor vragen over coronavirus geopend. Het nummer is 0800-1351. Bezorgde familieleden kunnen naar dit nummer worden verwezen.

2 Algemene preventie in de instelling

2.1 Basis hygiënemaatregelen voor alle bewoners, medewerkers en vrijwilligers

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

2.2 Organisatorische maatregelen

- Verminder 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 bewoner óf een medewerker is dan snel te achterhalen wie van de bewoners of medewerkers (mogelijk) onbeschermd contact had.

2.3 Maatregelen voor bezoekers

- Zie de [handreiking](#) van ActiZ e.a. voor de bezoekregeling voor de VVT-sector. In de handreiking is de notitie [Medisch handelen bij bezoek in verpleeghuizen ten tijde van COVID-19](#) (d.d. 14-9-2020) opgenomen als bijlage.
- Zie de [handreiking](#) van VGN e.a. voor de bezoekregeling voor instellingen voor verstandelijk gehandicapten.
- Zie paragraaf 5.6 voor maatregelen voor bezoek aan een patiënt met (verdenking op) COVID-19.
- In geval van een **onbeheersbare en/of grote** uitbraak beslist het bestuur op advies van het crisis/uitbraakteam of opnieuw een (afdelingsgewijze) bezoekbeperking nodig is⁶. Zie voor de verpleeghuizen ook de [handreiking](#) van ActiZ/Verenso e.a.. In locaties met een (afdelingsgewijze) bezoekbeperking wordt een uitzondering gemaakt voor bezoek aan/het afscheid nemen van bewoners in de stervensfase. Creëer dan een situatie dat de bewoner

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

naar een andere, 'afgelegen' kamer in de instelling wordt gebracht waar het bezoek niet/zo min mogelijk de normale loop van andere bewoners en medewerkers kruist.

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

- Bezoekers met (klachten van) COVID-19 worden:
 - geweerd in de instelling;
 - geadviseerd zich te laten testen zover dat nog niet is gebeurd;
 - bevraagd of zij:
 - tijdens de periode van klachten en/of twee dagen voorafgaand aan start van de klachten op bezoek zijn geweest;
 - continu **en adequaat** een chirurgisch neusmondmasker hebben gedragen.
- Raadpleeg de LCI-richtlijn COVID-19 voor het uitvoeren van [bron- en contactonderzoek](#), typeer de contacten (bewoners en medewerkers) als categorie 1, 2 of 3 en neem de benodigde maatregelen op basis van de typering van het contact in categorie 1, 2 of 3 (zie ook paragraaf 4.2.1).
- Bezoeker mag weer op bezoek komen indien 48 uur koortsvrij en 24 uur symptoomvrij en minimaal 7 dagen na start klachten.

3 Testen, algemene uitgangspunten

- *Testbeleid*: het testbeleid voor de langdurige zorg is gericht op laagdrempelig testen voor optimaal infectiepreventie- en uitbraakbeleid in instellingen. Met laagdrempelig wordt verstaan het testen van bewoners met geringe klachten gerelateerd aan COVID-19, atypische klachten en, in geval van een uitbraak, van asymptomatische patiënten (zie paragraaf 5.7).
- *Casefinding*: iedere bewoner met verdenking op COVID-19 (zie Verenso casusdefinitie verdachte patiënt) wordt laagdrempelig getest. De so/avg (in de VG-sector kan dit ook een huisarts zijn) maakt zelf een inschatting of en wie er getest moet worden.
- **Gebruik een test die gevalideerd is voor de doelgroep van kwetsbare personen in een zorginstelling/kleinschalige woonvormen en houd rekening met de validatie van het 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:**
 - **Er zijn, op basis van technische validatie en potentiële beschikbaarheid, in eerste instantie vijf antigeensneltesten geselecteerd voor klinische validatie in Nederland (Panbio COVID-19-Ag rapid test (Abbott), BD Veritor (Becton Dickinson), Sofia SARS Antigen FIA (Quidel), SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test (Roche) en SD biosensor (Mediphos)). Momenteel zijn er drie antigeensneltesten, te weten Abbott, Becton Dickinson en Roche gevalideerd voor personen die zich melden in de GGD-teststraten. Het betreft dan personen met klachten.**
 - **Vijf antigeensneltesten die initieel geselecteerd werden voor klinische validatie in Nederland – Panbio COVID-19-Ag rapid test (Abbott), BD Veritor (Becton Dickinson), Sofia SARS Antigen FIA (Quidel), SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test (Roche) en Standard F-Covid-19 Ag FIA (SD biosensor) – zijn inmiddels allemaal in GGD-teststraten gevalideerd voor personen met klachten en worden beschouwd als gelijkwaardig aan elkaar. De lagere sensitiviteit van de antigeensneltesten ten opzichte van PCR vraagt om een zorgvuldige afweging voor inzet.**
 - **Antigeensneltesten geven weinig fout-positieve uitslagen, maar kunnen wel fout-negatieve uitslagen geven. Daarom moet een negatieve antigeensneltest bij (medewerkers die zorg verlenen aan) kwetsbare personen altijd bevestigd worden door een hertest middels een PCR-test waarbij opnieuw een swab moet worden afgenomen.**

- **Er is op dit moment onvoldoende bekend over de validiteit en het toepassingsgebied van antigeensneltesten bij (medewerkers die zorg verlenen aan) kwetsbare personen. Onderzoek naar diagnostiek middels antigeensneltesten bij kwetsbare personen is in voorbereiding. Validatiestudies met antigeensneltesten zijn in gang gezet voor zorgmedewerkers.**
- **Het advies op dit moment is om geen antigeensneltesten in te zetten bij bewoners. Voor de laatste informatie over de inzet van diagnostiek middels antigeensneltesten verwijzen we naar het RIVM-document [Status validatie sars-cov-2 antigeensneltesten](#).**
- **Stem af met de arts-microbioloog over diagnostiek, logistiek, afspraken over uitslagen, interpretatie van uitslagen en het testbeleid.**
- Stem met het laboratorium af of ook andere virale diagnostiek gelijktijdig ingezet kan worden (denk bijvoorbeeld aan influenza of RS).
- Zorg dat medewerkers op de hoogte zijn wanneer en op welke wijze zij een verdenking moeten melden.
- *Serologie*: naast een gevalideerde PCR of andere nucleïnezuur-amplificatietest komt betrouwbare serologie voor SARS-CoV-2 steeds breder beschikbaar. Betrouwbare serologie op medische indicatie is beschikbaar voor zowel de intra- als extramurale zorg. Daarom het volgende :
 - Medisch inhoudelijke indicaties voor het inzetten van een serologische test zijn onder meer:
 - Aantonen van een recente infectie bij een hoge verdenking indien de PCR/nucleïnezuur-amplificatietest negatief is.
 - Aantonen van een recente infectie indien de afname van de monsters voor PCR/nucleïnezuur-amplificatietest onmogelijk was.
 - Als de uitslag invloed heeft op het medisch beleid, bijvoorbeeld als een positieve serologische testuitslag een SARS-CoV-2-infectie zo aannemelijk maakt dat het inzetten van diagnostiek naar andere verwekkers achterwege kan blijven.
 - De kosten van deze serologische diagnostiek worden door de zorgverzekering vergoed voor bewoners die vallen onder de zorgverzekeringswet.
 - Serologie kan in het algemeen inzicht geven of iemand een bepaalde infectie heeft doorgemaakt en in de mate van aanwezigheid van eventuele beschermende immuniteit. SARS-COV-2 is een nieuw pathogeen waarvoor nog veel onzekerheden bestaan over het verloop van de immuunrespons. Daarom is het belangrijk om te realiseren dat een doorgemaakte infectie met SARS-CoV-2 niet zomaar gelijkgesteld kan worden met de aanwezigheid van volledige immuniteit. Overleg over de interpretatie van de uitslag van de serologische test met de arts-microbioloog.
 - Patiënten met een positieve serologische testuitslag zijn niet meldingsplichtig omdat de uitslag doorgaans te laat is om bron- en contactonderzoek te kunnen ondernemen. Overleg wel met de GGD over de noodzaak voor bron- en contactonderzoek.

4 Patiënt met (verdenking op) COVID-19

4.1 Patiënt met verdenking op COVID-19

- Isoleer patiënten met een verdenking op COVID-19 (zie Hoofdstuk 5).
- Neem bij elke patiënt met verdenking op COVID-19 (zie Verenso casusdefinitie verdachte patiënt in paragraaf 1.1 Definities) testmateriaal af. Zie ook de [afname-instructie](#).
- Maatregelen naar aanleiding van de testuitslag:
 - negatieve test: isolatie opheffen, in geval van sterke verdenking isoleren voortzetten en eventueel hertesten direct na ontvangst van de negatieve uitslag.
 - positieve test: isolatie voortzetten of (o)verplaatsing naar COVID-19 cohort (afgeschermd (deel van een) afdeling/unit/locatie). In geval geen van beiden (nog) uitvoerbaar is, lokaal bekijken welke maatregelen nodig zijn om de kans op verspreiding te minimaliseren.

4.2 Bevestigde (**asymptomatische**) COVID-19 patiënt

4.2.1 Melden en bron- en contactonderzoek

- Meld een bewezen (**asymptomatische**) patiënt met COVID-19⁷ 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.
- **Ga na met welke bewoners en medewerkers de patiënt onbeschermd contact (zie paragraaf Definities) heeft gehad.** Raadpleeg de LCI-richtlijn COVID-19 voor het uitvoeren van [bron- en contactonderzoek, typeer de contacten \(bewoners en medewerkers\) in categorie 1, 2 of 3\) en neem de benodigde maatregelen op basis van de typering van het contact in categorie 1, 2 of 3: zie voor bewoners paragraaf 5.3 en voor medewerkers hoofdstuk 7.
N.B.1 Contactonderzoek bij bewoners van de *desbetreffende afdeling* kan achterwege blijven indien bij een positieve bewoner of medewerker de gehele desbetreffende afdeling\(en\) in quarantaine gaat.
N.B.2 Bij bewoners die contact hebben gehad met een besmette medewerker die adequaat een chirurgisch mondneusmasker \(ten minste type II\) en handschoenen heeft gedragen of adequate handhygiëne heeft toegepast bij het contact met een bewoner tijdens de besmettelijke periode van de medewerker, kan het beleid voor overige \(niet nauwe\) contacten, categorie 3, gevolgd worden.
N.B.3 Zorgmedewerkers die volledige persoonsbeschermende maatregelen \(chirurgisch mondneusmasker ten minste type IIR, handschoenen, bril en schort\) hebben gebruikt gedurende de gehele besmettelijke periode worden niet als contact geïnccludeerd in het contactonderzoek.
N.B.4 Volg bij zorgmedewerkers die \(preventief\) een chirurgisch mondneusmasker ten minste type II en handschoenen hebben gedragen of adequate handhygiëne hebben toegepast bij het contact met een patiënt tijdens diens besmettelijke periode, zonder tevens een bril en een schort, het beleid voor overige \(niet nauwe\) contacten, categorie 3. Het betreft hier de besmettelijke periode tot aan het moment van het instellen van isolatiemaatregelen bij verdenking of een positieve test.](#)
- Bij de verantwoordelijkheid voor het bron- en contactonderzoek wordt onderscheid gemaakt in contacten binnen en buiten de instelling. De instelling is verantwoordelijk voor bron- en contactonderzoek bij contacten van positief geteste patiënten/medewerkers/vrijwilligers/bezoekers binnen de instelling. De GGD is verantwoordelijk voor bron- en contactonderzoek bij contacten van positief geteste patiënten/medewerkers/vrijwilligers/bezoekers buiten de instelling. Voor contactonderzoek binnen de instelling is overleg met de GGD wenselijk, omdat zij kunnen adviseren wie in welke categorie valt en welke informatie gedeeld moet worden met de contacten.
- Informeer de GGD over welke bezoekers in de besmettelijke periode van de patiënt onbeschermd contact hebben gehad met de patiënt. Het is prettig als de GGD lijsten aangereikt kan krijgen met bezoekers van de desbetreffende patiënt.
- De zorginstelling is verantwoordelijk voor het informeren van de contacten intern (bewoners/medewerkers/vrijwilligers). De contacten in de privé-situatie worden geïnformeerd door de GGD.
- **In geval de GGD genoodzaakt is het bron- en contactonderzoek af te schalen is het advies dat de zorginstelling, zover dat mogelijk is, de bezoekers/contacten buiten de instelling informeert. Bijvoorbeeld middels een brief/mail met een link naar de informatiebrief van de GGD en met een verwijzing dat de bezoeker bij vragen contact kan opnemen met de GGD.** De informatiebrief voor contacten staat als bijlage bij de LCI-richtlijn COVID-19 onder het kopje [Informatiebrieven](#).

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

4.2.2 Behandeling COVID-19

- Supportive care blijft de aangewezen behandeling van COVID-19.
- In het document [Medicamenteuze behandelopties bij patiënten met COVID-19 \(infecties met SARS-CoV-2\)](#) van de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) worden medicijnen besproken waarvan verwacht wordt of werd, dat deze een mogelijk gunstig klinisch effect kunnen sorteren voor patiënten met COVID-19. Er worden steeds meer onderzoeksresultaten bekend over de behandeling van COVID-19 die de morbiditeit en mortaliteit van patiënten met COVID-19 kan verminderen. Tot nog toe zijn dit geen studies in de verpleeghuis of VG-setting.
- Experimentele behandeling zonder bewezen effect kan alleen plaatsvinden als de patiënt aan strikte criteria voldoet. Houd rekening met bijwerkingen en dat bij off-label gebruik informed consent van de patiënt(vertegenwoordiger) nodig is.
- Pneumonie en andere symptomen kunnen zoals gebruikelijk behandeld worden, zie hiervoor de [richtlijn Lage luchtweginfecties](#). N.B. Vernevelen niet in verband met de (mogelijke) verspreiding van het coronavirus. Indien vernevelen toch nodig is (in overleg met een longarts) omdat inhalatiemedicatie onvoldoende verlichting geeft het vernevelen toepassen in een 1-persoonskamer en persoonlijke beschermingsmiddelen (FFP2-masker en spatbril/face-shield) gebruiken.
N.B. Dit is niet conform de Leidraad Medische procedures die een infectieuze aerosol genereren (IAGP) met SARS-CoV-2 (FMS, 29-4-2020). Vernevelen leidt vaak tot hoesten, uit voorzorgsprincipe worden persoonlijke beschermingsmiddelen geadviseerd.
- Maximale ondersteunende therapie (supportive care) in de vorm van zuurstoftoediening (zoals met behulp van zuurstofconcentrators⁸) kan indien aanwezig worden toegediend op basis van beoordeling door de so/avg. Zie hoofdstuk 3 en bijlage 1 in het [behandeladvies Post-covid-19 GRZ](#) voor voorzieningen rondom en suppletie en afbouw van zuurstof. Onderzoek mogelijkheden om zuurstof boven de 5 liter/min te geven (venturi masker of non rebreathing masker).

4.2.2.1 Dexamethason en remdesivir

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

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

4.2.2.2 Tromboprofylaxe⁹:

Bij opname in het ziekenhuis wordt conform een recent uitgebrachte [Leidraad COVID-19 coagulopathie](#) (NIV e.a., 16 april 2020) geadviseerd om tromboseprofylaxe te geven aan patiënten met COVID-19. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen IC-patiënten en reguliere opnames vanwege COVID-19. Met name bij IC-patiënten die worden beademd wordt een hoge

⁸ 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.

⁹ Met dank aan prof. dr. M.V. (Menno) Huisman, Hoogleraar Interne Geneeskunde, in het bijzonder de diagnostiek en behandeling van trombo-embolie, LUMC en aan David Vroeghe, basisarts Ipse-de Brugge

incidentie gezien van trombotische complicaties. Er zijn op dit moment geen signalen dat dit speelt in de langdurige zorg.

- Overweeg tromboseprofylaxe:
 - bij ernstig zieke COVID-19 patiënten met een actief behandelbeleid (al dan niet met ziekenhuisopname), zeker als in het verleden een diep veneuze trombose of longembolie is doorgemaakt en/of er sprake is van een sterke teruggang in mobiliteit **en/of maligniteit**.
N.B.1 Wees terughoudend met tromboseprofylaxe bij bekende verhoogde bloedingsneiging (denk aan GI-bloeding) of bekende trombocytopenie $<30 \times 10^9/L$.
N.B.2 Immobilititeit bij tetraplegie is normaal gesproken geen reden voor standaard tromboseprofylaxe.
 - Start tromboseprofylaxe met een LMWH (Low moleculair 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 tromboseprofylaxe zodra de patiënt is opgeknapt en/of vergelijkbaar mobiel is als voor de ziekte-episode.
 - Er is geen reden om standaard stollingsonderzoek (lab) te verrichten. Mocht er toch reden zijn voor labonderzoek, dan is het zinvol om (tenminste) PT, APTT, D-dimeer, fibrinogeen en trombocyten te bepalen.
 - Wees te allen tijde beducht op trombotische complicaties zoals een trombosebeen of een longembolie. Bij een klinisch verdenking verricht (indien gewenst) onderzoek, eventueel in overleg met de internist(-hematoloog). Denk aan labonderzoek, echo en eventueel CT-scan met longembolie-protocol.

4.2.3 Herinfectie

- **Beschouw bij bewoners in de VVT-sector en kwetsbare personen 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. Neem in beginsel de gebruikelijke maatregelen zoals omschreven in dit behandeladvies.**
Toelichting: de door het RIVM gehanteerde definities voor een(mogelijke) herinfectie¹⁰ gelden voor immuuncompetente personen. Bovenstaand advies geldt derhalve voor verpleeg- en verzorgingshuisbewoners, kwetsbare personen die langdurige (thuis)zorg ontvangen, personen van 70 jaar of ouder en voor immuungecompromitteerden. Bij overige herstelde personen die een nieuwe klachtenepisode hebben en die eerder een bevestigde COVID-19-infectie hebben doorgemaakt met een eerste ziektedag minder dan 8 weken geleden, wordt voorsnog niet uitgegaan van besmettelijkheid en is opnieuw testen en isolatie niet per definitie nodig, dit in overleg met de GGD.
- Overleg met een arts-microbioloog over diagnostiek en beleid op maat.
- Meld een mogelijke herinfectie bij de GGD (arts infectieziektenbestrijding).

¹⁰ Herinfectie "bewezen": patiënt met een bevestigde SARS-CoV-2-infectie die na een eerdere bevestigde SARS-CoV-2-infectie een klachtenvrije periode had van 8 weken of langer.
Herinfectie, mogelijke: patiënt met een bevestigde SARS-CoV-2-infectie die in de eerste klinische episode geen bewezen infectie had, maar die nauw contact was (categorie 1 of 2) van een index met een bevestigde SARS-CoV-2-infectie en die aansluitend een klachtenvrije periode had van 8 weken of langer.
Beide definities gelden voor immuuncompetente personen.

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 voor een asymptomatische COVID-19 patiënt zijn gelijk aan die voor een COVID-19 patiënt met klachten tenzij anders aangegeven.**
- 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.
- Zie [de website van Vilans](#) voor filmpjes voor het op de juiste wijze aan- en uittrekken van persoonlijke beschermingsmiddelen. Zie ook een [filmpje van het RIVM](#) over het gebruik van handschoenen en het aantrekken van een chirurgisch mondneusmasker.

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

Het doel van isolatie op een 1-persoonskamer of middels cohortering 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.
- 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. Er is geen 'one size fits all' qua 'isolatie'. Mogelijkheden zijn sterk afhankelijk van de lokale situatie voor wat betreft bouw, inrichting en de betreffende patiënt(-engroep).
- Bekijk welke (alternatieve) mogelijkheden er zijn voor 'isolatie'. Ga zo nodig over op cohortering (zie hieronder).
- Zieken en niet-zieken kunnen **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).
N.B. Het advies is om de huizen al proactief in te delen in verzorgings/behandelcohorten met zo min mogelijk verkeer van patiënten en medewerkers tussen de cohorten. In geval van een positieve patiënt is het cohort dan makkelijker in te stellen en wordt bron- en contactonderzoek en (mogelijke) besmettingen beperkt tot een kleinere groep patiënten/medewerkers.
- Maak, via/in overleg met het bestuur van de instelling, regionaal afspraken hoe patiënten met COVID-19 (op locaties) te cohorteren.

Gemengd cohort

- **Met name in geval van woongroepen van niet-instrueerbare bewoners is isolatie van patiënten met (verdenking op) COVID-19 niet altijd mogelijk bijvoorbeeld vanwege dwaalgedrag of niet wenselijk omdat overplaatsing naar een nieuwe omgeving gevolgen kan hebben voor de stabiliteit van de bewoner. In zulke situaties kan er, na zorgvuldige afweging en in overleg met de wettelijk vertegenwoordigers van de bewoners van de woongroep, voor worden gekozen om de bestaande woongroep in tact te houden. Dan ontstaat een zogenaamd gemengd cohort met verschillende patiëntencategorieën: bevestigde COVID-19 patiënten met hoogverdachten (verdenking) en/of laagverdachten (geen klachten maar behoort wel tot contacten). Ook is te overwegen om over te gaan tot omgekeerde isolatie waarbij juist de niet-bevestigde patiënten worden geïsoleerd.**

5.3 Maatregelen bij bewoners¹¹ in geval van (mogelijk) onbeschermd contact

5.3.1. Quarantaine (huisgenoten en overige nauwe contacten (categorie 1 en 2))

- Het doel van quarantaine is het scheiden van mogelijk besmette patiënten van zieken én niet-zieken.
- Plaats bewoners die (mogelijk) onbeschermd contact hebben gehad en conform het bron- en contactonderzoek in categorie 1 of 2 vallen (zie definities en paragraaf 4.2.1) tot 10 dagen¹² na het laatste onbeschermd contact in quarantaine op een 1-persoonskamer met eigen sanitair of in een quarantainecohort.
- Gebruik persoonlijke beschermingsmiddelen conform quarantaine (zie paragraaf 5.4.2)
- **Voer gedurende de quarantaineperiode dagelijkse een gezondheidscheck uit bij kwetsbare personen door het monitoren van klachten (zie casusdefinitie Verdachte patiënt in paragraaf 1.1), het opnemen van de temperatuur en het bepalen van de saturatie.**
 - **Het vooraf bepalen van uitgangswaarden bevordert de interpretatie van de waarden.**
 - **Het is van belang, zeker bij het bepalen van de saturatie, dat de bepaling wordt uitgevoerd conform de voorschriften.**
- Vervolg op dag 10-14 de dagelijkse gezondheidscheck (zie definitie).
Toelichting: de quarantainetijd (10 dagen) is niet gelijk aan de maximale incubatietijd (14 dagen). Uit literatuuronderzoek blijkt dat wordt geschat dat 50% van de zieken een incubatietijd heeft van vijf dagen of korter en 97,5% van de gevallen een incubatietijd heeft van maximaal 11-12 dagen. Uit aanvullend onderzoek van de GGD blijkt dat 99% van zowel huisgenoten en overige nauwe contacten die COVID-19 ontwikkelden, een eerste ziekte dag binnen tien dagen had na de laatste blootstelling. Dit geldt ook voor de groep 70-plussers.
- Bewoners die tijdens de quarantaine/incubatieperiode klachten ontwikkelen worden direct geïsoleerd en getest. Bij een positieve test gaat de positieve patiënt in isolatie of wordt overgeplaatst naar een COVID-19 afdeling. Voor het quarantainecohort geldt dat opnieuw een quarantaineperiode ingaat van 10 dagen met aansluitend op dag 10-14 de dagelijkse gezondheidscheck (zie definitie).

5.3.2 Maatregelen bij overige (niet nauwe) contacten (categorie 3)

Neem bij overige (niet nauwe) contacten (categorie 3) de volgende maatregelen:

- **Wees gedurende 14 dagen na het laatste onbeschermd contact alert op klachten passend bij COVID-19 en voer dagelijks een gezondheidscheck uit (zie definitie).**
- **Test zeer laagdrempelig op COVID-19 bij klachten.**

¹¹ Zie hoofdstuk 7 voor maatregelen bij medewerkers die onbeschermd contact hebben gehad.

¹² Er is beleid in voorbereiding voor de algemene bevolking waarbij personen na 5 dagen worden getest en waarbij met personen met een negatieve test de quarantaine wordt opgeheven. Gezien de kwetsbare populatie wordt de quarantaineperiode van 10 dagen in dit behandeladvies gehandhaafd.

N.B. Kies in situaties waarin moeilijk onderscheid is te maken tussen categorie 2 en 3 contacten voor maatregelen conform categorie 2 (zie paragraaf 5.3.1).

5.4 Persoonlijke beschermingsmiddelen medewerkers (druppelcontact)

5.4.1 Patiënt met (verdenking op) COVID-19

Gebruik standaard de volgende persoonlijke beschermingsmiddelen¹³:

- Schort:
 - Niet-vochtdoorlatend schort met lange mouw (PE-coating).
 - **COVID-19 cohort: draag een halterschort over het schort met lange mouwen indien er sprake is van risico op (in)direct contact met lichaamsvochten, slijmvliezen en/of niet-intacte huid (verwissel het halterschort bij iedere patiënt).**
- Masker (zie ook LCI-richtlijn: [Uitgangspunten gebruik ademhalingsbeschermingsmaskers](#) en [Update onderbouwing Nederlandse adviezen over het gebruik van mondneusmaskers](#)):
 - Type: chirurgisch neusmondmasker (type IIR)
 - Uitzondering:
 - ✓ Gebruik een FFP2-masker bij handelingen waarbij het bekend is dat veel aerosolen kunnen ontstaan zoals bijv. handelingen aan tracheostoma, 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 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.
- Handschoenen (altijd wisselen van handschoenen bij iedere nieuwe patiënt).
- Spatbril / face-shield (met aanwezigheid oogbescherming aan zijkanten)
 - De spatbril sluit goed aan op de huid omdat het virus ook via de traanbuis naar binnen kan komen, een gewone bril volstaat dus niet.
 - Bij tekorten: hergebruik is mogelijk. Desinfecteer na gebruik met alcohol 70%. Dus niet weggooien!
- Plaats van omkleden:
 - Aankleden: buiten de 'isolatie' kamer (of afdeling/unit/woongroep in geval van cohort)
 - Uittrekken op de kamer buiten een cirkel van 1,5 meter

5.4.2 Bewoner na onbeschermd contact (quarantaine)

- Gebruik in geval van quarantaine minimaal de volgende persoonlijke beschermingsmiddelen:
 - Chirurgisch neusmondmasker (type IIR);
 - **Draag handschoenen als er risico is dat de handen (in)direct in contact komen met lichaamsvochten, slijmvliezen en/of niet-intacte huid** (verwisselen bij elke bewoner);
 - **Het dragen van een halterschort kan worden overwogen worden in situaties dat er risico is dat de kleding (in)direct in contact komt met lichaamsvochten, slijmvliezen en/of niet-intacte huid (verwisselen bij elke bewoner).**

¹³ 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

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

5.4.3 Situatie van verhoogde (regionale/lokale) prevalentie

Door een situatie van verhoogde (regionale/lokale) prevalentie neemt de kans op introductie van COVID-19 binnen de instelling toe en zijn extra infectiepreventiemaatregelen geïndiceerd.

- Neem in geval van verhoogde (regionale/lokale) prevalentie, te weten in ieder geval een regionale/lokale prevalentiewaarde die overeenkomt met het predicaat 'zorgelijk' (zie [uitleg](#) over de risiconiveaus in het coronadashboard)¹⁴ de volgende maatregelen:
 - Verpleeghuissector en voor de VG-sector aan verpleeghuispopulatie gelijkwaardige doelgroepen¹⁵: ga over tot het preventief gebruik van chirurgische neusmondmaskers (minimaal type II)¹⁶ door medewerkers en bezoekers. Besluit door het bestuur op advies van het uitbraak/crisisteam. **Zie het [standpunt van de NVAVG voor een afwegingskader voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen bij doelgroepen die niet gelijkwaardig zijn aan de verpleeghuispopulatie](#).**
 - Voer een strikter opname/overplaatsingsbeleid: bij de toekenning van het risicoprofiel is de verhoogde regionale/lokale prevalentie leidend en behoort elke bewoner tot het hoge risicoprofiel, dit betekent 10 dagen quarantaine (zie document [Medisch opname/overplaatsingsbeleid](#)).
 - Pre-emptive testen van bewoners en medewerkers: er is op dit moment onvoldoende onderbouwing om preventief periodiek testen van medewerkers en/of bewoners van verpleeghuizen te adviseren. Het OMT adviseert eerst een pilotonderzoek te doen naar de effectiviteit hiervan.

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 'isotatie' 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.

¹⁴ Houd bij het interpreteren van de lokale prevalentie rekening met de invloed van lokale clusters op de waarde (zie ook de scenario's in de [Handreiking maatregelen en clusters en regionale verspreiding van COVID-19](#))

¹⁵ Er is beleid in ontwikkeling door het RIVM voor specifieke doelgroepen.

¹⁶ Type II maskers zijn alleen bedoeld om te voorkomen dat een medewerker andere personen en de omgeving besmet. Gebruik Type IIR (R staat voor resistent, zijn dus niet-vochtdoorlatend en beschermen daardoor tegen spatten) beschermt de medewerker ook tegen besmetting door een patiënt met (verdenking op) COVID-19 (N.B. Formeel worden deze maskers niet hierop getest. Omdat type II en IIR niet van elkaar zijn te onderscheiden kan er voor worden gekozen om ook bij preventief gebruik te kiezen voor type IIR.

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 Specifieke uitbraakmaatregelen

- Test in geval van een uitbraak (zie paragraaf 1.1 Definities):
 - bij het begin van de uitbraak bij voorkeur alle patiënten op de uitbraakafdeling/unit/woongroep/kleinst mogelijk afsluitbare eenheid om zicht te krijgen op de omvang van de uitbraak, maar in ieder geval alle bewoners die nauw contact zijn (dit zijn de bewoners in quarantaine).
 - alle medewerkers die, vanaf 2 dagen voordat de eerste positieve bewoner/medewerker klachten kreeg, hebben gewerkt op de desbetreffende uitbraakafdeling(en)/unit(s)/woongroep(en)/kleinst mogelijk afsluitbare eenheid.
 - Test wekelijks alle negatief geteste bewoners en medewerkers op de afdeling/unit/woongroep waar de uitbraak heerst;

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

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

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

- **Maatregelen naar aanleiding van de testuitslag:**
 - **bewoners met een negatieve testuitslag die in quarantaine zaten, blijven in quarantaine.**
 - **bewoners met een positieve uitslag gaan in isolatie; start bron- en contactonderzoek als blijkt dat er sprake is van verdere verspreiding van SARS-Cov-2 en daarmee mogelijk onbeschermd contact.**
- In geval van een onbeheersbare uitbraak: overleg zo nodig met de GGD over verder beleid.

5.8 Overige maatregelen

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

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 14¹⁷ 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

¹⁷ 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)

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.
- **Overweeg voor VG-bewoners, woonachtig buiten het instellingsterrein met een laag risicoprofiel op een ernstig beloop, de isolatietermijn aan te houden die geldt voor de algehele bevolking.**

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

- **Het afnemen van een PCR-test heeft geen meerwaarde bij het opheffen van de maatregelen omdat de test ook dood virus detecteert en een positieve test daarmee niet gelijk staat aan besmettelijkheid. De test kan nog lange tijd positief blijven. Over de rol van testen anders dan PCR-testen kan nog geen uitspraak worden gedaan.**

6.2 Opheffen maatregelen per type isolatie

- *Opheffen isolatie (1-persoonskamer):*
 - In geval van verdenking op COVID-19: na definitieve uitslag negatieve test, tenzij de klachten aanleiding zijn om de verdenking te handhaven (eventueel hertesten) dan wachten tot klachtenvrij (zie omschrijving).
 - In geval van bevestigde patiënt: patiënt is klachtenvrij (zie omschrijving).
- *Opheffen COVID-19 cohort:*
 - Na toestemming uitbraakteam. Algemene uitgangspunten:
 - in beheersbare situatie (duidelijke scheiding van zieken en niet-zieken): nadat de laatste patiënt klachtenvrij is (zie omschrijving).
 - in onbeheersbare situatie: na afloop quarantainetermijn (10 dagen) nadat de laatste patiënt klachtenvrij is (zie omschrijving). Voer op dag 10-14 een dagelijkse gezondheidscheck (zie definitie) uit bij de betreffende patiënten. Zie ook paragraaf 5.3.1.
N.B. Indien alle patiënten in het cohort COVID-19 hebben doorgemaakt kan de periode van quarantaine vervallen.
- *Opheffen quarantaine:*
 - In geval van quarantaine op 1-persoonskamer: na 10 dagen.
 - In geval van quarantainecohort:
 - Als geen van de patiënten in het cohort COVID-19 heeft ontwikkeld: na 10 dagen.
 - In geval minimaal 1 patiënt uit het cohort COVID-19 ontwikkeld: 10 dagen nadat het laatste onbeschermd contact is geweest met de laatste COVID-19 patiënt.
 - Voer bij de patiënten in bovenstaande situaties op dag 10-14 dagelijks een gezondheidscheck uit. Zie ook paragraaf 5.3.
- *Opheffen maatregelen in bijzondere situaties*
 - Asymptomatische COVID-19 patiënt¹⁸ op het moment van afname: minimaal 7 dagen na afname van monster om uit te sluiten dat de patiënt in de presymptomatische fase verkeert. Indien patiënt in de presymptomatische fase verkeert, zal deze meestal binnen 8 dagen symptomen ontwikkelen (bron: B. Buurman, C. Hertogh. [Onderzoeksverslag COVID-19 studie in verpleeghuizen](#), 29-8-2020).
N.B. deze termijn wijkt af van de termijn in de LCI-richtlijn COVID-19 (72 uur).
 - 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; **consulteer zo nodig een arts-microbioloog.**

¹⁸ Een asymptomatische patiënt kan mogelijk ook een patiënt zijn waarbij de symptomen niet worden herkend.

- Immuun gecompromitteerde patiënt met COVID-19: zie omschrijving klachtenvrij; overweeg 2 keer testen met 24 uur ertussen.

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

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 contact¹⁹ met (klachten passend bij) COVID-19 (conform definities in het protocol bron- en contactonderzoek van het RIVM);
 - Met een besmettingsrisico in verband met terugkeer uit oranje/rode COVID-19 risicogebieden.

volgen het beleid van het LCI/RIVM rondom [Testbeleid en inzet zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis](#).
- Voer in geval van een positieve test van de medewerker contactonderzoek uit in de instelling:
 - ga na met welke bewoners en andere medewerkers er onbeschermd contact is geweest **en typeer het contact als categorie 1, 2 of 3 (zie definities)**; *N.B.* Contactonderzoek bij bewoners kan achterwege blijven indien de gehele afdeling(en) waar het onbeschermd contact heeft plaatsgevonden in quarantaine gaat **en geen van de bewoners buiten de afdeling/ woongroep contacten heeft gehad (dan is namelijk ook contact met een andere bron een mogelijkheid)**.
 - zie paragraaf 5.3 voor maatregelen bij bewoners.
 - **de desbetreffende medewerkers volgen het beleid van het LCI/RIVM rondom [Testbeleid en inzet zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis](#).**

8 Overlijden

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

9 Overige maatregelen

9.1 Maatregelen bij polikliniekbezoek

Algemeen: conform de [FMS-Leidraad 'Persoonlijke bescherming in de \(poli\)klinische setting vanwege SARS-CoV-2'](#) neemt het ziekenhuis diverse maatregelen om de kans op overdracht van SARS-CoV-2 tijdens polikliniekbezoek te verkleinen, zoals het vooraf screenen van polikliniekbezoekers, het borgen van 1,5 meter tussen polikliniekbezoekers en gebruik van fysieke barrières zoals plexiglas.

- Maak een afweging of polikliniekbezoek nodig is op basis van de situatie van de bewoner en risico-inschatting op onbeschermd contact.
- Conform de FMS-Leidraad 'Persoonlijke bescherming in de (poli)klinische setting vanwege SARS-CoV-2' neemt het ziekenhuis 1-3 dagen voor het polikliniekbezoek contact op in verband met de screening/opsporing van personen met COVID-19 klachten.

¹⁹ Het betreft zowel contacten in de privé- als in de werksituatie.

- De begeleidende mantelzorger/vrijwilliger heeft geen verkoudheidsklachten, hoesten, benauwdheid en/of koorts.
- Begeleidende mantelzorger/vrijwilliger is bij voorkeur een de vaste bezoeker.
- Handhygiëne bewoner en mantelzorger/vrijwilliger: bij verlaten instelling, bij binnenkomst ziekenhuis, na bezoek arts, bij binnenkomst instelling

9.2 Maatregelen bij (meerdaags) uitstapje

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

- Voorwaarden voor uitstapje:
 - Lage regionale prevalentie in de regio van de instelling en de locatie van het uitstapje.
 - Een uitstapje vindt plaats met/bij een vaste begeleider/verwant(en).
 - Bewoner en de familie/locatie waar(bij) het uitstapje plaatsvindt zijn vrij van (verdenking op/klachten van) COVID-19. Indien van toepassing wordt vooraf op COVID-19 getest.
 - De familie/locatie waar het uitstapje plaatsvindt conformeert zich aan de algemene regels van het RIVM waarbij de 1,5 meter (in huiselijke kring zoveel mogelijk) in acht wordt genomen.
 - Er is, indien van toepassing (zie hieronder), bij terugkomst mogelijkheid tot het nemen van quarantainemaatregelen.
 - In geval van een groepsuitje/groepsreis (vakantie): het mengen van verschillende instellingen wordt ontraden.
- Vooraf:
 - Informeer de bewoner op basis van de risico-inschatting over de mogelijke gevolgen ten aanzien van quarantaine.
 - Inventariseer of er bij de familie/op de locatie (een verdenking op) op/klachten van COVID-19 is
 - Instrueer de familie/locatie waar het uitstapje plaatsvindt:
 - zich te houden aan de algemene regels van het RIVM;
 - het direct te melden als er (mogelijk) sprake is (geweest) van onbeschermd contact.
- Achteraf
 - Inventariseer het risico op onbeschermd contact: is er tijdens het uitstapje (tot maximaal 14 dagen voorafgaand aan terugkeer van het uitstapje) nauw contact²⁰ geweest met personen met (een mogelijke/klachten van) COVID-19? Zo ja, wanneer was het laatste onbeschermd contact?
 - Maak, op basis van de resultaten van bovenstaande inventarisatie een afweging voor het risico op onbeschermd contact (zie [Medisch opname/overplaatsingsbeleid](#)) en neem zo nodig quarantainemaatregelen:
 - (zeer)laag risicoprofiel: geen quarantainemaatregelen nodig
 - middelmatig/hog risicoprofiel: quarantaine conform paragraaf 5.3.1.

9.3 Overige maatregelen

- *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](#).

²⁰ Volg hiervoor de [criteria voor bron- en contactonderzoek](#) voor (overige) nauwe contacten van het LCI/RIVM

10 Maatregelen in een (dreigende) crisissituatie

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

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

10.1 Algemene opmerkingen

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

10.2 Keuzes in de zorg

- **In geval van (sterk) verhoogde lokale/regionale incidentie van COVID-19 kan een situatie ontstaan dat er keuzes gemaakt moeten worden in de zorg. Zie de handreiking '[Keuzes in de VVT zorg in tijden van COVID-19](#)' op welke manier deze keuzes gemaakt moeten worden.**

10.3 Schaarste

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

10.4 Organisatorische maatregelen

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

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

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

Dankwoord

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

Bijlage A: Cohortering²¹

Algemeen

- Zie definities voor definitie van een cohort
- Raadpleeg zo nodig een deskundige infectiepreventie bij het instellen van cohortering voor (praktische) adviezen op maat;
- Globaal vier typen cohorten:
 - COVID-19 cohort. Alleen bevestigde patiënten (zieken) (COVID-19 cohort, dit is een dynamisch cohort); doel: geven van intensieve zorg en vaak goede palliatieve zorg.
 - 'Schoon' cohort. Zonder bevestigde patiënten (niet zieken).
 - Gemengd: zieken en niet zieken; ultieme (maar niet altijd haalbare) doel is een dergelijk cohort te voorkomen door besmette bewoners te isoleren op een 1-persoonskamer of over te plaatsen naar een COVID-19 cohort en de rest groep verder te laten gaan als quarantaine cohort.
 - Quarantainecohort: bewoners met verhoogd risico door onbeschermd contact; doel: scheiden van mogelijk besmette patiënten van zieken en niet-zieken in een cohort.
 - Optioneel: opname-afdeling; dit is een afdeling waar opnames waarbij 10 dagen quarantaine wordt geadviseerd (zie [Medisch opname/overplaatsingsbeleid](#)) waarbij bewoners geclusterd worden geïsoleerd op een 1-persoonskamer.
- Samenstelling cohort qua patiëntencategorieën is afhankelijk van de beheersbaarheid van de situatie. Bij een beheersbare situatie is er sprake van een duidelijke scheiding tussen zieken en niet-zieken. Bij een 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 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) blijft²²;
- 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.

²¹ Bron WIP-richtlijn Norovirus voor Verpleeghuizen, woonzorgcentra en voorzieningen voor kleinschalig wonen voor ouderen (2016)

²² 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.