6

mei

2020

(Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (41)

Dit is een gecombineerd Inf@ct-/Labinf@ctbericht.

IN DIT BERICHT:

Na (Lab)Inf@ctbericht (39) van vrijdag 24 april en de Inf@ct (40) alleen voor GGD'en van woensdag 29 april ontvangt u nu aanvullende informatie over de volgende onderwerpen:

Testbeleid zorgmedewerkers

Testbeleid in het kader van de transitiestrategie

Protocol bron- en contactonderzoek COVID-19 herzien

Gevoeligheid van de PCR voor SARS-CoV-2-detectie en afnametechnieken

Besmettelijkheid, einde isolatie en werkhervatting na COVID-19

In voorbereiding

BERICHT:

Testbeleid zorgmedewerkers

Het testbeleid van zorgmedewerkers binnen en buiten het ziekenhuis is per direct aangepast en verruimd. Het testbeleid in de LCI-richtlijn is op dit beleid reeds aangepast.

Uit onderzoek blijkt dat de hoeveelheid virus in patiënten het hoogst is rond het moment waarop de symptomen beginnen (He et al. 2020, Kim et al. 2020, Zou et al. 2020). Daarom is de drempel voor het testen van minimaal 24 uur symptomen van COVID-19 verlaten. In de praktijk leidt deze drempel tot extra vertraging en daarom is deze niet gewenst. Vanaf morgen 7 mei 2020 zal dit beleid ook gecommuniceerd worden via de RIVM-website. Daarnaast is het beleid rond het 'COVID-19-vrij verklaren' en hervatten van de werkzaamheden aangescherpt op basis van de laatste onderzoeken, zoals ook verder in deze (Lab)Inf@ct te lezen is.

Een zorgmedewerker met symptomen van COVID-19 (hoesten en/of neusverkouden en/of koorts) die directe zorg verleent aan een patiënt/cliënt, kan GETEST worden.

Totdat de testuitslag bekend is:

Medewerkers met koorts: thuisblijven.

Medewerkers zonder koorts: bij voorkeur thuisblijven of anders persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) gebruiken zodat de medewerker de patiënt/cliënt niet besmet. Volg hierin de richtlijnen van de beroepsgroep.

Als de testuitslag bekend is:

Indien de test negatief is: aan het werk met algemene hygiënemaatregelen.

Indien de test positief is: thuisblijven en uitzieken tot minstens 7 dagen na het ontstaan de klachten EN minstens een dag nadat alle klachten volledig verdwenen zijn.*

* Let hierbij op mogelijke uitzonderingen voor bijvoorbeeld immuungecompromiteerde patiënten en mensen met aanhoudende hoestklachten.

Paramedici met direct patiëntencontact en symptomen van COVID-19 kunnen vanaf nu getest worden. Paramedici, met name de fysiotherapeuten, als zijnde zorg-contactberoep, gaan hun zorg opstarten om de noodzakelijk zorg, ook voor (ex-)COVID-19-patiënten, te geven. Recent is door de beroepsgroep een richtlijn gepubliceerd waarin testbeleid en PBM staan beschreven als voorwaarden voor de opschaling.

Testbeleid in het kader van de transitiestrategie

Eerder is al gemeld dat het OMT van 20 april adviseerde om beroepsgroepen die betrokken zijn bij de versoepelde maatregelen gericht te monitoren om eventuele effecten van de gewijzigde maatregelen op mate van SARS-CoV-2-transmissie vroeg te detecteren. Dit testbeleid is in het kader van de herstart van het basisonderwijs en de kinderopvang aangevuld (zie Uitgangspunten voor het testen van personen behorende bij het versoepelen van de maatregelen) met:

Kinderen van 0 t/m 12 jaar (in overleg met ouder/verzorgende) in het (speciaal) basisonderwijs en kinderen die opgevangen worden op een (medisch) kinderdagverblijf of de buitenschoolse opvang wanneer er sprake is van een ongewoon aantal kinderen met klachten van COVID-19 (3 of meer kinderen) in een groep (Artikel 26)*.

Een persoon met klachten moet vanaf het moment dat de klachten ontstaan totdat de testuitslag bekend is, thuisblijven.

Indien de test negatief is: naar school/kinderopvang met algemene hygiënemaatregelen.

Indien de test positief is: thuisblijven en uitzieken tot minstens 7 dagen na het ontstaan de klachten EN minstens een dag nadat alle klachten volledig verdwenen zijn.*

* Let hierbij op mogelijke uitzonderingen voor bijvoorbeeld immuungecompromiteerde patiënten en mensen met aanhoudende hoestklachten.

NB Personen die ernstige klachten hebben (hoge koorts en/of benauwdheid) of vanwege andere (ernstige) aandoeningen tot de risicogroep behoren nemen zoals gebruikelijk bij (ernstige) ziekte zelf contact op met hun huisarts of specialist voor diagnostiek en behandeling. Dit staat los van het testbeleid in het kader van de herstart van de scholen en de kinderopvang.

De regie voor het testen ligt bij de GGD in de regio. Meer informatie vindt u de op website van GGD GHOR Nederland.

Op dit moment wordt verder uitgezocht of speeksel voor virusdetectie gebruikt kan worden en welke speekselafnamesystemen gebruikt kunnen worden en beschikbaar zijn voor het testen van jonge kinderen.

Protocol bron- en contactonderzoek COVID-19 herzien

Het protocol bron- en contactonderzoek, onderdeel van de LCI-richtlijn COVID-19, is per vandaag 6 mei aangepast. Het doel van bron- en contactonderzoek is om contacten te identificeren, hen te

informeren over de blootstelling en het risico op besmetting, en hen te wijzen op maatregelen die genomen moeten worden om verdere verspreiding van COVID-19 te voorkomen.

Nu we overgaan naar de transitiefase en maatregelen stapsgewijs worden losgelaten, is uitbreiding van bron- en contactonderzoek essentieel om verspreiding van SARS-CoV-2 te beperken. Het protocol bron- en contactonderzoek is daarom aangescherpt en gewijzigd. Onderstaande zal zo snel mogelijk terug te vinden zijn in de LCI-richtlijn COVID-19.

Bron- en contactonderzoek wordt gestart binnen 24 uur na melding. Snelheid is belangrijk in de COVID-19-bestrijding vanwege de korte incubatieperiode en vroege besmettelijkheid. De definitie van de besmettelijke periode is aangepast, namelijk vanaf 2 dagen voor het begin van de klachten van de indexpatiënt.

De contacten zijn anders ingedeeld, namelijk in:
1) huisgenoten;
2) overige nauwe contacten (contact > 15 minuten op < 1,5 meter afstand, of kortdurend hoogrisicoblootstelling op < 1,5 meter afstand);
3) overige (niet nauwe) contacten (contact > 15 minuten op > 1,5 meter afstand).

Het beleid voor de 3 categorieën is aangescherpt, namelijk strikte quarantaine voor huisgenoten (mondeling toegelicht door de GGD) en een dringend thuisblijfadvies voor 'overige nauwe contacten' (schriftelijk geïnformeerd door de GGD). De overige contacten kunnen ook door de index of de instelling op de hoogte gebracht worden van het risico en te nemen acties. Voor alle 3 categorieën gelden de algemene hygiëneadviezen, het advies om alert te zijn op klachten (hoesten of neusverkoudheid of koorts) en direct contact op te nemen met de GGD als klachten ontstaan. Als deze klachten passen bij COVID-19 dan wordt direct getest op het SARS-CoV-2-virus.

Het protocol wordt momenteel uitgewerkt met voorbeelden en voorbeeldbrieven voor de 3 soorten contacten en deze worden later deze week aan GGD'en beschikbaar gesteld. GGD GHOR Nederland heeft een stuurgroep BCO ingericht, die zicht richt op opschaling en (digitale) verbetermogelijkheden voor BCO.

Gevoeligheid van de PCR voor SARS-CoV-2-detectie en afnametechnieken

De SARS-CoV-2-PCR is de meest gevoelige methode voor diagnostiek in de acute fase van infectie. Echter het verkrijgen van een correcte uitslag van een PCR op het SARS-CoV-2 hangt af van meerdere beïnvloedbare factoren. Een van deze factoren is de kwaliteit van de monsterafname, reden om er in deze (Lab)Inf@ct aandacht aan te besteden. Vankrunkelsven en collega's schreven hier recent in het Belgisch Tijdschrift van Geneeskunde een artikel over.

De gevoeligheid of sensitiviteit van de PCR kan je bekijken als technische (ook wel analytische) sensitiviteit en klinische sensitiviteit. De technische sensitiviteit kijkt naar wat de kleinste hoeveelheid viraal RNA is die gedetecteerd kan worden. Technisch gezien zijn de in Nederland gebruikte PCR-testen in staat om zeer kleine, klinisch relevante hoeveelheden viraal RNA aan te tonen en de labs die deze techniek toepassen hebben dit ook met behulp van de testpanels van RIVM-IDS laten zien.

Voor de klinische sensitiviteit van de PCR, het aantonen met PCR van wie de ziekte heeft en wie niet, spelen er ook nog andere factoren een rol, zoals het moment van monstername ten opzichte van de start en de ernst van de symptomen, het soort patiëntmateriaal (bijv. neus- en/of keelmonster, of dieper uit de luchtwegen, zoals sputum of BAL), de juiste afnametechniek, het soort wattenstok en transport medium en bewaar- en transportcondities. Ook individuele verschillen in de plaats en

kinetiek van virusreplicatie en de hoeveelheid virusuitscheiding spelen een rol. Een beïnvloedbare factor is de kwaliteit van monsterafname waarbij er een behoorlijk verschil kan zitten tussen verschillende bemonsteraars. Een (gecombineerde) nasofarynx (neus) en orofarynx (keel) wattenstok heeft de hoogste klinische sensitiviteit in de eerste week na begin van symptomen van COVID-19. Daarbij dient een keeluitstrijk afgenomen te worden van de achterwand van de keel waar het virus vermenigvuldigt; dat is beter dan van de farynxbogen of tonsillen die voor bacteriële keelinfectie de betere plaats zijn voor bemonstering. Instructies inclusief video vindt u op de LCI-website. Later in de infectie is monsterafname dieper uit de luchtwegen (zoals sputum of BAL) gevoeliger, omdat de plaats van virusvermenigvuldiging zich verplaatst kan hebben van de bovenste naar de onderste luchtwegen.

Besmettelijkheid, einde isolatie en werkhervatting na COVID-19

Naar aanleiding van nieuwe inzichten over virale load en besmettelijkheid is het beleid rond het opheffen van isolatie rond een patiënt met COVID-19 aangescherpt voor buiten het ziekenhuis. Deze is te vinden in de LCI-richtlijn. Dit heeft ook consequenties voor de werkhervatting door zorgmedewerkers met een bevestigde COVID-19-infectie. Zij dienen tot ten minste 7 dagen na de start van de symptomen thuis te blijven. Let hierbij op mogelijke uitzonderingen voor bijvoorbeeld immuungecompromiteerde patiënten en mensen met aanhoudende hoestklachten.

De FMS-expertisegroep infectiepreventie heeft voor patiënten en medewerkers in het ziekenhuis een leidraad gepubliceerd voor het uit isolatie halen van een patiënt. Deze leidraad is meegenomen in de LCI-richtlijn en is hiermee ook in overeenstemming. Beide richtlijnen zijn bekend bij Verenso en zullen in overleg met hen aanleiding zijn om de Verenso-richtlijnen ook aan te passen.

In voorbereiding

Aanvulling op de paragraaf Bron- en contactopsporing in de LCI-richtlijn COVID-19. Er zijn verschillende werkgroepen gestart om dit verder vorm te geven, rekening houdend met grotere aantallen patiënten en contacten en eventueel gebruik van een app.

Arbo-kader voor herstart contactberoepen.

Mogelijkheid gebruik van speeksel (verzameld met o.a. sponsje op stok) voor het testen van jonge kinderen.

Contactgegevens

Overleg met uw regionale GGD over casuïstiek of mogelijk verdachte gevallen in uw regio. Het nummer is te vinden op www.ggd.nl.

RIVM-LCI: tel. 5.1.2e (ook buiten kantooruren bereikbaar)

RIVM dd. viroloog: tel. 5.1.2e (ook buiten kantooruren bereikbaar)

Erasmus MC, dd. viroloog unit Klinische Virologie afdeling Viroscience: tel. 5.1.2e (buiten kantooruren: 5.1.2e

Meer informatie

ECDC

WHO en Dagelijkse WHO situation reports

RIVM (algemene informatie)

LCI-richtlijn COVID-19

Rijksoverheid

Auteurs: 5.1.2e 5.1.2e (CIb/RIVM), 5.1.2e 5.1.2e (CIb/RIVM), 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e (CIb/RIVM), 5.1.2e 5.1.2e (GGD Gelderland Midden/RAC), 5.1.2e 5.1.2e (GGD Hollands Noorden/RAC), 5.1.2e 5.1.2e (CIb/RIVM), 5.1.2e 5.1.2e (CIb/RIVM), 5.1.2e 5.1.2e (CIb/RIVM), 5.1.2e 5.1.2e (CIb/RIVM), 5.1.2e 5.1.2e (CIb/RIVM), 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e (Erasmus MC), 5.1.2e 5.1.2e (CIb/RIVM), 5.1.2e 5.1.2e (CIb/RIVM)