



Federatie
**Medisch
Specialisten**

COVID-19 testbeleid en inzet zorgmedewerkers in het ziekenhuis

Versie 9 – april 2022

Samenstelling van het Expertiseteam Infectiepreventie

Deze leidraad is geformuleerd door het expertiseteam infectiepreventie van de Federatie Medisch Specialisten. Het expertiseteam is in het leven geroepen om te adviseren met betrekking tot de beoordeling en beantwoording van de binnenkomende vragen met betrekking tot infectiepreventie. Alle werkgroepleden zijn door de wetenschappelijke verenigingen gemandateerd voor deelname aan deze werkgroep.

Samenstelling van de werkgroep

Andreas Voss, arts-microbioloog, Radboud universitair medisch centrum/Canisius Wilhelmina Ziekenhuis – NVMM, voorzitter

Alex Friedrich, arts-microbioloog, Universitair Medisch Centrum Groningen – NVMM (tot september 2021)

Joost Hopman, arts-microbioloog, Radboud Universitair Medisch Centrum – NVMM (tot maart 2021)

Jan Kluytmans, arts-microbioloog, Amphia ziekenhuis/Universitair Medisch Centrum Utrecht – NVMM (tot oktober 2020)

Rosa van Mansfeld, arts-microbioloog, Amsterdam Universitair Medische Centra – NVMM

Emile Schippers, internist-infectioloog, Hagaziekenhuis/LUMC - NIV/NVII

Astrid Oude Lashof, internist-infectioloog, Maastricht Universitair Medisch Centrum - NIV/NVII

Karin Ellen Veldkamp, arts-microbioloog, Leids Universitair Medisch Centrum - NVMM

Margreet Vos, arts-microbioloog, Erasmus Medisch Centrum – NVMM (tot juni 2021)

Heiman Wertheim, arts-microbioloog, Radboud universitair medisch centrum – NVMM

Selma Bons, Anesthesioloog, Amsterdam Universitair Medisch Centrum – NVA (vanaf oktober 2020 – maart 2021)

Joost van Tongeren, KNO-arts, Isala ziekenhuis - NVKNO (vanaf oktober 2020)

Mike Liem, Gastro-intestinaal & oncologisch chirurg, Medisch Spectrum Twente - NVVH (vanaf oktober 2020)

Kenneth Jap-A-Joe, Anesthesioloog, Ziekenhuis Gelderse Vallei – NVA (vanaf maart 2021)

Marjolein Knoester, arts-microbioloog, Universitair Medisch Centrum Groningen – NVMM (vanaf januari 2022)

Met ondersteuning van

Haitske Graveland, senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Disclaimer

Algemeen

Deze leidraad is geformuleerd door het Expertiseteam Infectiepreventie van de Federatie Medisch Specialisten. Alle leden van het Expertiseteam Infectiepreventie zijn door de betreffende wetenschappelijke verenigingen gemandateerd. Het Expertiseteam Infectiepreventie heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de inhoud van deze leidraad. Desondanks accepteren zij en de Federatie Medisch Specialisten geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in dit document, voor enigerlei schade of voor andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van deze leidraad.

Copyright

De in deze leidraad getoonde informatie is eigendom van de Federatie Medisch Specialisten. De informatie uit deze leidraad mag, ongeacht de verschijningsvorm, niet worden gewijzigd, niet gewijzigd worden gereproduceerd of gedistribueerd, en ook niet worden gebruikt voor commerciële doeleinden, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Federatie Medisch Specialisten.

Looptijd

Deze leidraad is geldig vanaf 24 augustus 2020. Deze leidraad kan tussentijds worden bijgewerkt en/of gewijzigd. De meest actuele versie is de versie die staat op de website van de Federatie Medisch Specialisten.

Versiebeheer

Versie	datum	Wijziging
1	24 april 2020	Eerste oplevering
2	13 oktober 2020	<p>Pagina 2: Toevoeging van definitie van 'Personeel kritisch voor bedrijfsvoering'.</p> <p>Pagina 6: Toevoeging van 'uitzonderingssituatie: bij capaciteitsproblemen in zorg overwegen om zorgmedewerkers met milde klachten (mits <i>geen nauw contact</i>) in afwachting van de testuitslag, toch te laten werken met een chirurgisch mondneusmasker.</p> <p>Pagina 6: Toevoeging van uitleg m.b.t. de bijdrage van asymptomatische (of subklinische) personen aan overdracht van SARS-CoV-2.</p>
3	27 oktober 2020	<p>Pagina 5: Toevoeging ***: Medisch, strikt noodzakelijke reizen van zorgprofessionals, zoals bijvoorbeeld orgaantransplantatieteams, vormen een uitzondering. Dergelijke korte verblijven zonder contacten, anders dan noodzakelijk voor het medisch handelen vormen, een aanvaardbaar risico, mits adequate preventie maatregelen worden genomen. Om de continuïteit van deze zorg te behouden is het van belang dat in dergelijke situaties zonder quarantaine restricties kan worden gehandeld.</p>
4	20 december 2020	<p>Pagina 5: Tabel - toevoeging voorwaarden: volg nationaal beleid voor de thuis situatie. Toevoeging definitie lokaal beleid. "Kan werken" gespecificeerd in: inzetbaar in ziekenhuis of inzetbaar voor patiënt gebonden werkzaamheden.</p> <p>Aanscherping advies m.b.t. contact met onverwacht positieve patiënt: Thuis blijven* tenzij kritisch voor zorgcontinuïteit** dan inzetbaar in ziekenhuis, mits voldaan aan lokaal beleid#</p> <p>Onderscheid tussen contact met positief geteste collega waarbij voldoende / onvoldoende bescherming is gedragen tijdens het contact.</p> <p>Aanscherping advies m.b.t. contact met positief geteste collega/medewerker waarbij onvoldoende bescherming is gedragen tijdens het contact: Thuis blijven* tenzij kritisch voor zorgcontinuïteit** dan inzetbaar in ziekenhuis, mits voldaan aan lokaal beleid#</p>
5	19 juli 2021	<p>Pagina 5: Toelichting m.b.t. vaccinatie</p> <p>Pagina 5: Toelichting m.b.t. aandachtspunten privacywetgeving</p> <p>Pagina 6: Tabel - toevoeging van beleid voor gevaccineerde medewerkers</p>
6	18 november 2021	<p>Pagina 7: beleid voor medewerkers met positieve huisgenoot of nauw contact aangepast vanwege huidige epidemiologische situatie met een hoge infectiedruk en advies van het 129° OMT (d.d. 10 november 2021) m.b.t. quarantaine voor alle huisgenoten van besmette personen.</p>
7	21 januari 2022	<p>Format leidraad aangepast aan toekomstig format richtlijnmodule.</p> <p>Tekstueel:</p> <p>Pagina 6: toelichting vaccineffectiviteit, toevoeging literatuur</p> <p>Pagina 6: toevoeging onderscheid/ medewerkers als dan niet geboosterd/doorgemaakte infectie (definitie) Aanbevelingen in stroomschema's</p> <p>Toevoeging bijlage: Randvoorwaarden inzet positieve zorgmedewerkers</p>
8	18 februari 2022	<p>Pagina 4-5 – toelichting m.b.t. isolatieduur</p> <p>Pagina 8: verkorten isolatieduur voor positieve medewerkers met klachten naar 5 dagen, mits 24 uur klachtenvrij, conform nationaal beleid. Voorwaarde is het dragen van een chirurgisch mondneusmasker t/m tenminste dag 7.</p>
9	April 2022	<p>Pagina 5 – aanpassing link nationaal beleid</p> <p>Pagina 6: Toelichting vervallen onderscheid medewerkers wel/niet geboosterd/doorgemaakte infectie</p> <p>Pagina 6: toelichting introductie antigeentest en toelichting reizen.</p> <p>Pagina 7-9: aanpassing aanbeveling a.h.v. epidemiologische situatie</p>

Testbeleid en inzet zorgmedewerkers in het ziekenhuis

Uitgangsvraag

Is een zorgmedewerker inzetbaar voor patiëntgebonden werkzaamheden indien deze positief is getest op COVID-19, klachten passend bij COVID-19 heeft of in (nauw) contact geweest is met een COVID-19 positief getest persoon?

Inleiding

Testen is een belangrijk instrument om de verspreiding van het virus in te dammen en zicht op het virus te houden. Het [nationaal beleid](#) beschrijft de maatregelen en adviezen om verspreiding van corona te beperken.

Deze module beschrijft aanbevelingen voor een optimale inzet van ziekenhuismedewerkers, waarbij rekening wordt gehouden met het landelijk beleid, de gezondheid van de medewerkers zelf en het risico op besmetting van patiënten/cliënten/collega's. Uiteraard kan deze basisset aan uitgangspunten afhankelijk van de lokale omstandigheden/epidemiologie verder worden aangescherpt.

De aanbevelingen zoals beschreven in deze module zijn van toepassing op alle ziekenhuizen.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te beantwoorden is geen systematische literatuuranalyse verricht. De overwegingen en aanbevelingen zijn gebaseerd op basis van expert opinion en landelijk beleid en zijn specifiek voor de Nederlandse situatie.

Samenvatting literatuur

Niet van toepassing

Conclusies

Niet van toepassing

Overwegingen

Het "thuis blijven" van zorgmedewerkers kan bij toenemende prevalentie tot grote capaciteitsproblemen leiden in de zorg. In een dergelijke uitzonderingssituatie kan overwogen worden om ook medewerkers die onvolledig of niet gevaccineerd zijn of waarvan de vaccinatiestatus onbekend is, met milde klachten, in afwachting van de testuitslag, toch beschermd (met chirurgisch mondneusmasker (CMNM)) te laten werken. Een voorwaarde hierbij is dat de testuitslag binnen 24 uur beschikbaar is. Verdere verruiming van de in deze leidraad beschreven adviezen, zoals het inzetten van positieve medewerkers, kunnen onder voorwaarden in extreme situaties worden overwogen. Zie hiervoor het noodscenario in de bijlage.

De isolatieduur van personen met een SARS-CoV-2 infectie heeft als doel om transmissie te voorkomen en is gerelateerd aan de periode dat iemand besmettelijk is. De besmettelijkheid en het risico op transmissie hangen o.a. af van de eigenschappen van het virus, de klaring van de infectie (a.h.v. immuniteit), de klachten van de patiënt (hoesten/niezen kunnen gepaard gaan met verhoogde virusuitscheiding) en de toepassing van infectiepreventiemaatregelen zoals afstand houden en gebruik van maskers.

In vergelijking met de deltavariant laten eerste onderzoeken zien dat een infectie met de omikronvariant een kortere incubatietijd kent en dat de piek in virale load vergelijkbaar of zelfs lager is (WHO 2022, Cevik 2020, Brandal 2021). Een studie uit de VS toonde in een grotendeels jonge gevaccineerde populatie een snellere klaring van het virus aan op basis van PCR resultaten (Hay 2022). Het risico op overdracht is het grootst in de periode tussen 2 dagen vóór de eerste ziektedag en 3 dagen na start van klachten. Hierna neemt de kans op transmissie af en zal vanaf dag 5 beperkt zijn.

(CDC 2022). Hierna neemt de kans op transmissie tussen dag 5 en 7 verder af en zal na dag 10 voor de meeste mensen nihil zijn.

Hoewel er beperkte data beschikbaar zijn met betrekking tot het bevestigen van infectieus virus door middel van virus kweken beschrijft een preliminary report uit Japan dat onder 21 personen met een omikron infectie, geen positieve kweken meer worden gezien na 10 dagen. Het aantal positieve kweken nam af over de tijd met een piek tussen 3-6 dagen na start symptomen (NIID 2022).

Vaccinatie

Het is mogelijk dat er binnen één of twee dagen post-vaccinatie op COVID-19 lijkende klachten ontstaan zoals vermoeidheid, hoofdpijn en verhoging. Dit kunnen bijwerkingen van de vaccinatie zijn. Het advies is om ook bij klachten post vaccinatie laagdrempelig het standaard testbeleid te volgen. Voor meer informatie over vaccineren zie de website van het [RIVM](#).

Hoewel het exacte aandeel niet bekend is wordt toch ervan uitgegaan dat naast de kans op ziekte ook de kans op transmissie door vaccinatie wordt beïnvloed (CDC 2021). Eerder week om deze reden het testbeleid voor gevaccineerden op onderdelen af van het beleid voor ongevaccineerden. De vaccineffectiviteit tegen infectie en transmissie leek gedaald te zijn door de opkomst van nieuwe varianten en het verstrijken van de tijd sinds de afronding van de vaccinatieserie (Geurts van Kessel et. al., 2021). De bescherming na een recente boosterprik bleek effectiever dan na een recente vaccinatieserie (Garcia-Beltran et al. 2021, Buchan et al. 2021).

Doordat er inmiddels veel tijd is versteken sinds de boosterprikken en tevens een groot deel van de bevolking een infectie met de Omicron variant heeft doorgemaakt wordt onderscheid maken tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden medewerkers niet meer bijdragend geacht.

Antigeen testen

Om pragmatisch reden (o.a. logistiek, kosten) kan in de huidige fase van de pandemie de antigeen (zelf)test worden ingezet. Antigeen (zelf)testen hebben een lagere sensitiviteit dan PCR testen. Bij een negatieve antigeentest bij iemand met voor COVID19 verdachte klachten kan om die reden alleen een infectie met SARS-CoV-2 worden uitgesloten met behulp van een PCR test.

Reizen

Het quarantainebeleid ten aanzien van reizen wordt in de huidige situatie losgelaten, maar kan weer van toepassing worden bij de komst van een nieuwe variant of concern of verandering in pandemische situatie.

Privacywetgeving

Voor het toepassen van het in deze leidraad beschreven beleid kan door samenloop van wetgeving een mogelijk dilemma ontstaan. Zo bepaalt de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) dat een werkgever slechts bijzondere persoonsgegevens mag verwerken als daarvoor een uitzondering bestaat. Gegevens over de vaccinatiestatus zijn medische gegevens, en daarmee te beschouwen als bijzondere persoonsgegevens. Voor een werkgever is voor het verwerken van deze bijzondere persoonsgegevens geen uitzondering beschikbaar en een werkgever mag dus niet registreren dat medewerkers wel of niet tegen COVID-19 zijn gevaccineerd.

De GGD en de bedrijfsarts (of arbodienst) kunnen beiden in dit spanningsveld een brugfunctie vervullen. De GGD heeft de bevoegdheid vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg) om mensen in het kader van Bron en Contactonderzoek (BCO) te vragen naar hun vaccinatiestatus. De bedrijfsarts heeft een medisch beroepsgeheim en is in een organisatie zodanig onafhankelijk van de werkgever gepositioneerd dat medische gegevens, waaronder de vaccinatiestatus, niet verstrekt mogen worden aan de werkgever. De werkgever kan dus een bedrijfsarts (en/of arbodienst) inschakelen om een oordeel te geven over de mogelijkheden en beperkingen van de werknemer. Zij kunnen beide inventariseren wie wel/niet gevaccineerd is en het gesprek aangaan over het gewenste gedrag/maatregel, zonder dat de werkgever direct betrokken is. Komt de instelling er intern niet afdoende uit, dan dient de GGD het contactonderzoek uit te voeren en gerichte adviezen te geven.

Meer informatie met betrekking tot privacywetgeving en vaccinatiestatus kunt u lezen op de website van het [RIVM](#).

Aanbeveling

Bij het formuleren van de genoemde aanbevelingen in deze leidraad is ervan uitgegaan dat overdracht van SARS-CoV-2 voornamelijk door symptomatische patiënten wordt veroorzaakt. Inmiddels is bekend dat de groep van asymptomatische/subklinische personen kunnen bijdragen aan de totale transmissie op populatieniveau van SARS-CoV-2. Gegevens uit observaties in meerdere ziekenhuizen hebben laten zien dat medewerkers die werkten terwijl zij (geringe) klachten hadden de oorzaak zijn geweest van clusters (Sikkens et al., 2021).

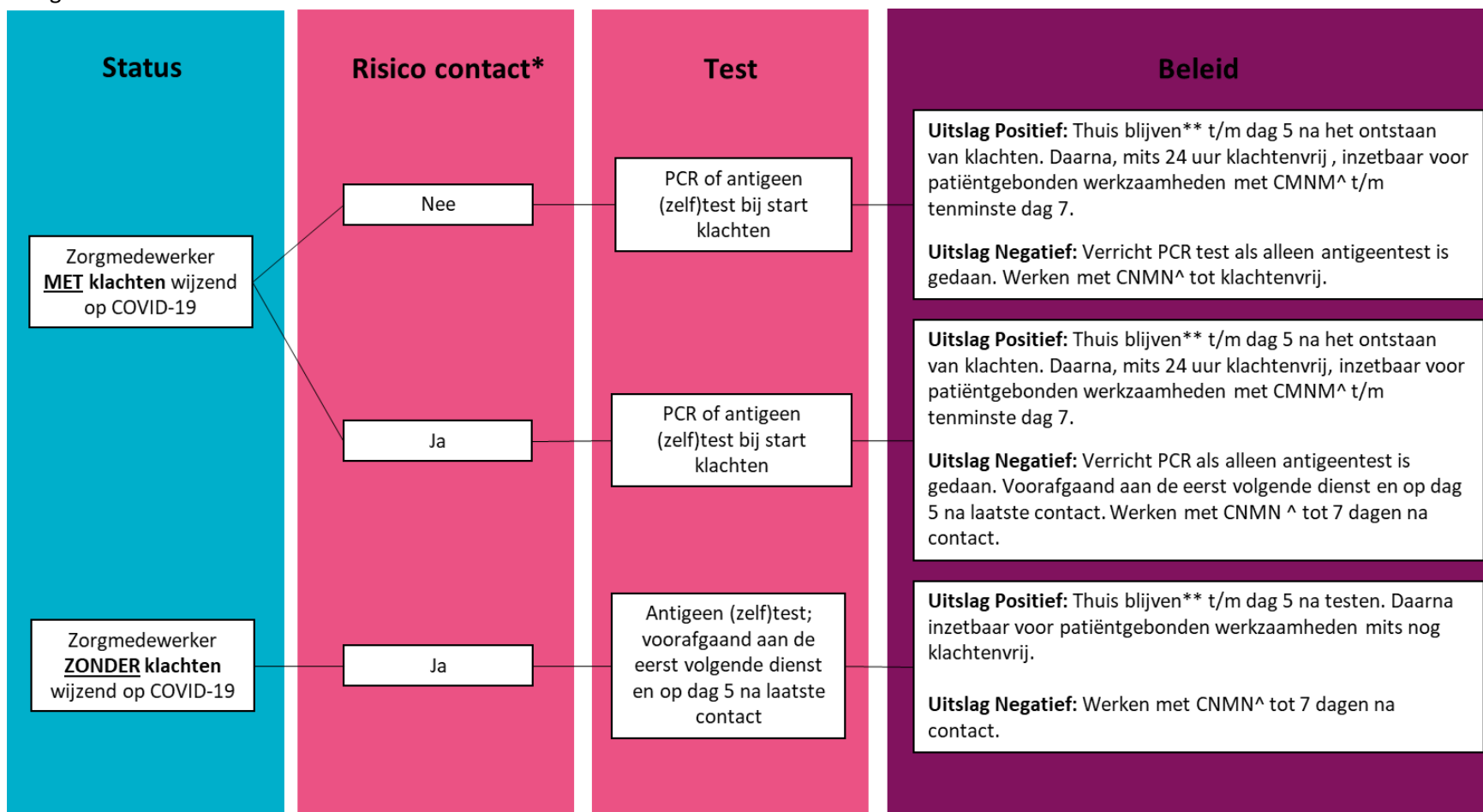
De aanbevelingen zijn van toepassing voor zorgmedewerkers werkzaam in de directe patiëntenzorg. Voor medewerkers werkzaam buiten de patiëntenzorg is het nationaal beleid van toepassing.

Afhankelijk van de epidemiologische fase van COVID-19 waar Nederland zich in bevindt – [conform afschalingsmatrix](#) - worden de aanbevelingen geformuleerd voor de fase hoog transmissierisico met lage klinische impact/ matig transmissierisico (figuur 1) en voor de fase laag transmissierisico/ normale situatie (figuur 2).

Het dragen van een masker tot 7 dagen na risicocontact is niet op basis van de verkorting van de incubatieduur, maar op basis van proportionaliteit waarbij de kans op ontstaan van klachten de 1e week het grootst is. Daarnaast zijn er waarschijnlijk ook veel onbekende risico contacten in de fase waarin er minder wordt getest.

In de fase laag transmissierisico/ normale situatie, waarbij er niet meer standaard binnen de 1.5 m preventief een chirurgisch mondneusmasker wordt gedragen, is het belangrijk om bij bepaalde groepen patiënten zoals bijvoorbeeld transplantatie patiënten te overwegen om voorlopig wel altijd preventief een chirurgisch mondneusmasker binnen de 1.5 m te dragen.

Figuur 1: Aanbevelingen inzet en testbeleid zorgmedewerkers werkzaam in de directe patiëntenzorg - fase hoog transmissierisico met lage klinische impact/ matig transmissierisico



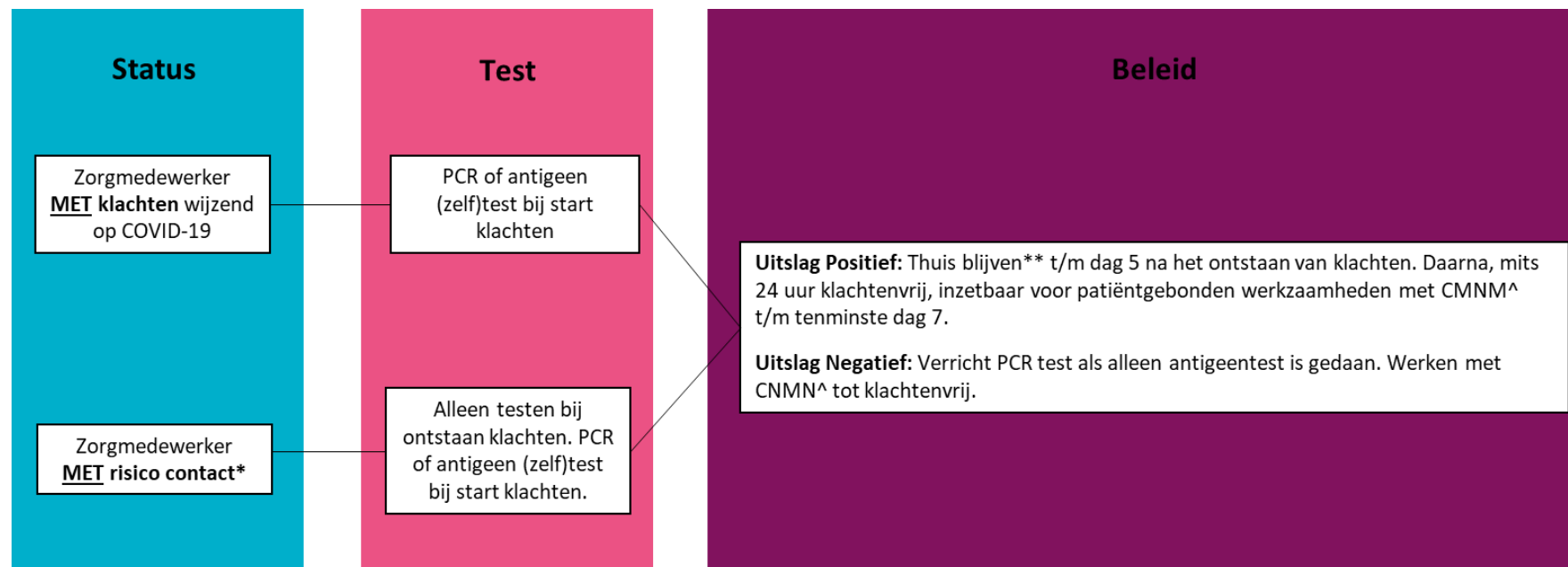
Voorwaarden:

* Risicocontact: Contact met positieve huisgenoot (incl. kinderen), nauw contact

** Medewerker is niet inzetbaar voor locatie gebonden werkzaamheden vanwege vorming infectierisico. In overleg met leidinggevende wel belastbaar voor andere werkzaamheden die vanuit thuis kunnen worden gedaan.

^ Werken met CMNM: bij alle contacten <1,5 m.

Figuur 2: Aanbevelingen inzet en testbeleid zorgmedewerkers werkzaam in de directe patiëntenzorg - fase laag transmissierisico/normale situatie



Voorwaarden:

* Risicocontact: Contact met positieve huisgenoot (incl. kinderen), nauw contact

** Medewerker is niet inzetbaar voor locatie gebonden werkzaamheden vanwege vorming infectierisico. In overleg met leidinggevende wel belastbaar voor andere werkzaamheden die vanuit thuis kunnen worden gedaan.

^ Werken met CMNM: bij alle contacten <1,5 m.

Literatuur

Buchan S. et al., 2022, Effectiveness of COVID-19 vaccines against Omicron or Delta infection. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2021.12.30.21268565>;

Brandal L. et al., 2021, Outbreak caused by the SARS-CoV-2 Omicron variant in Norway, November to December 2021. Euro Surveill. 2021;26(50):pii=2101147. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.50.2101147>

Cevik M. et al., 2020, Virology, transmission, and pathogenesis of SARS-CoV-2. BMJ 2020; 371 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3862> (Published 23 October 2020)

CDC 2021, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/fully-vaccinated-people.html>

[CDC 2022, https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/prevention-and-control/quarantine-and-isolation](https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/prevention-and-control/quarantine-and-isolation)

Garcia-Beltran, W et al., 2022, mRNA-based COVID-19 vaccine boosters induce neutralizing immunity against SARS-CoV-2 Omicron variant. Cell (2022), <https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.12.033>

Geurts van Kessel, C et al., 2021, Divergent SARS CoV-2 Omicron-specific T- and B-cell responses in COVID-19 vaccine recipients. medRxiv 2021.12.27.21268416; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268416>

Hay J. et al., 2022, Viral dynamics and duration of PCR positivity of the SARS-CoV-2 Omicron variant. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2022.01.13.22269257>

National Institute of Infectious Diseases. Japan. Active epidemiological investigation on SARS-CoV-2 infection caused by Omicron variant (Pango lineage B.1.1.529) in Japan: preliminary report on infectious period. 5 January 2022. www.niid.go.jp/niid/en/2019-ncov-e/10884-covid19-66-en.html.

Sikkens J. et al., 2021, Serologic Surveillance and Phylogenetic Analysis of SARS-CoV-2 Infection in Hospital Health Care Workers. MedRxiv 2021 <https://doi.org/10.1101/2021.01.10.21249440>

WHO 2022, <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/statements/2022/statement-update-on-covid-19-omicron-wave-threatening-to-overcome-health-workforce>

Bijlagen

Randvoorwaarden voor de inzet COVID-19 positieve medewerkers in geval dreigende zorg collaps

Evidence tabellen

Niet van toepassing

Exclusietabel

Niet van toepassing

Zoekverantwoording

Niet van toepassing

Bijlage: Randvoorwaarden voor de inzet COVID-19 positieve medewerkers in geval dreigende zorg collaps

Zorginstellingen zijn wettelijk verplicht om onder alle omstandigheden (dus ook bij een crisis) zorg te blijven verlenen en zich voor te bereiden om de continuïteit van zorgverlening te waarborgen. Het groeiende aantal COVID-19 patiënten en het toenemend verzuim van zorgmedewerkers m.b.t. COVID-19, leidt tot verhoogde druk op de gehele zorgketen, dat uiteindelijk adequate zorg onmogelijk zou kunnen maken. Doel van deze bijlage is om randvoorwaarden te beschrijven voor de inzet van COVID-19 positief geteste medewerkers, in extreme uitzonderingssituaties wanneer de klinische capaciteit te kort schiet om de zorg voor urgentieklasse 1 tot 3 te kunnen borgen en doorgang te laten vinden en wanneer niet meer kan worden voldaan aan de eisen van goed hulpverlenerschap. In deze situatie moet een risicoafweging worden gemaakt passend bij de situatie. Deze randvoorwaarden zijn onderdeel van de toolkit voor het optimaliseren van de klinische personele capaciteit zoals beschreven in het Raamwerk voor optimaliseren en maximaliseren van klinische capaciteit voorafgaand aan en ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie.

Het COVID expertiseteam infectiepreventie benadrukt dat bij het verruimen van het huidige beleid, waarbij het inzetten van besmettelijke medewerkers kan worden overwogen, juist extra besmettingen kunnen ontstaan (overdracht van SARS-CoV-2 in de zorg vindt met name plaats tussen medewerkers onderling en niet tussen patiënt en medewerker). Het expertiseteam wil er dan ook expliciet erop attenderen, dat deze oplossing ook een negatieve invloed kan hebben op het capaciteitsprobleem.

Lokale afwegingen bij een tekort aan zorgpersoneel kritisch voor de zorgcontinuïteit.

Alvorens over te gaan tot de inzet van positieve medewerkers dient de volgende stap te zijn doorlopen, waarbij eerst alle medewerkers die in quarantaine zijn in verband met een contact aan het werk worden gesteld.

Het besluit ter aanpassing van de vigerende regels wordt genomen door de instelling, met name het Crisisbeleid team (CBT) en goedkeuring van de Raad van Bestuur (RvB).

Vertaling van de in deze bijlage genoemde randvoorwaarden en afwegingen in een lokaal protocol, waarbij met alle relevante partijen in de regio is afgestemd, is essentieel voor eenduidige en transparante besluitvorming. Mogelijke voorbeelden van dergelijke protocollen zijn op te vragen bij de NVZ.

- Overweeg *het verschil* in beleid voor geboosterde en niet-geboosterde medewerkers (zie de definities in de hoofdtekst) op te heffen en het beleid voor immune en niet immune medewerkers (zonder klachten) uit de richtlijn ‘Testbeleid en inzet zorgmedewerkers in het ziekenhuis’ voor allen te volgen.
- Oormerk alle medewerkers als ‘kritisch voor zorgcontinuïteit’.

Afweging inzet positieve medewerkers

Verdere verruiming van het beleid door medewerkers die in isolatie zijn als gevolg van een positieve test aan het werk te stellen, met in acht neming van de aandachtspunten m.b.t. risicoreductie. Het besluit ter aanpassing van de vigerende regels wordt genomen door CBT, RvB en de Zorgregio.

Inventariseer of de adequate zorg daadwerkelijk onmogelijk is. Zie hiervoor Raamwerk voor optimaliseren en maximaliseren van klinische capaciteit voorafgaand aan en ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie. Let hierbij in het bijzonder op:

- Lopen patiënten/cliënten een groot risico op blijvende morbiditeit of mortaliteit als er niet meer medewerkers aanwezig zijn?
- Is er al maximaal op- en afgeschaald?
- Zijn er lokaal of regionale oplossingen meer om de continuïteit van zorg te waarborgen?
- Zijn lokaal alle medewerkers met verpleegkundige of medische achtergrond (vanuit andere functies), ingezet in de zorg? Overleg hiervoor met verpleegkundige en medische staf en de medezeggenschapsorganen (OR en patiëntenraden etc.)

Raden van Bestuur wordt gevraagd om de volgende aspecten mee te nemen en te documenteren in hun besluitvorming over het al dan niet inzetten van COVID-19 positieve medewerkers:

- Past een dergelijk beleid bij goede zorg en goed hulpverlenerschap? → toets in de regio of andere mogelijkheden zijn uitgeput.
- Past een dergelijk beleid bij goed werkgeverschap en voelen mensen zich veilig? → toets bij lokaal medische staf en verpleegkundige staf.
- Zijn er afspraken gemaakt met patiënten gremia, (o.a. cliëntenraad) en de OR van de zorginstellingen?
- Is in het kader van de beroeps- en bedrijfsaansprakelijkheid, overeenkomstig de voorwaarden van de aansprakelijkheidsverzekeraar tot een besluit gekomen?
- Hebben patiënt(en) of medewerkers het recht om zorg door positieve medewerker te weigeren c.q. met positieve collega samen te moeten werken?
- Inzet van COVID-19 positieve medewerkers is ten alle tijden op vrijwillige basis. Met in achtneming van de privacywetgeving (zie paragraaf privacywetgeving in de leidraad).

Positie IGJ

De IGJ heeft kennis genomen van de inhoud van deze Leidraad. De IGJ gaat ervan uit dat de Leidraad zorgaanbieders bruikbare handvatten geeft om de complexe afwegingen rond dit onderwerp te maken. De IGJ heeft, mede naar aanleiding van gesprekken met FMS, NVZ en NFU, aangegeven erop te vertrouwen dat zorgaanbieders (raden van bestuur en zorgverleners) de afweging tussen continuïteit van zorgverlening en de risico's van de inzet van besmettelijke medewerkers op een verantwoorde manier maken. Ook vertrouwt de IGJ erop dat zorgaanbieders de alternatieven voor de inzet van besmettelijke medewerkers uitputten en dat als er toch besmettelijke medewerkers worden ingezet, adequate risicobeheersmaatregelen worden getroffen. De IGJ kan een raad van bestuur achteraf vragen uit te leggen welke afwegingen zijn gemaakt en welke maatregelen zijn getroffen.

Randvoorwaarden voor risicoreductie bij inzet besmettelijke medewerkers:

- Medewerkers onder elkaar houden zich strikt aan de basis maatregelen.
- Zet in eerste instantie uitsluitend de positieve medewerkers in op COVID afdelingen - b.v. stel een positief cohort op waarbij zowel patiënten als medewerkers positief zijn.
- Zet geen positieve medewerkers in op hoog-risico afdelingen met patiënten met een hoog risico op een gecompliceerd verloop van een COVID-19 infectie, zoals b.v. bij hematologische/ oncologische/ nefrologische zorg.
- Primair alleen asymptomatische medewerker aan het werk stellen.
- Vermijd inzet als mensen het meest besmettelijk zijn zoals rondom het tijdstip van ontstaan van symptomen.

- Vermijd inzet van mensen met hoge viral loads = lage CT waardes (afpraak met lokaal laboratorium over delen en duiden van deze data). Mensen met hoge viral loads zijn besmettelijker.
- Zet bij voorkeur gevaccineerde mensen in (volledige vaccinatie plus recent geboosterd). Deze mensen klaren mogelijk de viral load sneller.
- Laat bij voorkeur alleen medewerkers samenwerken met de positieve medewerker als hun laatste vaccinatie (volledige vaccinatie plus recent geboosterd) is of als zij een recente infectie doorgemaakt in 2022) met COVID-19 hebben doorgemaakt.
- Gebruik maskers niet alleen in contact met patiënten maar ook bij medewerkers onderling.
- Spreek elkaar aan op het naleven van maatregelen.

Positieve medewerker:

- Komt alleen naar het werk en rijdt niet met collega's mee. Komt ook niet met het openbaar vervoer.
- Houdt waar mogelijk afstand van anderen binnen de zorginstelling en daar buiten.
- Draagt ten alle tijden een chirurgisch mondneusmasker type IIR. Om de 3 uur, en indien nodig eerder, wordt het masker gewisseld.
- Draagt verplicht een chirurgisch mondneusmasker type IIR in het publiek- en zorgdomein.
- Mag alleen tijdens eten en drinken het masker afzetten (het masker wordt dus gedurende de werkzaamheden continu gedragen).
- Vermijdt samenkomst met collega's op drukke plekken zoals garderobe /omkleedplek.
- Neemt geen gezamenlijke pauzes, ook geen gebruik van het restaurant als lunchplek.
- Actief toezicht door leidinggevende op naleving van de maatregelen.