Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

advies

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

KvK Utrecht 30276683

T 030 274 91 11
F 030 274 29 71
info@rivm.nl

Bespreking	Advies 53e OMT aan BAO: ebola
Vergaderdatum en -tijd	Donderdag 23 oktober, 15.00-17.00 en van 17.30-18.30
Voorzitter	prof.dr. J.T. van Dissel (voorzitter), RIVM-CIb
Deelnemers	Zie deelnemerslijst, bijlage 1 en 2

A. Samenvatting situatie

Aanleiding OMT
Sinds maart 2014 heeft West-Afrika te maken met een ebola uitbraak die in omvang toeneemt. De verwachting is dat de stijgende trend van het aantal ebolapatiënten zich voorlopig nog voort zet en zich geografisch zal blijven verspreiden in de getroffen West-Afrikaanse landen.

Met het vertrek van Nederlandse hulpverleners de komende maanden naar West-Afrika, stijgt de kans dat we over moeten gaan tot een medische repatriëring en in Nederland geconfronteerd worden met een ebolapatiënt. Daarnaast zullen we in de komende maanden regelmatig patiënten met koorts, recent teruggekeerd uit West-Afrika, als 'verdacht' voor ebola aanmerken, waarvan een enkeling daadwerkelijk ebola zal hebben.

Met dit OMT beogen wij landelijke afstemming van de betrokken partijen m.b.t. de afspraken rondom een (verdachte) patiënt, zodat uniformiteit in de opvang en behandeling van (verdachte) ebolapatiënten ontstaat.

B. Het advies

1. Actuele situatie en ervaren knelpunten

Gedurende de afgelopen maanden is er intensief gewerkt aan het ontwikkelen en uitdragen van diverse richtlijnen op het gebied van:

- De triage van verdachte patiënten;
- Persoonlijke beschermingsmaatregelen in de verschillende medische domeinen (huisarts, SEH, opnameafdeling en IC);
- Ambulancezorg;
- Afvalverwerking;
- Schoonmaak;
- Werkwijze overleden patiënt;
- Monitoring van contacten.

De ontwikkeling en herziening van deze richtlijnen is een iteratief en dynamisch proces.

Sinds april 2014 wordt de LCI geconsulteerd over ebolaverdenkingen. Tot nu toe is bij drie patiënten die voldeden aan de casusdefinitie diagnostiek ingezet met in alle drie de gevallen een negatieve uitslag. De OMT-leden is gevraagd naar hun ervaringen tot nu toe met verdachte patiënten, de in de academische ziekenhuizen uitgevoerde oefeningen en de ervaren knelpunten. De OMT-leden geven aan over het algemeen tevreden te zijn over de beschikbare richtlijnen, over de oefeningen en de opvang van de verdachte gevallen. Er is

veel ontwikkeld voor het optimaliseren van de opvang van een verdacht ebolageval. Niettemin zijn er wel een aantal knelpunten benoemd welke hieronder worden toegelicht.

Vraag 1: Welke knelpunten zijn er tot nu toe ervaren en waar moet een oplossing voor komen?

Advies 1:

1. De OMT-leden bekrachtigen dat het huidige triageprotocol, zoals opgesteld door het CIb met vele veldpartijen, het uitgangspunt blijft voor alle hulpverleners.
2. In Nederland maken we onderscheid in het monitoringsbeleid voor gezondheidsmedewerkers die een ebolapatiënt zorg hebben verleend. We differentiëren in hoog- (onbeschermde) en laagrisico (beschermde) contacten. Bij hoog risicocontacten wordt gedurende 21 dagen na blootstelling actief (GGD belt dagelijks het contact) de lichaamstemperatuur gemonitord en een verbod opgelegd om het land te verlaten. Bij laag risicocontacten is sprake van passieve temperatuur bewaking (contact belt GGD bij koorts) en is er geen beperking voor het reizen.
   Het ECDC stelt voor om alle gezondheidszorgmedewerkers die een ebolapatiënt zorg verleend hebben met adequate beschermingsmaatregelen te beschouwen als laag-risico contact, maar daarbij de maatregelen te treffen als bij een hoog-risico contact. Dit betekent dat ook laag-risico contacten gedurende 21 dagen actief hun temperatuur moeten meten, deze dagelijks moeten doorgeven aan de GGD en het land niet mogen verlaten.
   De OMT-leden zijn het er over eens dat we in Nederland onderscheid blijven maken tussen hoog- en laagrisico contacten en de daarvoor specifiek geldende maatregelen en daarmee het voorgestelde ECDC advies niet volgen. Belangrijk argument daarvoor is dat beschermende maatregelen als adequaat worden beschouwd om transmissie te voorkomen en daarom actieve monitoring als disproportioneel wordt ervaren.
3. Vertegenwoordigers van de ambulancezorg geven aan dat niet elk academisch ziekenhuis een uitkleedlocatie heeft voor ambulancepersoneel bij aflevering van een van ebola verdachte patiënt. Het OMT bekrachtigt dat dit wel op elke locatie aanwezig zou moeten zijn. De academische ziekenhuizen hebben toegezegd dit snel op te pakken.
4. Het huidige beleid rondom de verwerking van ziekenhuis- en patiëntenafval is onvoldoende voor het afval volume rondom een ebolapatiënt. Daarom wordt door een werkgroep gewerkt aan een multilateraal voorstel voor een alternatieve en veilige verwerking, waarbij het ziekenhuis- en patiëntenafval over de weg vervoerd kan worden naar een aangewezen verwerkingsinstallatie. Hiervoor dient een ontheffing verleend te worden. Het OMT vraagt het betrokken ministerie voorrang te geven aan het verlenen van deze ontheffing.
5. De OMT leden bekrachtigen de voorgestelde herziening van de richtlijn voor de werkwijze bij een overleden ebolapatiënt.

2. Opvang- en behandelmogelijkheden voor ebolapatiënten

Vraag 2a: Welke knelpunten ervaren de OMT-leden m.b.t. de opvang van (verdachte) ebolapatiënten?

Er zijn signalen vanuit verschillende regio's dat er geen compleet overzicht is van de afspraken die gemaakt zijn met de perifere ziekenhuizen, de mate waarin zij getraind zijn in het opvangen van een verdachte ebolapatiënt en de triage van een dergelijke patiënt. Dit geldt ook voor de SEH's en de huisartsenposten. De raden van bestuur zijn door het CIb schriftelijk geïnformeerd over de verwachtingen ten aanzien van de preparatie voor een ebolapatiënt.

Alle acht academische ziekenhuizen melden dat zij op dit moment voldoende voorbereid zijn op het ontvangen en verzorgen van een van ebola verdachte patiënt. Hiervoor zijn de academische ziekenhuizen intensief aan het trainen. Echter het vervolgen van de zorg bij een ebola bevestigde patiënt wordt als een knelpunt gezien. Goede zorg verlenen bij een patiënt die wellicht steeds zieker (en dus besmettelijker wordt) is belastend, intensief en complex. Tevens vreest men ernstige verstoring van de reguliere bedrijfsprocessen in het betreffende ziekenhuis. Uit een inventarisatie onder de academische ziekenhuizen blijkt dat er verschillen zijn in voorkeuren voor persoonlijke beschermingsmiddelen. Er is discussie geweest over de mogelijkheid van aerogene transmissie. In een ziekenhuis kunnen bij opname van een zeer zieke ebolapatiënt op een intensive care handelingen worden uitgevoerd die tot aerosolvorming kunnen leiden. Daardoor kan een verhoogd en kwalitatief ander risico op transmissie ontstaan.

Advies 2a:

1. De OMT-leden stellen voor om vanuit de GGD'en/of de ROAZ een inventarisatie uit te laten voeren bij de perifere zorginstellingen over de mate van preparatie, regionale afspraken en regionale oefeningen.
2. Het OMT bekrachtigt dat de transmissieroute van ebola verloopt (buiten de specifieke omstandigheden die aerosolvorming kunnen geven) via direct contact met een ebolapatiënt en/of diens lichaamsvloeistoffen.
3. De OMT-leden bekrachtigen dat de minimale eisen met betrekking tot functionaliteit van de persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals opgesteld door de WIP, afdoende en veilig zijn om de onder punt 2 genoemde transmissieroute te doorbreken tijdens vervoer per ambulance en opname in isolatie. Bijkomende omstandigheden (zoals het dragen van een bril, baard, draagcomfort) kunnen de individuele keuze in een bepaalde situatie beïnvloeden, mits daarmee voldaan wordt aan de minimale eisen.
4. Voor specifieke risico verhogende situaties en handelingen (waarbij aerosolen kunnen vrijkomen) bij een ebolapatiënt in een IC-setting, zijn aanvullende beschermingsmaatregelen noodzakelijk (face shield of hood).
5. De leden van het OMT veronderstellen dat het centraliseren van deze specifieke zorg in een beperkt aantal ziekenhuizen betere garanties biedt voor optimale zorg en de verstoring van de reguliere bedrijfsprocessen daarbij tot slechts één ziekenhuis beperkt blijft. Wanneer een ziekenhuis hiervoor aangewezen wordt (met een backup van een tweede ziekenhuis indien de capaciteit daar om vraagt), kan een dedicated team, intensief getraind, met de beschikking over optimale beschermingsmiddelen (waar schaarste voor zou kunnen ontstaan) deze zorg op zich nemen. De acht academische ziekenhuizen geven aan dat er zo nodig bereidheid is om getraind personeel beschikbaar te stellen. De acht academische ziekenhuizen blijven in dit scenario voorbereid op de opvang van een voor ebola verdachte patiënt totdat ebola wordt vastgesteld.

Vraag 2b: Welke knelpunten rondom behandelmogelijkheden worden door de OMT-leden ervaren?

Van geen enkel middel is op dit moment de effectiviteit vastgesteld. De middelen die experimenteel worden ingezet voor mogelijke behandeling van ebola zijn nog niet geregistreerd en nog in een experimenteel stadium. Ook is het aantal experimentele mogelijkheden voor specifieke behandeling van ebola zeer beperkt. Er zijn slechts zes middelen in ontwikkeling die mogelijk effectief zijn. Gegevens over veiligheid en effectiviteit in de mens ontbreken of zijn zeer beperkt. Ook de beschikbaarheid van deze middelen wisselt sterk. Informatie over gebruikte medicatie bij ebolapatiënten in andere Europese (of VS) landen wordt niet of nauwelijks uitgewisseld. Wanneer in Nederland bij een patiënt ebola wordt vastgesteld, moet op dat moment bekeken worden door de behandelaar welk middel beschikbaar is. Voor import van een product is ontheffing geregeld (Geneesmiddelenwet,

art.40, lid 3g). Omdat de behandelaar op eigen verantwoordelijkheid dit middel toepast, is toestemming van een METC een aanvullende garantie voor een zorgvuldige beoordeling van de noodzaak voor toediening. De METC toestemming moet echter per middel en per academisch ziekenhuis aangevraagd worden.

Met betrekking tot de behandeling van een ebolapatiënt (buiten de toediening van specifieke medicatie) zal in een IC-setting gewerkt worden met het Canadese protocol als uitgangspunt. De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) heeft zich bereid verklaard zich te buigen over een aanpassing van dit protocol voor de Nederlandse situatie. Afgesproken is dat er geen landelijke beperkingen worden opgelegd over medisch handelen (bv. het niet uitvoeren van intubatie of reanimatie). Dit is een individuele keuze van een behandelaar bij de behandeling van een patiënt waarbij de veiligheid van persoon voorop staat.

Advies 2b:

1. Het OMT wil dat de EMA op Europees niveau de coördinatie van de toepassing van ebola specifieke middelen op zich neemt en zorg draagt voor bijbehorende protocollen (al dan niet aansluitend op bestaande initiatieven).
2. Het BAO wordt gevraagd om de CCMO te vragen een (met name betreffende de prioritering) uitspraak te doen over de inzet van specifieke middelen zodat niet elk academisch centrum zelf een METC aanvraag hoeft te doen.

3. Afstemming communicatie

Omdat ebola een meldingsplichtige ziekte is behorende tot groep A, heeft het ministerie van de VWS de regie over de communicatie. Het ministerie heeft dat gedelegeerd aan het RIVM dat de eerste woordvoering doet bij een vermoedelijke ebolapatiënt. Betrokken partijen kunnen vanzelfsprekend communiceren over hun eigen verantwoordelijkheden en handelingen, maar zaken die het beleid raken moeten afgestemd worden met het RIVM (of VWS). De deelnemers van het OMT onderschrijven deze werkwijze.

Vraag 3a. Worden er knelpunten ervaren m.b.t. de communicatie?

Een aantal OMT-leden geeft aan dat de discussies in de media over onder andere beschermende middelen van grote invloed is op het gevoel van veiligheid bij de medewerkers. Echter, zij zijn zich bewust van de beperkte invloed die daarop uitgeoefend kan worden en leggen de verantwoordelijkheid daarvoor terug bij de beroepsgroep zelf. Ook geeft een aantal OMT-leden aan dat zij behoefte heeft aan één communicatielijn vanuit de landelijke overheid. Communicatie door zowel een NCTV als het NCC alsook het RIVM wordt als verwarrend ervaren.

Advies 3a:

De OMT-leden zien graag één communicatielijn vanuit de overheid naar medisch professionals en vragen het RIVM hiervoor.

Publiciteit en communicatie

Zodra het BAO bovenstaande adviezen heeft bekrachtigd, zal het CIb het gekozen beleid kenbaar maken aan professionals en vervolgens het publiek. Het is belangrijk dat professionals tijdig op de hoogte zijn zodat zij publieksvragen kunnen beantwoorden.