Datum	Tijd	Wie	Wat	Actie	Door wie	Uitgevoerd datum en tijdstip	Hyperlinks naar relevante documenten en communicatie
19-05-22	13.00	SOA poli [redacted]	melding voor retrospectief testen van 2 samples MSM die op 10 mei op SOA poli gezien zijn, met wat nu blijkt ook monkeypox te kunnen zijn geweest. Op 10 mei was niet bekend dat deze import ziekte in EU of NL was	Aanmelden samples bij RIVM/DS	AIZ, SLA		
19-05-22	17.00	labmf@crt 1	Monkeypoxcases in het VK, Portugal, Spanje, Zweden, deVS en Canada				
20-05-22	9.00	In de ochtend is er voor nationale afstemming een Cib-responsteam Monkeypox (MPX) bijeengekomen.	Er zijn o.a. afspraken gemaakt over beleid, diagnostiek , behandeling, preventie & profylaxe en publieksc0mmunicatie en communicatie naar professionals. Postexpositieprofylaxe middels vaccinatie met een 3e generatie pokkenvaccin (Imvanex) is voorhanden. De uitkomsten van het responsteam wordt via de gebruikelijke kanalen naar de betrokkenen clinici, laboratoriums en GGD'en gecommuniceerd.	Opstarten BCO	AIZ		
	16.30	BOB 1	AIZ, SOA, SLA, UMCA	oa routing diagnostiek weekend afgesproken			
	17.00	Vanmiddag werd door een referentielaboratoria de eerste patiënten met Monkeypox bevestigd, waarvan twee woonachtig in Amsterdam.	sample uit Amsterdam positief	BCO opstarten	[redacted] (Soa poli) en [redacted]		
	20.00	labmf@crt 2	• Eerste patiënt in Nederland • Indicaties voor diagnostiek • Diagnostiek bij personen met verdenking op Monkeypox • Maatregelen • Meldplicht	De GGD Amsterdam zal morgen de HAP's inlichten. Een vooraankondiging zal alvast worden verstuurd.			
21-05-22	11.00	BOB 2					
	19.30	labmf@crt 4	• Monkeypox vanaf vandaag meldingsplichtige ziekte groep A • Quarantaine voor hoogrisicocontacten				
				Gisteren gesproken met [redacted] (010-[redacted]) En [redacted] GGD-Rdam. Zij hebben veel expertise mbt scabiesuitbraken. Specifieke vragen aan hen: **Wie schrijft medicatie voor?** - Bewoners verpleeghuis: Antwoord Rdam: door verpleeghuisarts/SO, - medewerkers door bedrijfsarts? Antwoord Rdam: Ja, alle medewerkers vallen qua gezondheid onder directe verantwoordelijkheid van Arbo-arts. Deze dient zorg te dragen voor informatieverstrekking, administratie, registratie (innemen en uitwerken van ingevulde questionnaires) en voorschrijven recepten aan personeel. - bezoekers en familie van medewerkers en bezoekers door wie? Antwoord Rdam: Zij adviseren dit toch door GGD te laten coördineren/uitvoeren ipv dit te delegeren naar huisartsen. Als t via huisartsen zou lopen, wordt het een zootje, en valt overzicht totaal weg tav, toezicht, controle op verstrekken medicatie en voorlichting, timing voor (gelijktijdige) behandeling en compliance om voorgeschreven maatregelen uit te voeren en medicatie in te nemen. **Wie draagt kosten voor behandeling personeel en bezoekers?** - In principe vergoed de verzekeraar dit ex behandeling dmv ivermectine, doch eigen bijdrage indiv patiënten speelt hierbij wel een rol. - De ivermectine wordt helaas niet door verzekeraars vergoed. Daarom is t van belang dit goed in te regelen en waarschijnlijk het beste, als deze kosten niet voor rekening van de indiv patiënten/contacten zou komen, omdat dit de compliance op gebruik van medicatie zeer nadelig zou kunnen beïnMoeden. - Daarom adviseert Rdam, dat Verpleeghuis zorg draagt voor behandeling bewoners en personeel en GGD voor behandeling contacten. **Overige tips hoe deze uitbraak aan te pakken?** Zij adviseren om toch vooral qua te plannen en uit te voeren grote behandelronde voldoende tijd te reserveren aan het krijgen en houden van inzicht ("Situational Awareness") mbt de omvang van de uitbraak (dus contactonderzoek en diagnostiek, bijhouden epicurve, Case-mapping, datacollectie, etc). Daarnaast is de verdere planning mbt de aanpak cruciaal en dient een duidelijk plan te worden geformuleerd (ook qua tijdsbestek). **Aandachtspunten voor deze planning zijn:** - Duidelijke afspraken over taakverdeling (wie gaat wat doen?) - Heldere afspraak over gezagsverhoudingen OMT (wie heeft de leiding, adviserende rol GGD, rollen taken diverse overige betrokkenen, etc) - Goede afstemming over therapie en vervolgcontroles tussen dermatoloog en overige betrokken artsen - Harde afspraken vastleggen over wie wat gaat betalen en dit ook schriftelijk vastleggen - Onderlinge communicatie/afstemming (OMT, Arboartsen, Verpleeghuis, GGD, etc) - Evt berichtgeving naar buiten (info aan patiënten/contactenpersoneel, persbericht, regelmatige nieuwsbrieven, bulletins, etc) - Zo snel als mogelijk een inschatting maken van aantallen te behandelen personen (patiënten, personeel + alle contacten) tbv aanvragen benodigde medicijnvoorraad. CAVEAT: Er kan momenteel schaarste bestaan, zowel tav ivermectine, als tav Ivazol!!! - ZSM de reguliere leveranciers/apotheken een voorwaarschuwing geven, dat er obv bovengenoemde inschatting een grote bestelling aan zit te komen - Voldoende tijd en personeel (artsen) alloceren mbt het verwerken van de patiënten anamnese vragenlijsten en het uitschrijven van recepten. Hier zal veel tijd in gaan zitten! **Tot slot, tot staan brengen van de transmissie:** Tot slot benadrukten onze Rdamse collegae nogmaals het belang van het onder controle krijgen van de transmissie via de crusteuze gevallen (liefst dmv isolatie), want zo lang dit onvoldoende onder controle is, blijven besmettingen plaatsvinden (ping-pong effect) en zou ook de grote behandelronde geen garantie geven, dat de uitbraak daarmee te stoppen is! Als het, zoals in geval Sarphatihuis, niet mogelijk is om de hoog besmettelijke cases te isoleren, moeten we rekening mee houden met een geprolongeerd beloop.	[redacted]	19-8-2021	
				Tav behandelaar (asymptomatische) behandelgroepen is een reëel scenario wat ook in eerdere uitbraken heeft plaatsgevonden: SOG behandelt alle bewoners, bedrijfsarts behandelt alle medewerkers, GGD behandelt alle bezoekers en andere externen. Al deze behandelgroepen moeten op dezelfde dag behandeld worden. De behandeldag staat volgens Sarphatihuis nu gepland voor 2 september, idealiter wordt dit nog naar achteren verschoven. Vanuit de GGD zullen dan 1 of meerdere artsen ingezet moeten worden. In principe zijn ivermectine tabletten geïndiceerd voor asymptomatische contacten. Het verstrekken van een recept heeft als nadeel dat er extra drempels ontstaan voor verstrijken en innemen van tabletten. Het heeft dan de voorkeur dat wij iedereen uit deze behandelgroep een dooste tabletten verstrekken, bij contra-indicaties de juiste hoeveelheid Ivazol creme. Omdat er kans is op schaarste van beide middelen en een evt logistieke knelpunten in beeld te brengen, heb ik contact getracht op te nemen met de dienstdoend ziekenhuisapotheker van AvL, waar de GGD standaard medicatie bestelt. Deze was niet bereikbaar, het betreft [redacted] op tel (020-5124478. Dinsdag 25-8 ben ik zelf weer aanwezig, graag maandag oppakken.	[redacted] graag 24-8 oppakken		
				Ik heb een paar nieuwe mappen aangemaakt in de uitbraakmap: communicatie intern, communicatie Sarphati, achtergrondinformatie scabies, voorlichting en informatie. De mailcorrespondentie intern en met Sarphatihuis wordt ook in de mailbox infectieziekten, map scabies sarphatihuis opgeslagen, volgende week even afstemmen waar we deze opslaan om dubbeling te voorkomen en de correspondentie voor alle interne betrokkenen inzichtelijk te houden. [redacted] heeft een linklist opgesteld met de tot op heden betrokken patienten en medewerkers.			
				Conclusie: 3 belangrijkste pijlers om scabiesuitbraak te bestrijden zijn niet op orde: isolatie crustosa patienten, hygienemaatregelen en behandeling. Crustosa patienten lopen momenteel rond over afdeling en zorgen voor voortgaande transmissie. [redacted] en [redacted] zijn afgelopen week op locatie geweest, blijken nog veel hygienemaatregelen niet nageleefd te worden. Behandeling: bleek dat 1e ronde bewoners zalven verspreid is over 3 dagen en 2e rond bewoners+medewerkers niet op dezelfde dag is gedaan. Daarnaast zalf voorgeschreven door dermatoloog (zie regel 16). Collectieve behandeling kan zo niet gepland worden, waarschijnlijk nog een aantal weken nodig.			
				Zie samenvatting in GLIMS en notulen als bijlage GLIMS.			
				Gesproken met [redacted] (010-4438003) En [redacted] GGD-Rdam. Advies gevraagd over behandelgroep, zij geven aan dat het beter is om breed te denken (alle mdw + bewoners). Crustosa patient is in gemeenschappelijke ruimte geweest (grote patio), maar ook bijv. in lift. Daarnaast aanzienlijk aantal mdw met klachten, die ook op meerdere afdelingen werken. Grote kans dat komende weken (3-6 wkn incubatietijd) zich meer scabiesgevallen openbaren. Optie om te bekijken wie in gemeenschappelijke ruimtes is geweest tijdrovend en levert weinig op, advies om hele huis te behandelen. Wat betreft overige bezoekers huis (niet gerelateerd aan afdeling), met name belangrijk om alert te maken op klachten.			
				[redacted] regisseur vanuit GGD [redacted] en [redacted] overleggen behandelplan met dermatoloog [redacted] betreft [redacted] om te zorgen voor goede overdracht (volgende week laatste week [redacted]). H&I gaat vaker langs. Heeft Sarphati IGJ al ingelicht? Benoemen bij OMT volgende keer. Sarhatihuis bespreekt opnieuw mogelijkheid om crustosa client(en) te isoleren. Financieel plaatje in kaart brengen. [redacted] heeft dagelijks overleg met SO [redacted] (terug van vakantie). Sarphati doet communicatie naar buiten en laat bleven door ons lezen, gaan alle mdw en bewoners op de hoogte stellen.			

				Behandeladvies dermatoloog doorgesproken ([redacted]). Nogmaals gevraagd naar contra-indicaties Ivermectine. Zou wel een artikel zijn waarin neurotoxiciteit werd gevonden volgens hem. Echter geen contra-indicaties terug te vinden in farmacotherapeutisch kompas, enige contra-indicatie diëthylcarbamazine (DEC). Vanuit praktisch oogpunt Ivermectine eerste keus volgens richtlijn. Lijkt vooral aangestuurd te zijn op laxazol door [redacted] Dermatoloog heeft geen bezwaar om ivermectine bij te starten. Zou 20/8 langsgaan bij Sarphathuis, maar was toen volgens haar niet nodig. Aangegeven dat uitbraakbestrijding tot nu toe problematisch verloopt (hygienemaatregelen, isolatie en behandeling). Geeft nu aan dat het niet gaat om crustosa? / Vindt het qua klinisch beeld niet passen. Aangegeven dat gezien groot aantal secundaire gevallen in korte tijd het wel past bij crustosa of intermediaire vorm. Gaat nog in gesprek met SO([redacted]			
				Vaste SO terug van vakantie. Geen besmettingen bijgekomen. Hebben met managers overleg gehad om nogmaals te spreken over isolatie van mw. met crustosa, lijkt onmogelijk. Ook qua personele bezetting. Maar SO wil zich er hard voor blijven maken. Idee is nu om een kamerscherm te plaatsen, waardoor mw nog wel op een deel van de afdeling vrij rond kan lopen, maar contact met medebewoners wordt geminimaliseerd. Ook gesproken over keus voor laxazol en voorkeur voor ivermectine, gaat hierover in gesprek met dermatoloog. Vraagt of er as dinsdag nog een tussenrond gepland dient te worden om bewoners met klachten nog een keer te behandelen. Ik ga dit nog na (naar LCI gemaild).			
				Mail gestuurd naar voorwacht LCI met samenvatting van de uitbraak en vragen over behandeling van de normale scabiespatienten en de juridische/financiele aspecten van collectieve behandeling. Ook een vraag vanuit Sarphathuis over een bewoner van een andere afdeling op de 2e verdieping waar geen gevallen zijn, zelf ook klachtenvrij, er is plek voor hem in een andere instelling, mag hij daarheen? Gesproken met [redacted] adviezen: goede risicoinventarisatie uitvoeren, is hij verzorgd door positieve medewerker > 15 min, zijn er contacten geweest met mensen van de besmette afdeling? Als hij tot de behandelgroep behoort, dan preventief behandelen (ivermectine) op de avond voor overplaatsing. Dan volgende ochtend overplaatsen met goede overdracht en monitoring gedurende de eerste 10 weken incubatieperiode. Door [redacted] teruggekoppeld naar de arts van Sarphathuis ([redacted]) bezoek sarphathuis: knelpunten bespreken, informatie geven , klinische les, bezoek afdeling, samen met facilitair manager, s.o. [redacted] kwaliteitsverpleegkundige. Veel knelpunten besproken aan de hand van document, opgesteld door [redacted] Facilitair manager blijkt op vakantie te zijn zonder dat collega's/ de organisatie hiervan op de hoogte is. SO heeft contact gehad met de dermatoloog: behandelplan om 2 crustosa clienten nogmaals te behandelen 31/8, 1/9 en 8/9 met ivermectine en permetrine. En 8/9 tevens alle bewoners en personeel vld afdeling met Ivermectine. Daarnaast is SO bezig om in kaart te brengen wanneer welke clienten in de ziekenhuizen zijn geweest.			
				Vragen gesteld aan LCI: Behandelverplichting GGD: deze is er niet. GGD is er voor de public health, gezond houden van het volk. Meedenker, adviseur, behulpzaam. Zowel binnen de muren van het instituut, maar vooral ook voorkomen van verspreiding daarbuiten. Juridische aspecten. zo ver moet je niet willen gaan. Streven naar samenwerken tussen GGD en instelling, samen de juiste 'touch' vinden, nieuzen bij elkaar krijgen. Registratie cases en contacten belangrijk dat je alles in 1 systeem wil hebben, dus idealiter bij de instelling. Financieel: Officieel zouden de bezoekers onder hun eigen huisarts vallen. Vergoeding van Ivermectine is hierbij groot knelpunt. Bij kleinere uitbraken. potje gebruikt vanuit GGD, bij uitbraak van deze omvang niet mogelijk. Niemand weet de oplossing. Idealiter kosten vanuit instelling zelf. Alternatieven: GGD. Alle bezoekers overtuigen en zelf laten betalen. Geen goede algemene oplossing. In het OMT met instelling overleggen. Ook als GGD code verzekerde zorg gebruikt, lost dit vergoedingsproblem voor ivermectine niet op. Bedrijfsarts: zit niet in OMT, hoe in nu de betrokkenheidsbereidwilligheid van de bedrijfsarts mbt personeel behandelen? Soms blijven bedrijfsartsen alleen ingehuurd voor verzuim en ook dat kan groot knelpunt zijn in uitbraakbestrijding. Behandelingvragen scabiès-patiënten: extra gift Ivermectine en op welk moment? Advies: overleggen met de behandelend dermatoloog, idealiter heeft deze ook ervaring in de scabiès uitbraak bestrijding. [redacted] heeft deze vraag ook voorgelegd aan de dermatoloog, maar dit heeft nog niet voldoende duidelijkheid opgeleverd. De dermatoloog lijkt beperkt ervaring te hebben met de uitbraak behandeling. Advies [redacted] ook overleggen met [redacted] Uitgelegd dat de situatie wat betreft dermatologie wat complex is binnen de GGD was omvddoende beschikbaarheid van dermatologen voor behandelaarschap in deze uitbraak. De instelling heeft uiteindelijk een dermatoloog ingeschakeld vanuit een ZBC voor bevestigen diagnose. Deze dermatoloog is echter ook 1 dag per week werkzaam bij de GGD Amsterdam, dus is collega van [redacted] Advies: toch ook overleggen met [redacted] veel expertise, vaak betrokken geweest oa ook bij de Poort. Evt escaleren via [redacted]			
				Nog 1 client met klacht bijgekomen, zijn gestart met cohortering op de afdeling. Er zijn momenteel 5 clienten met klachten, 4 vld 5 zijn op het cohort, waarvan 3 goed op de kamer blijven. SO heeft opnieuw dermatoloog gesproken, geeft aan dat het geen crustosa is qua klinisch beeld, maakt het erg verwarrend. Vragen zich af of er dan wel crustosa beleid nodig is, behandelen hele huis. Aangegeven dat dit in elk geval intermediaire scabies is gezien grote hoeveelheid secundaire gevallen en dus zelfde beleid als crustosa. Second opinion dermatoloog? OLVG geeft aan dat dit geen zin heeft. Feit is dat er veel secundaire besmettingen zijn. Wel moeite waard om behandeladvies opnieuw te laten bekijken door dermatoloog met ervaring op het gebied van scabies. SO kan naam nog terugvinden. Alvast twee punten voor volgend OMT: wat worden precies de behandelgroepen, wie wordt aanspreekpunt voor vragen over klachten als brief naar hele huis uitgaat? Medewerkers zijn gebonden aan 2e verdieping, werken dus niet op andere verdiepingen. Onbekend of zij ook buiten de instelling werkzaamheden verrichten.			
				1. Bespreken (te verwachten) vragen voor OMT morgen 31-8-21 Van [redacted] 5 vragen doorgestuurd gekregen vanuit Sarphathuis: Behandelgroep bewoners; andere behandelgroepen waaraan gedacht moet worden; contactpunt voor vragen onder deze mensen. o Behandelgroep bewoners: afhankelijk van besmettelijkheid crustosa. Dermatoloog heeft nu gezegd dat het geen crustosa is, echter grote groep secundaire cases is dan lastig te verklaren; daarnaast is hij niet teruggeweest voor herbeoordeling en lijken de korsten bij 1 crustosa patiënt alleen maar toe te nemen. Is een herbeoordeling aangevraagd? Vragen aan specialist ouderengeneeskunde [redacted] Hoe is de uitgebreidheid van de transmissie (aantal secundaire cases) te verklaren indien er geen crustosa beeld is? o Behandelgroepen niet-bewoners: • Medewerkers 2e etage, ook aan hen vragen of zij nog elders werkzaam zijn geweest. • Vertrokken/tijdelijke krachten en stagiaires • Bedrijfsarts/arbodienst moet meedoen aan OMT/overleggen. • Alle familieleden van de medewerkers met klachten • Alle vaste bezoekers van de patiënten van de afdeling OB (waar de meeste patiënten zijn) • Incidentele bezoekers – alleen bij klachten • Ziekenhuiscontacten – ziekenhuizen zijn door [redacted] geïnformeerd in zijn algemeenheid dat dit speelt. Bij recente val van bewoner lijkt het niet direct opgepakt door verpleeghuis. Aanbeveling communicatieplan klaar hebben staan bij onverwachte ziekenhuisbezoeken en ambulance zodat verplegend personeel adequate maatregelen kan treffen. Voor eerdere ziekenhuisbezoeken geldt: risico van het ziekenhuisbezoek inventariseren. o Contact voor vragen: verantwoordelijkheid ligt bij instelling. Advies kwaliteitsmedewerker hiervoor inzetten. GGD is dagelijks bereikbaar voor doormeven vragen/casuïstiek van 14-15 uur (IZB verpleegkundige). 2. Extra agendapunten voor het OMT a. Bovenstaande punten zullen waarschijnlijk al in de agenda zijn opgenomen b. Cohortering: blootgestelden van de afdeling nu in 2 cohorten: behandelde gewone scabiès patiënten bij de crustosa patiënten in isolatie? Overige blootgestelden apart? Arsbtraire splitsing. Van de groep die apart is gecohorteerd zat donderdag ook 1 bewoner in het bed met de dekens van de crustosa patient te rommelen. Hoe gaat het nu met de isolatie? c. Grote behandelronde. voorstel 21-22 september. Genoeg tijd om voor te bereiden maar toch binnen afzienbare tijd. Niet te lang wachten. 3. Afspraken: - [redacted] belt vandaag met [redacted] voor advies over de behandelgroepen - [redacted] belt vandaag met de specialist ouderengeneeskunde [redacted] over diagnose crustosa en gevolgen voor bepalen behandelgroep. - Morgen 31-8 om 9.15 uur voorovleg voor OMT om de uitkomsten van bovenstaande 2 telefontjes te bespreken en definitief advies op te stellen mbt behandelgroepen. (Om 11 uur is het OMT.)			
				Adviezen: 1. Crustosa? ☆ 2 crustosa patienten op 1 afdeling is vreemd, zou je niet verwachten. Zijn ze pre-terminaal of ernstig immuungecompromitteerd? Alleen pre-terminale patiënten en ernstig immuungecompromitteerde patiënten hebben doorgaans crustosa. ☆ Dubieus dat deze patiënten echt crustosa hebben met hun voorgeschiedenis. Was er niet recent een patiënt overleden met een huidbeeld (dus eigenlijk de crustosa bron) en zijn zij eigenlijk secundaire cases? Zo ja, dan op bron focussen met het contactonderzoek en behandelgroepen. ☆ Alternatieve verklaring is dat hun besmettelijkheid meevalt, maar dat het gedrag van de bewoners (neuzen in bedden van de besmette patienten) een rol heeft gespeeld in hoog aantal secundaire gevallen. 2. Dermatoloog ☆ Goede band leggen met academisch ziekenhuis, in R'dam zijn er AIOS die langskomen en die vinden dit heel interessant, kunnen ook schrapen. Instelling zet dan (als het kan) alle patiënten 'klaar' voor als de AIOS komt. (AIOS GGD kan dan meegaan). Ook nuttig voor toekomstige uitbraken. ☆ Dermatoloog moet een goed behandelplan instellen van de crustosa patiënten, bijv 1e week 3x behandelen, 2e week 2x, 3e week 1x (als het crustosa is). 3. Bepalen behandelgroep ☆ Familiedenvaste bezoekers van de 'crustosa' patiënten met klachten (nachtelijke jeuk)?? Is goede indicator voor besmettelijkheid. o Hoe is de familie van de 'crustosa' patiënten? ☆ Hoe besmettelijk waren de 'crustosa' patiënten toen zij naar de algemene ruimte gingen? → heeft hun begeleider van dat moment ook jeukklachten ontwikkeld? ☆ Heeft iemand fysiotherapie, is de fysiotherapeut ook besmet? ☆ Zijn er mensen van de linnenkamer met klachten? ☆ Dit alles geeft een indicatie van of het echt om crustosa patiënten gaat. ☆ Bij behandelen mensen met klachten: partners en kinderen. iedereen die in hun bed geslapen heeft. Dus keuze om kinderen/pubers niet mee te laten behandelen en te monitoren. Hiermee wijk je af van de richtlijn maar valt te overwegen omdat het proportioneler is en een groter draagvlak te verwachten valt. ☆ Bij toch minimaal besmettingen in deze groepen, kan je overwegen om de behandelgroepen klein te houden, dus alleen 2e etage, dan wel een duidelijk plan afspreken: bijv 20 weken monitoren van de andere afdeling. Alle andere bewoners en verpleegkundigen moeten een brief krijgen met informatie (wat is scabies, wat kan ik doen als ik denk klachten te hebben → laagdrempelig naar dermatoloog/AIOS, iedere medewerker mag niet naar andere afdelingen in deze periode, inclusief nachtwerk). Bij klachten betekent doorbraak dan vroeg diagnose stellen en uitgebreidere behandelgroepen behandelen). ☆ Houd er rekening mee dat de beklijfbaarheid van de informatie onder personeel laag is, circa 60% laat zich daadwerkelijk behandelen. Hoe kun je deze optimaliseren? Verplicht bij te wonen voorlichtingsbijeenkomst waarbij ze vragen moeten stellen, onder werktijd of in elk geval de uren vergoed krijgen als het buiten werktijd is. ☆ Communicatie is belangrijk. Iedereen die behandeld wordt of betrokken wordt in het kader van ringonderzoek, moet een brief ontvangen met daarin. als je naar de huisarts gaat ivm jeuk, overleg dan VOÓR behandeling met de GGD en laat de huisarts deze brief zien. 4. Behandeling ☆ Ouderen geen permetrine, is te moeilijk goed in te zetten bij deze groep. Behaarde hoofdhuid ingesmeerd? Ivermectine voorkeur. ☆ Schaarste in Ivermectine: sommige contacten moeten met permetrine behandeld worden. Is lastiger, 's nachts bijv na toilet gaan smeren. ☆ Voor gewone scabies patienten nu niet meer met permetrine behandelen maar met Ivermectine. Ook alle contacten op de afdeling 2x behandelen gezien hun verminderde sensibiliteit en verminderd vermogen om klachten in een vroeg stadium te ontdekken! 5. Arbodienst ☆ Als bedrijfsarts geen gehoor geeft, kan instelling desnoods kiezen om basisartsen in te zetten hiervoor.			
				update: nu 4 mensen met nieuwe klachten in cohort bij de 2 'crustosa' patienten, met schermen isolatie van rest van afdeling, is voor het weekend misgegaan, iemand onderdoor gekropen, blijft een uitdaging, nu houten schotten besteld. Co-assistent met dermatologie ambities op de afdeling, heeft zich hierin vast gebeten. Vanaf 31-8 willen ze de 2 intensiever gaan behandelen. Voor zover bekend niemand recent overleden met huidbeeld die eigenlijke bron zou kunnen zijn, maar gaat dit voor afgelopen 6 maanden nog na. Activiteiten begeleider ook jeukklachten, fysio niet, familie en linnenkamer onbekend, gaat dit nog uitzoeken. 1 mw met laesies aan de armen, heeft huiskamer structuur nodig, mag zij toch in de huiskamer? Bij voorkeur niet, kans op nieuwe verspreiding. Dermatoloog komt in principe pas 2 weken na behandeling hele groep, dus pas over 3 weken. OLVG ziet geen reden voor second opinion. Nanninga schrijnt nog een dermatoloog te zijn met aandachtsgebied scabies. Rol voor scabies PCR in diagnose stellen van bewoners? Dit zoek ik nog uit.			
				Gesproken over evt contact zoeken met AUMC om samenwerking op poten te zetten, geen bezwaar, dermatologen van SOA-poli hebben functie op de SOA-poli, geen rol in uitbraken in instellingen, kunnen ook geen dossier voeren etc. Balkema is dermatoloog uit Friesland met expertise in scabies. Als wij nu twijfelen over de voortgang van de laesies van de 'crustosa' patienten kunnen we de dermatoloog vragen om een herbeoordeling te doen, wellicht is er meer sprake van desquamatie of toename eczeem en zijn de mijten wel weg.			
				Zie samenvatting in GLIMS en notulen als bijlage GLIMS.			

				Afgesproken wo 8-9 komt dermatoloog langs. Als 'crustosa' bewoners nog besmettelijk, dan worden die verplaatst naar andere locatie (deze logistiek duurt 1 week) en is behandeldag ip wo 22 sept, als ze wel 'schoon' zijn, dan een week eerder dus 15 sept. Ik bel [illegible] voor doornemen BCO lijst (voicemail ingesproken), ik stuur draaiboek format naar [illegible] en [illegible] op [illegible] besteld alvast zoveel mogelijk (2500-3000) ivermectine tabletten (in etappes).			
				Update met SO: geen nieuwe gevallen. signaal dat uitzendrachten zijn niet geïnformeerd voordat zij ingezet zijn. [illegible] gaat hier extra goed naar kijken voor de grote behandelronde. PCR inzetten? Ik vraag even na bij [illegible]			
				4 patienten geschraagt op de afdeling, dit betreft de 2 'crustosa' patienten en 2 andere patienten met EZD in juni die nog steeds veel huidafwijkingen hebben. Bij 1 'crustosa' patient nog eitjes gevonden zonder mijten onder microscopie, bij 1 normale scabies patient idem, de overige 2 ei- en mijtvrij. Mail dermatoloog [illegible] Martinez: Mijn voorstel is complete isolatie op een aparte kamer voor deze 4 mensen te doen, je zei dat is mogelijk. Behandelen met schema 1,2 en 8 Medewerkers behandelen die klachten hebben. Graag beleid met infectie ziekten afstemmen ook PCR beleid van infectieziekten met hun bespreken (om bedrijfsarts?) Morgen ben ik telefonisch bereikbaar om 09:45, zonet prima via de mail. Telefonische aanvulling: isoleren van 2 patienten zonder eieren hoeft niet per se volgens dermatoloog, 2 met eieren zou wel voorstel zijn. Oorsprong eieren lastig aan te geven, kan van patient zelf zijn, een andere patient, of rondslingerende mijt op de afdeling.			
				Zie samenvatting in GLIMS en notulen als bijlage GLIMS			
				besproken met [illegible] probeer goed helder te krijgen bij de dermatoloog of het nu echt normale en niet meer besmettelijkere scabiës betreft op dit moment. Zo ja en kan hij met zekerheid zeggen dat het normale scabiës is, dan kan isolatie worden losgelaten. Bij twijfel overweeg toch verlengen isolatie of evt een tweede collectieve behandelronde. Is niet gebruikelijk; maar we hebben meerdere kwetsbaarheden hier. 1. Gedrag bewoners dus hogere bloottelling en transmissie; 2. Klachten voelen verminderd en vertraagt tgv verminderde sensibiliteit; 3. Beperkte communicatie mogelijk; 4. Beperkte bekwaamheid verpleging in beoordelen huidlaesies. Conclusie isolatie van 2 of 4 personen is dysproportioneel, zeer moeizaam logistiek en heeft veel bijwerkingen. Daarnaast heb je kans dat de 11 niet geschraagde bewoners ook eieren hebben en die blijven wel op de afdeling door elkaar heen lopen. Hamvraag: kun je bloeiem intermediaire scabiës hebben en klachtenvrij blijven? Of krijg je dan altijd jeuk en of huidlaesies? Dit vragen we de derm atoloog [illegible] gaat de dermatoloog bovenstaande 2 vragen stellen. - input [illegible] trompenaars. Belangrijkste blijft veel moeite doen om personeel mee te krijgen en lage compliance om medicatie te gebruiken. Hier houden we aandacht voor en dit adviseren we ook aan Sarphathuis. Personeel van betrokken afdeling met veel cases lijkt gemotiveerd en heeft al wat voorlichting gehad van [illegible] en [illegible] Andere afdelingen nog niet. Personeelslid van andere afdeling met klachten niet gediagnostiseerd maar wel behandeld als scabiës besproken. Zijn moeder werkt op betrokken afdeling, doet hij thuis de was en heeft hij dus kleding met mijten in handen gehad? Waar zitten zijn huidlaesies? Nachtelijke jeuk? Is het beeld echt suggestief geweest voor scabiës? Dan idd bewoners van zijn afdeling wel meebehandelen, medewerkers niet.			
				Heeft navraag gedaan bij de dermatoloog over de huidige transmissierisico's: Dermatoloog zegt wel minder besmettelijk maar de eieren weet hij toch niet zeker, mogelijk nog ergens een bron op de afdeling, denk aan vervangen kussens en schoenen. Gaan ze doen. Besluit voor de zekerheid deze 4 intensief behandelen en isolatie die toch niet haalbaar is gebleken, opheffen. Die vraag over mogelijkheid van intermediaire scabiës zonder klachten is ze vergeten te stellen. dit heb ik alsnog per mail gedaan. Komt er ja uit, dan verandert dit ons beleid nu niet, maar moeten we wel meer alert zijn. En hen evt toch nog alle bezoekers laten schrapen.			
				lijsten doorgenomen incl communicatie rondom behandeldag. Monitoring/Communicatie aan (je ring) contacten die niet behandeld worden: mocht je klachten krijgen, dan via GGD. Optie 1: bij GGD langs, dermatoloog vragen of hij wil langskomen op je etage op wo ochtend (ga ik komende wo ochtend navragen bij hem). Optie 2: directe verwijzing vanuit GGD aan dermatoloog MC Wetering. Voordeel: direct kijntje. Nadeel: eigen risico kan drempel zijn. Optie 3 evt verwijzing dermatoloog via huisarts. Minst handige optie, meer kans op ruis en ook eigen risico. Afspraak ion [illegible] en [illegible] op de brief mag infectieziekten@ggd.amsterdam.nl voor contact bij klachten. Wij kijken aanstaande maandag of dinsdag nog even mee naar communicatiebrief die naar contacten gaat.			
				meegedacht over rol van bedrijfsarts: tweeledig, 1. klachten+Contraindication dus medicatieverstrekken, maar ook 2. voorlichting over behandeling en hygiëne. Ad 1 als er onvoldoende bedrijfsartsen zijn, kijk of je (medisch onderlegde) adviseurs in kunt zetten en superviseren. Overleg zo nodig met NVAB of kennniscentrum infectieziekten en bedrijfsgeneeskunde hierover. We kijken bij de GGD of we ook 1 of 2 artsen konnen leveren voor extra mankracht op de dag, dit kan ik nu nog niet toezeggen, moet ik navragen. [illegible] gemaild om te vragen of zij hierachter staat. [illegible] staat ervoor open om te helpen die dag. Ad 2, is veel efficienter om dit niet per persoon te doen maar in een collectieve voorlichting vooraf. Voorkeur voor digitaal iets. Denken we nog even over na. Gezinsleden zonder klachten van personeelsleden met klachten, meeveranderen met ze behandelronde lijkt me logischer. Hier hebben we LCI ook een vraag over gesteld, ik heb geen antwoord gezien. [illegible] hierover gemaild, evt [illegible] of de dermatoloog nog vragen?			
				- dermatoloog gemaild over bovenstaande [illegible] gemaild over artsenbezetting vanuit ggd op behandeldag. akkoord [illegible] en [illegible] gemaild over maken van voorlichtingsfilmpje evt woensdag [illegible] gemaild of er nog antwoord vanuit Lci was, niet ik ga dit nog aan de dermatoloog en [illegible] vragen.			
				1 week behandeling verschoven wegens interne communicatieproblemen in Sarphathuis. Voor nieuwe data zie infectieziekten mailbox en Glims			
				Bewoners met klachten → via specialist ouderengeneeskunde, deze maakt inschatting de dermatoloog (opnieuw) moet langskomen, dit is niet gebruikelijk, mocht dit nodig zijn, dan zal toestemming nodig zijn van de eigenaar van MC Wetering. - Medewerkers met klachten → triage via bedrijfsarts en GGD. Denken we aan scabiës dan zijn de mogelijkheden: o Als het om een enkeling gaat, kan hij deze boven op de afdeling AIZ beoordelen op een woensdagochtend (of ze moeten een afspraak maken bij de soa-poli met klachten, scabies is tenslotte een soa) o Betreft het meer mensen dan een enkeling, dan is het toch handiger om de reguliere wegen te bewandelen: diagnose door de huisarts (indien bekwaam) of dermatoloog. o Voorstel: • In geval van meer dan een enkeling, diagnose via huisarts. • We vragen de cliënt of wij contact mogen opnemen met zijn/haar huisarts, • We geven de huisarts uitleg over achtergrond/betrokkenheid bij uitbraak. • We stemmen af of hij/zij zelf diagnose stelt of toch kiest voor verwijzing naar de dermatoloog. • Nadeel: eigen risico verzekering (kan drempel vormen) - Bezoekers/overig met klachten → idem aan medewerkers met klachten, behalve dat de bedrijfsarts geen rol heeft hierin.			
				Het maken van een filmpje blijkt toch langer te duren (m.n. de montage). Dit in combi met de beperkte tijd is het idee om het voorlichtingfilmpje te gebruiken van thuisarts.nl . Dit in overleg met [illegible] wel nog voorleggen aan de het sarphathuis.			
				Voorlichting voorbereid: maandag 27 september digitale 2 voorlichtingen: 1 voor medewerkers (10:30 uur, hier zullen [illegible] en ik bij zijn) en 1 voor naasten (17:00 uur, hier zullen [illegible] en [illegible] bij zijn), vanuit GGD zullen we kort toelichting geven over behandeling en hygienemaatregelen. Verder brief voor huisarts voor alle behandelgroepen gemaakt voor 25permetrine en ivermectine en doorgestuurd naar bedrijfsarts.			
				[illegible] bedrijfsarts is ziek. Collega [illegible] is er. Tips en tricks gegeven. Anamneseformulieren worden ingenomen door haar en in dossier gestopt (ivm AVG toch geen kopie maken door werkgever). 1 werknemer die 4 weken geleden 1x behandeld is met permetrine en haar gezin niet heeft meebehandeld, nu weer klachten en zoon van 9 ook, ook kinderen van 13,12 en 6. Ik neem contact met haar huisarts op [illegible] in [illegible] Met collega huisarts [illegible] en met cliente afgesproken dat wij woensdagochtend kijken of diagnostiek mogelijk is bij de dermatoloog hier en daarna wij behandeling van het gezin. Mw heeft geen weegschaal thuis. Eind van de dag: er zijn 22 medewerkers geweest, de voorlichting voor medewerkers had weligeteld 0 deelnemers. Dit is zorgelijk. [illegible] gaat morgen samen met [illegible] contact opnemen met de bestuurders van het Sarphathuis om te escaleren.			
				10 familieleden gesproken/medicatie gegeven rondom 8 bewoners, 2 van [illegible]3, 1 van Oostenburg 4, rest onduidelijk. Bedrijfsarts ondersteund, gezamenlijk circa 100 personeelsleden en contacten (40 personeel, 60 contacten) van medicatie voorzien. 2 patienten gezien door dermatoloog (echtgenote van bewoner: geen eieren of mijten gezien; mw L van [illegible]3: geen eieren of mijten gezien, collectieve behandeling door bedrijfsarts voorgeschreven. 1 familielid heeft zoontje met eczeem dat op schoot gezeten heeft bij opa met scabies crustosa meer dan 10 weken geleden, advies langs dermatoloog. 80 personeelsleden nog onbehandeld, zorgelijk!			
				Niet optimaal vertopen, [illegible] kun jij dit nog aanvullen?			
				1 patient door AIOS dermatologie gezien, medewerker van Oostenburg 5/6, geen scabies gezien. Zij moet nog behandeld worden, bedrijfsarts nu niet aanwezig. Zorgen over spijt-op-tarten, afwezigheid bedrijfsarts, veel onbehandelde medewerkers en weinig inzicht in op welke afdelingen deze medewerkers werken. Demalve advies toch met PBM te blijven werken voortopig. Aankomende dinsdag staat overleg met Sarphathuis gepland. Maandag BOB afgesproken met [illegible] verzamelen input voor brief aan bestuurders.			
				Overleg over stavaza, zie foto's van de BOB. Morgen 05-10-2021 weer een OMT met het Sarphathuis, hierin wordt vanuit GGD een voorstel gedaan voor een gezamenlijk overleg tussen SO, GGD, crisismanager en bestuur van het Sarphathuis.	[illegible] **legt gezamenlijk overleg voor tijdens OMT.**		Communicatie intern\BOB 4-10-21
				TL informeert bestuur Amsta over afspraak [illegible] informeert [illegible] hierover)			Communicatie Sarphathuis\21 1006 Overleg scabies uitbraak én info naar BAS.msg
				Blijkt toch nog vandaag een medewerker met klachten. Door [illegible] gezien en diagnose Scabies gesteld (gangetje gedetecteerd). Medewerker zou al weken/lang klachten hebben en ook al 2 x (door HA en door Arbo-arts) behandeld zijn, echter alleen dmv loxazol zalf en niet dmv ivermectine. Verder nog geen overige info tav beloop tot nu toe, behalve dat ze kennelijk zou hebben doorgewerkt (afdeling [illegible]9), maar wel PBM gedragen zou hebben. Om onduidelijke redenen vond ze t niet nodig om aan grote behandelronde deel te nemen, maar had nog wat zalf over en heeft zichzelf vorige week nog een keer helemaal ingesmeerd. Dzz bebwijfel ik, of dit lege artis is gebeurd (bijv reiniging kleding en lakens, etc). Ze is door [illegible] naar huis gestuurd met medicatie (loxazol + ivermectine) voor vanavond en voor over 1 week. Er is nog geen contact ondzk gedaan, wel is bekend dat ze een thuiswonende zoon heeft, waarvan t ook de bedoeling is, dat hij wordt meebehandeld. Verder zou ze wel alle overige hygiene instructies hebben meegekregen. Ik zal nog telefonisch contact maken met deze casus tbv verdere uitdieping van anamnese.	[illegible]		U:_Specialist\IZ-Logboek IZ_HSI\Sarphathuis scabies crustosa aug 2021\Communicatie Sarphathuis\FW_ Medewerkers & bewonerlijst nieuwe uitbraak.msg

				Er blijkbaren nu toch nog 3 extra medewerkers met klachten, waarvan de SO sterk vermoedt (na inspectie), dat t ook gaat om scabies. Al deze medewerkers hebben in enige vorm reeds eerder behandeling ondergaan. Daarnaast blijkt er nu ook een bewoner van afd oostenburg 4 scabies te hebben (door SO ism dermatoloog diagnose gesteld). Er heeft tav deze bewoner geen aanvullende diagnostiek plaatsgevonden. Dit zou dus eigenlijk nog moeten gebeuren. De 3 medewerkers zullen zich morgen hier bij de poli op AiZ melden, en met dermatoloog [redacted] is afgesproken, dat hij dan even kan komen meekijken en evt huidmonsters kan afnemen. Afgesproken nu. 2e etage wordt even bijdelijk afgesloten (tot overleg komende dinsdag). [redacted] heeft reeds weer nieuwe hygieneadviezen gegeven en zal dit verder vervolgen. Morgen (vrijdag) kunnen we hier evt een mini-BOB voor houden om ons beleid aangaande deze opvlamming te bepalen.			
				Update Sarphathuis; • Woensdag 29-9 en donderdag 30-9 heeft 'grote behandelronde' plaatsgevonden, medicatie-uitgifte/behandeling van zowel bewoners als medewerkers op de getroffen afdelingen. Hierbij intensieve hygiënemaatregelen inclusief grote schoonmaak. • Resultaat was helaas dat een aanzienlijk deel van de medewerkers zich niet hebben laten behandelen en ook de hygiene-maatregelen zijn deels niet goed uitgevoerd. Er is een verhoogd risico op nieuwe besmettingen of onbehandelde personen. • De afgelopen dagen zijn er nieuwe verdachte gevallen van scabiës in beeld gekomen. Het betreft 1, mogelijk 2 medewerkers, die zijn behandeld op 7-10 en 8-10. Ook op 7-10 opnieuw een bewoner van een andere afdeling met zeer hoge verdenking scabiës, deze wordt heden (8-10) nog beoordeeld door dermatoloog, met als doel de diagnose bevestigen. Er lijkt op dit moment nog niet sprake van een nieuwe uitbraak of opleving, isolatie is in dit geval goed mogelijk. Het is niet uitgesloten dat er nog nieuwe gevallen opduiken in de komende periode; dmv strikte monitoring wordt de komende periode gericht een opleving van de uitbraak tegen te gaan. • Omdat de aanpak en met name de beperkte (en bij aanvang ontbrekende) rol van de ABO-arts onvoldoende is, heeft er gisteren (7-10) een overleg plaatsgevonden met deelnemers van het OMT (=scabies OMT Sarphathuis), de raad van bestuurdirectie Amsta en GGD Amsterdam, afdeling infectieziekten. Zie bijlage voor het verslag.			
					MZ	8-10-2021	Communicatie intern\211008 Communicatie - Melding scabiesuitbraak.msg
							Communicatie intern\211008 Nieuwe BOB nav nieuwe info scabiës sarphathuis.msg
							Duiding en scenario's 12-10-2021.docx
					MZ	Communicatie Sarphathuis\211012 Advierenduiding en scenario's.msg	
							Communicatie Sarphathuis\211118 Notulen en afspraken scabies monitorfase.msg

Samenvatting 20 mei 22

Medewerker	5.1.2.e	Functie	Taakverdeling	E-mail	Telefoonnnummer	

Handleiding

Logboek-samenvatting-contactpersonen

Het doel van het logboek is met name bedoeld voor de verantwoording achteraf

In het **eerste tabblad** zet je de meest essentiële stappen die er genomen worden of keuzes die er gemaakt worden. Dit kan kort en bondig en het liefst steeds met dezelfde benamingen. Je intitialen kleuren rood en worden pas weer zwart als je er een datum achter gezet hebt. In de laatste kolom van dit tabblad kan je een hyperlink maken naar een document/email (bv de foto van de flap) die je opslaat op de u schijf. Zo zijn mails/documenten altijd direct te linken aan bepaalde acties/keuzes

Het **tweede tabblad** is de samenvatting, eigenlijk een soort van kopie van de krant Glims. Iemand die er niet bijgeweest is kan zo het verhaal volgen of je kan het gebruiken voor een artikel/verhaal jaarverslag

Het **derde tabblad**: de telefoonnummers en contactpersonen