

To: 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e @rivm.nl; 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e @rivm.nl
Cc: 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e @rivm.nl
From: 5.1.2e 5.1.2e
Sent: Thur 9/24/2020 8:36:34 AM
Subject: Re: WIPrichtlijn PBM
Received: Thur 9/24/2020 8:36:35 AM

Hoi 5.1.2e,

Als we dit zelf kunnen beantwoorden is het nog beter.

Daarbij kunnen we inderdaad de motivatie van onze website gebruiken (5.1.2i)

We moeten ook het ventilatie-aspect en goed adresseren. De vraagsteller voert aan dat een slechtere ventilatie en hoger viral load een probleem zou zijn, maar de filterwerking is afhankelijk van de druppelgrootte, ik weet niet of die verandert bij een hogere viral load. Kun je een concept-antwoord opstellen en dit afstemmen met 5.1.2e (ventilatie) en mij?

Groeten,

5.1.2e

From: 5.1.2e 5.1.2e
Sent: Thursday, 24 September 2020 10:01
To: 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e
Cc: 5.1.2e 5.1.2e
Subject: RE: WIPrichtlijn PBM

Ha 5.1.2e,

Voordat we doorzetten, wilde ik eerst aan jullie het onderstaande voorleggen. Voldoet dit niet als antwoord dat ademhalingsmasker niet nodig is? Is dit niet ons huidige beleid? En de vraag richt zich primair op de setting buiten het ziekenhuis, dat is binnen SRI-verband niet het terrein van de FMS, dus ik denk dat we eerst moeten kijken of we dit niet zelf kunnen beantwoorden.

Hieronder lees ik dat deze onderzoeken zijn recenter dan de WIP richtlijn PBM. En verder benoemt 5.1.2e alleen praktische argumenten zoals slechte kwaliteit van maskers, en ventilatie als mogelijk risico. Medewerkers moeten natuurlijk wel met goede chirurgische maskers werken die goed aansluiten en ventilatie is tot op heden nooit aangetoond als directe risicofactor, wel moeten instelling voldoen aan bouwbesluit.

Ik hoor graag jullie mening.

5.1.2e

Op rivm site staat dit ter onderbouwing bij covid-19 mondneusmaskers:

Adembeschermingsmasker type FFP2 en 3 zijn ontworpen om de blootstelling aan toxische stoffen te voorkomen, niet ter bescherming tegen bioaerosolen. Desondanks staan vooral FFP2-maskers in veel richtlijnen genoemd als beste keuze, vooral als men van doen heeft met een nieuw virus waarvan nog niet duidelijk is hoe het zich verspreidt, of als er aerosolvormende handelingen worden verricht waarbij overdracht via kleine druppeltjes (<5 micron) mogelijk is. In de fase ter voorbereiding op COVID-19 werd dan ook een FFP2-maker geadviseerd, maar het advies is gaande de pandemie door toenemende kennis van de overdrachtsvorm aangepast naar een spatwaterdicht chirurgisch masker type IIR. Uiteindelijk is voor het beschermend effect van een mondneusmasker, niet alleen het filtratie vermogen van belang, maar ook de doorlaatbaarheid voor vocht en de pasvorm/aansluiting op het gezicht. Alle drie deze eigenschappen hebben invloed op de "total inward leakage" en daarmee op de kans op besmetting van de drager.

In de recente studie van Chu et al. wordt op basis van een meta-analyse gesteld dat FFP2-maskers beter lijken te beschermen dan chirurgische maskers. De auteurs geven echter zelf aan dat het bewijs hiervoor zwak is (Grade classificatie low). Hun analyse gaat over een subgroep van observationele studies, waarbij er bij enkele studies sprake is van misclassificatie, doordat chirurgische maskers en "community"-maskers werden samengenomen en vergeleken met N95-maskers (die eenzelfde bescherming bieden als FFP2-maskers). Het resultaat van hun analyse is bovendien gelimiteerd door het feit dat de geïncludeerde, retrospectieve, observationele studies onderworpen zijn aan recall-bias en controle voor additionele blootstelling aan het virus c.q. de beschermende effect van andere maatregelen ontbreekt. De resultaten waren wel overtuigend voor aerosolvormende handelingen, waarbij in Nederland ook gebruik van FFP2-maskers wordt geadviseerd. Een recente systematische review van gerandomiseerd onderzoek laat bovendien zien dat zorgmedewerkers met een chirurgisch mondneusmasker even goed beschermd zijn tegen influenza als zorgmedewerkers die een met FFP2 vergelijkbaar masker dragen (Bartoszek et al., 2020; Long et al., 2020). Oudere studies (Smith) en recent Nederlands onderzoek (Wertheim) sluiten aan bij de twee bovengenoemde systematische reviews die erop wijzen dat chirurgische maskers in de klinische praktijk niet onder doen voor FFP2 maskers.

Conclusie vraag 1: De WHO ziet geen reden om hun eerdere advies aan te passen. Chirurgische maskers van type IIR zijn in de zorg voor COVID-19-patiënten niet inferieur aan FFP2-maskers. Er is dan ook geen reden om het Nederlandse beleid op dit punt aan te passen. Voor aerosolvormende handelingen blijven WHO en Nederlandse beleid FFP2-maskers adviseren.

Van: 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>

Verzonden: dinsdag 22 september 2020 14:50

Aan: 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>

Onderwerp: RE: WIPrichtlijn PBM

Ja, mee eens om door te zetten.

Het oorspronkelijke advies om chirurgische mondmaskers IIR te gebruiken is opgesteld door

5.1.2i

Groeten,

5.1.2e

From: 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>

Sent: dinsdag 22 september 2020 13:55

To: 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>

Cc: 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>

Subject: RE: WIPrichtlijn PBM

Hoi 5.1.2e

er zit zeker wel wat in de overwegingen van 5.1.2e 5.1.2i daarbij is het meer beleid in relatie tot de richtlijnen. Ik heb ook niet deelgenomen aan deze discussie. Mogelijk dat 5.1.2e de vraag kan beantwoorden maar ik zou het na overleg met 5.1.2e doorzetten naar de 5.1.2i

Met groet, 5.1.2e

5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>

Verzonden: dinsdag 22 september 2020 13:25

Aan: 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>

Onderwerp: FW: WIPrichtlijn PBM

Hoi 5.1.2e

Kunnen jullie onderstaande vraag beantwoorden? Er kan mogelijk verwezen worden naar 5.1.2i, daar is misschien deze risicoschatting ook gemaakt.

Groet,

5.1.2e

3 - 3

Dubbel