

Inhoud

- 2 | Bezoek van uw huisdier in de palliatieve zorg
- 5 | Introductie van een nieuw beleid ter preventie van virale luchtweginfecties in de ziekenhuissetting: lokale ervaringen van het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)
- 8 | Ademruimte voor de toekomst: naar een slimmer isolatiebeleid na corona
- 11 | Het OST... een ondersteuningsteam bij het beheer van MDRO-uitbraken
- 14 | Infectiepreventie en -bestrijding (IPC) in Vlaamse ziekenhuizen voor acute zorg: Huidige praktijken van monitoring en feedback door IPC-teams
- 17 | Hoge GezondheidsRaad
- 20 | Nieuws van Sciensano
- 22 | Voor u gelezen
- 27 | Informatie - Nieuws
- 28 | Websites
- 29 | Wetenschappelijke agenda
- 30 | Redactie
Onze partners

Editoriaal



Beste lezeressen, beste lezers,

Dit nieuwe nummer van Noso-info opent met een eenvoudige vaststelling: infectiepreventie blijft een kernpunt in de kwaliteit en menselijkheid van de zorg. Elk artikel in deze editie illustreert op zijn eigen manier het evenwicht dat moet worden gevonden tussen wetenschappelijke nauwkeurigheid, organisatorische vereisten en aandacht voor de behoeften van de patiënt.

Of het nu gaat om het toestaan van huisdierenbezoek in palliatieve zorg, het aanpassen van isolatiebeleid bij luchtweginfecties, of het verbeteren van de surveillance en feedback in ziekenhuizen, steeds komt dezelfde vraag terug: hoe veiligheid en menselijkheid, efficiëntie en duurzaamheid te verzoenen?

De ervaringen die onze collega's uit verschillende instellingen delen, tonen aan dat innovatie, wanneer zij wordt geleid door interdisciplinaire samenwerking en respect voor wetenschappelijke aanbevelingen, het mogelijk maakt nieuwe drempels te overschrijden. Onze praktijken zijn verre van statisch: ze evolueren voortdurend, gevoed door ervaring uit het veld, feedback van patiënten en nieuwe kennis.

In een context waarin de druk – gezondheidszorg, economisch en ecologisch – steeds groter wordt, is het aan ons om de samenhang van ons beleid inzake infectiepreventie en -bestrijding te versterken, terwijl we de menselijkheid in de zorg behouden.

Moge dit nummer u inspireren, aanzetten tot reflectie en, vooral, uw dagelijkse praktijk voeden.

Misschien merkt u dat de toon van het redactioneel in dit nummer 2/2025 veranderd is, en u hebt helemaal gelijk! Ik wilde mezelf namelijk bewijzen dat niemand onmisbaar is – en zeker niet ikzelf, die al zoveel jaren de redactionelen van Noso-info schrijft! Daarom heb ik de lay-out van dit nummer naar Chat GPT gestuurd met de vraag om een redactioneel te schrijven. Exact drie minuten later stuurde het mij dit bestand terug: goed gestructureerd, zonder spelfouten en in een zeer redactionele stijl! QED!

Veel leesplezier voor iedereen,

Anne Simon

noso info

Met de steun van :
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van
de Voedselketen en Leefmilieu

Eurostation Blok II – 1ste verdieping
Victor Hortaplein, 40/10
1060 Brussel

Verantwoordelijke uitgever :

A. Simon
anne.simon@helora.be



HOOFDARTIKEL

I Bezoek van uw huisdier in de palliatieve zorg

Julian Deneyer

Verpleegkundige infectiepreventie en -controle, CHU HELORA, Site La Louvière

Ophélie Dubrulle

Hoofdverpleegkundige eenheid Palliatieve Zorgen, CHU HELORA, site La Louvière



In België zijn bezoeken van privé-dieren in zorginstellingen een recent initiatief. Slechts enkele ziekenhuizen staan dit toe om hygiënische of veiligheidsredenen, met uitzondering van blindengeleidehonden of honden die getraind zijn in diertherapie.

Deze bezoeken vinden meestal plaats op verzoek van de patiënt en zijn onderworpen aan strikte regels. Meestal vinden deze bezoeken plaats in een speciaal daarvoor ingerichte ruimte en niet in de kamer van de patiënt. Dit fenomeen neemt echter steeds verder toe en de context evolueert.

De voordelen van deze bezoeken voor patiënten zijn erkend, zowel emotioneel als fysiologisch. Ze kunnen zelfs de dialoog verbeteren en de vertrouwensband tussen patiënt en zorgverlener versterken.

Studies tonen met name een vermindering van angst en stress aan. Bij langdurige ziekenhuisopnames kunnen deze bezoeken ook troost en een gevoel van normaliteit bieden.

In de palliatieve zorg is tijd doorbrengen met uw huisdier een herinnering aan het leven buiten, wat warmte en emotionele stabiliteit biedt [1]. Het aanraken van het dier kan afleiden van ongemak en pijn. [2-3]

In het Hëlora Universitair Ziekenhuis, La Louvière Ziekenhuis, locatie Jolimont, kwam het palliatieve zorgteam in 2023 bijeen met het Infectiepreventie- en -bestrijdingsteam (IPC) met als doel de ontwikkeling van hondentherapie, oftewel het ter beschikking stellen van een hond, in dit geval speciaal getraind, om patiënten gedurende hun zorgtraject te begeleiden. Het doel was om een positieve impact te hebben op de mentale en fysieke toestand van de patiënt.

Maar het hoofddoel van het team was om te voldoen aan de terugkerende vraag van patiënten om hun huisdier (hond of kat) weer te kunnen zien.

Het IPC-team stond hier bijzonder open voor en na goedkeuring van het management kon de uitvoering van het project echt beginnen.

Palliatieve zorg leek een goed «laboratorium» voor het testen en valideren van een procedure. Omdat het Kama-decreet voorheen alleen betrekking had op hulphonden, realiseerden we ons hoe belangrijk het was om het toepassingsgebied uit te breiden naar huisdieren.

De eerste bijeenkomsten vonden eind 2023 plaats en de eerste hond werd in november 2024 verwelkomd.

Laten we eens kijken naar de verschillende fasen van dit project

De verschillende belanghebbenden bij elkaar brengen

Er vond een eerste vergadering plaats met de medisch directeur, het hoofd van de palliatieve zorgafdeling, het hoofd van de onderhoudsafdeling, een lid van de Interne Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk (SIPP) en het PCI-team. Er moesten verschillende onderwerpen worden besproken, zoals het toepassingsgebied, de verantwoordelijkheden, de opnamevoorwaarden in het ziekenhuis en de afdeling, inclusief specifieke vereisten voor het dier, de veiligheid van het personeel, het onderhoud van de kamer na het bezoek van het dier en het bepalen van het toegestane circulatiecircuit voor het dier binnen het ziekenhuis.

Een tweede vergadering was nodig om onze ontvangstprocedure voor palliatieve zorgbezoeken te ontwikkelen.

Ontwikkel de onboardingprocedure

Hier zijn de belangrijkste punten:

Welke huisdieren worden geaccepteerd en in welke units?

Aanvankelijk was het project alleen goedgekeurd voor honden en katten van minder dan 15 kg (de Golden Retriever in het rapport woog meer dan 15 kg) en alleen voor de palliatieve zorgunit na voorafgaande afspraak. Bovendien vormen exotische huisdieren (NAC's) een reëel probleem voor de volksgezondheid vanwege de ernstige ziekten die ze kunnen overdragen. Ze vormen ook een hoger risico op zoönose en beten.

Wat zijn de vereisten voordat het dier in het ziekenhuis arriveert?

Ten eerste is het belangrijk om het wettelijk kader te definiëren. Het is belangrijk om de verantwoordelijkheden te begrijpen van het management van de zorginstelling, het personeel dat verantwoordelijk is voor de verzorging van de dieren, de patiënt en zijn/haar familie. Een gesprek met de juridisch adviseur van de instelling was essentieel.

Hier is een voorbeeld van het document dat vooraf moet worden ondertekend door de persoon die verantwoordelijk is voor het dier en dat vervolgens aan het dossier van de patiënt wordt toegevoegd om redenen van traceerbaarheid.

Het ziekenhuis en het zorgteam behouden zich het recht voor om bezoeken met huisdieren te weigeren of te onderbreken indien:

- Het huisdier een gevaar vormt voor de patiënt en zijn/haar naasten, evenals voor andere mensen binnen en buiten de afdeling.
- Bij een incident, zoals overmatig geblaf, moet ook rekening worden gehouden met het welzijn van andere patiënten
- Het huisdier niet zindelijk is.
- Het huisdier de omringende apparatuur vernielt.
- Het huisdier ziek is op het moment van het bezoek, als het diarree, wonden of een huidinfectie heeft.

Het is ook belangrijk om te weten dat de regelgeving met betrekking tot het al dan niet dragen van een muilkorf in openbare ruimtes per gemeente kan verschillen. Een hondenras mag in de ene gemeente wel zonder muilkorf rondlopen, maar in de andere niet. U kunt al deze informatie vinden op de website van de politie.

Hoe verder te gaan?

1. Neem contact op met de medewerkers van de palliatieve zorgafdeling.
2. Vul de bovenstaande vragenlijst in.
3. Neem bij voorkeur het gezondheidsdossier van uw huisdier mee. Het dier moet een vlooienband dragen en ontwormd zijn.
4. De beslissing wordt eerst in teamverband genomen, en vervolgens met de familie en de patiënt om afspraken te maken over de organisatie en praktische regelingen voor het bezoek van het huisdier.

Belangrijke opmerkingen en voorwaarden:

- De dag en tijd worden afgesproken met het zorgteam; u mag niet op een ander tijdstip aankomen dan de afgesproken tijd!
- Er moet een specifieke route worden gevolgd! Er is een video gemaakt en beschikbaar via een QR-code om de route die u met uw huisdier moet volgen, van de patiënten parkeerplaats naar de palliatieve zorgafdeling, te visualiseren. Bij de ingang van het gebouw is een mat van 8 meter lang, speciaal voor huisdieren. Deze lengte zorgt ervoor dat de poten van het dier droog zijn voordat het de lift ingaat bij regen.
- Het huisdier moet te allen tijde begeleid worden door een volwassene. Als het huisdier zelf loopt, moet het buiten de kamer aangelijnd blijven
- Het huisdier mag de kamer niet verlaten totdat het bezoek afgelopen is.
- Het huisdier mag tijdens het bezoek geen eten krijgen.
- Het huisdier moet voor aankomst de gelegenheid hebben gehad om zijn behoefte te doen.

Patiëntenvragenlijst

U wilt graag dat uw huisdier u bezoekt op de zorgafdeling.

Om dit te doen, hebben we informatie over uw huisdier nodig om de risico's met betrekking tot zijn aanwezigheid voor zowel het personeel als andere patiënten te vermijden.

Omcirkel het correcte antwoord

Uw huisdier is een	hond/kat	
Wordt uw huisdier opgevolgd door een dierenarts?	Ja	Nee
Heeft u een geldig vaccinatieboekje?	Ja	Nee
Is uw huisdier gesocialiseerd?	Ja	Nee
Is uw huisdier gehoorzaam?	Ja	Nee
Heeft uw huisdier ooit ongepast <u>agressief</u> gedrag vertoond tegenover vreemden?	Ja	Nee

Ik verklaar hierbij dat bovenstaande informatie echt en volledig is.

Ik ben mij ervan bewust dat ik volledig verantwoordelijk ben voor eventuele schade die door mijn huisdier wordt veroorzaakt.

Opgesteld in La Louvière:

Naam	Voornaam	Handtekening
------	----------	--------------

Zodra het huisdier in de kamer is, wordt de volgende informatie op de deur gepost om het personeel niet te verrassen en om iedereen die mogelijk fobisch is te waarschuwen.

De standaard kamerreiniging vindt uiterlijk de ochtend na het bezoek plaats. De begeleider van het huisdier is verantwoordelijk voor het opruimen van zichtbaar vuil dat tijdens het bezoek is ontstaan (uitwerpselen, urine, braaksel, enz.).

Al deze informatie is te vinden in de brochure die speciaal voor patiënten en hun familie is opgesteld.

+IELORA
HÔPITAL DE LA LOUVIÈRE
SITE JOLIMONT

PALLIATIEVE ZORGEN huisdieren



Sinds de start van dit project hebben wij, het PCI-team, het palliatieve zorgteam om feedback gevraagd.

Hier zijn er een paar:

«Goed begeleide dierbezoeken: tussen zorg en strengheid»

Na een jaar van reflectie, gesprekken binnen het multidisciplinaire team en de implementatie van strikte protocollen heeft onze afdeling een belangrijke mijlpaal bereikt: het verwelkomen van huisdieren, met name honden en katten, op de afdeling. Dit project is ontstaan uit een menselijke behoefte aan comfort en een diepe wens van de zorgteams, die ernaar streven de zorg zoveel mogelijk te humaniseren. Het werd geïmplementeerd binnen een strikt kader, met inachtneming van de hygiënevoorschriften en aanbevelingen voor gezondheidsveiligheid van het ziekenhuis.

De ervaring leert dat alles over het algemeen zeer soepel verloopt. Patiënten, familie en het team profiteren er zowel emotioneel als interpersoonlijk van. Wat betreft de procedures, worden de meest gevoelige aspecten over het algemeen goed gerespecteerd. Actuele vaccinatiegegevens, hoewel dit tijdens onze gesprekken een obstakel leek, worden uiteindelijk altijd gepresenteerd, wat de betrokkenheid en professionaliteit van de verzorgers aantoont. Basishygiënerichtlijnen worden goed begrepen en geïntegreerd, wat zorgt voor een veilige omgeving voor iedereen. Het team neemt de tijd om de procedure uit te leggen aan de families en, belangrijker nog, waarom bepaalde elementen moeten worden gerespecteerd.

De enige terugkerende moeilijkheid betreft het respecteren van de aankomsttijd, ondanks de goede wil van de families. Dit kan soms de planning verstoren, aangezien een teamlid de familie en het huisdier bij de ingang begroet. Eenmaal daar verliep het bezoek echter soepel: de route was duidelijk aangegeven, de instructies werden gevolgd en de interactie met het personeel vond plaats in een respectvolle en rustige sfeer

Referenties van teamleden:

• “Wat ik me herinner tijdens mijn bezoeken aan huisdieren, zijn de gezichten. Dat van een patiënt, die oplicht op het precieze moment dat haar blik die van haar hond ontmoet. Stralende ogen, een oprechte glimlach op haar lippen... Een moment van stilte, waarin de ziekte even vervaagt. Aan de andere kant bewonder ik de stille zachtheid van de dieren, hun kalmte, hun geruststellende aanwezigheid. Ze komen heel kalm de kamer binnen, alsof ze het belang begrijpen van wat ze brengen.”

• “Bij Jolimont zijn dieren soms de beste zorg. Op de afdeling Saint-Alexis van Jolimont hebben we het geluk dat we de dieren van onze patiënten (honden, katten) onder toezicht en in alle veiligheid kunnen ontvangen. Voor patiënten die vaak lange reizen maken, oncologisch of neurologisch, soms aan het einde van hun leven, hebben deze bezoeken een enorme impact. Het vinden van je metgezel brengt een adem van leven, een golf van tederheid, waar zorg zwaar, zelfs uitputtend kan zijn. Deze herenigingen reageren een kostbare band, een band van liefde en herinnering. We zien dan, zowel bij de patiënt als bij het dier, dezelfde diepe emotie, een stille vrede die boekdelen spreekt. Dat is ook wat zorg is: ruimte maken voor wat essentieel is!”

Deze feedback onderstreept dat met een duidelijk kader, zorgzame ondersteuning en vlotte communicatie deze kostbare momenten een blijvend onderdeel van onze zorgpraktijk kunnen worden!

Referenties

1-William R. G. McGhee, Martin Dempster & Lisa Graham-Wisener . The role of companion animals in advanced cancer: an interpretative phenomenological analysis, BMC Palliative Care volume 21, Article number: 160 (2022)

2-Karina D, Claudia T, Maria de Lourdes Benamor Teixeira, et al. Animal assisted intervention for oncology and palliative care patients: A systematic review
PMID: 33691267

3-Yongshen F, Yeqing L, Ningning Z, et al. Effects of Animal-Assisted Therapy on Hospitalized Children and Teenagers: A Systematic Review and Meta-Analysis, Journal of Pediatric Nursing, 2021

Introdactie van een nieuw beleid ter preventie van virale luchtweginfecties in de ziekenhuissetting: lokale ervaringen van het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)

Caroline Weltjens

Verpleegkundige infectiepreventie, Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) en lid van ABIHH (Association belge des infirmiers en hygiène hospitalière)



Inleiding

Naar aanleiding van de SARS-CoV-2 pandemie werd wereldwijd onderzoek gedaan naar de overdrachtswegen van respiratoire virussen met belangrijke nieuwe inzichten tot gevolg. In januari 2023 startte de dienst infectiepreventie van het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) met een project om het isolatiebeleid voor een respiratoir virus te hervormen.

Het doel van dit project was om de huidige procedures kritisch te bekijken en een evidence-based beleid op te stellen, met uniformiteit voor alle respiratoire virussen. Ook werd er gekeken naar de praktische haalbaarheid van de maatregelen, gezien omslachtige maatregelen leiden tot lagere compliance.

Zowel internationale als nationale richtlijnen, en bijgevolg ook interne procedures, beschreven verschillende isolatievormen, isolatieduren en persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) voor verschillende respiratoire virussen. Voor het influenzavirus werden de patiënten in een druppelisolatie verzorgd. In het ZOL bedroeg de isolatieduur vijf dagen en de persoonlijke beschermingsmiddelen bestonden uit een chirurgisch masker en oogbescherming. Bij de contact-druppelisolatie, van toepassing voor RSV, werd als isolatieduur 'tot het einde van de symptomen' gehanteerd met als persoonlijke beschermingsmiddelen een schort, handschoenen, chirurgisch mondkapje en oogbescherming. Tot slot werden patiënten besmet met het SARS-CoV-2 virus, geïsoleerd in contact-druppel-luchtisolatie gedurende 10 dagen en diende er hierbij een schort, handschoenen, FFP2 masker en oogbescherming gedragen te worden. Deze kakofonie van maatregelen zorgde voor verwarring op de werkvloer.

Recente literatuur heeft de wijdverspreide hypothese dat virussen voornamelijk via druppels worden overgedragen, en buiten de 1.5m niet worden overgedragen, ontkracht (Wang, et al., 2021). Een druppel deelt zich namelijk snel tot kleine aerosolen en verspreidt zich meters verder door de lucht. Ook de overdracht via contact werd gerelativeerd. Het risico om besmet te worden met een respiratoir virus via contact met materialen blijkt veel kleiner dan eerder gedacht.

Nieuw beleid

Met deze nieuwe inzichten in het achterhoofd zijn we gestart met het uitschrijven van een nieuw beleid. Twee grote paradigma shifts werden geïntroduceerd, en dit op het vlak van persoonlijke beschermingsmiddelen en met betrekking tot luchtzuivering (Onakpoya, et al., 2021; Geng, et al., 2022; Ribaric, et al., 2021).

Wat betreft de persoonlijke beschermingsmiddelen werd de focus gelegd op strikte maskerdracht en oogbescherming. Het standaard dragen van handschoenen en schort werd verlaten. Helemaal nieuw was de aandacht voor luchtzuivering, gezien we beslisten om voor elke patiënt in respiratoir virus isolatie een mobiel luchtzuiveringstoestel in te zetten. Doel is om de virale lading in de kamer te reduceren, en de kamerdeur van de patiëntenkamer open te kunnen laten. Dit heeft twee voordelen: de zorgverlener heeft een beter zicht op de patiënt vanuit de gang en de patiënt heeft minder het gevoel van afzondering en eenzaamheid. De kwaliteit van de zorg stijgt op deze manier..

Implementatie

Na een lange voorbereiding waarbij de procedures, het digitaal patiëntendossier, isolatiefiches, etc. werden aangepast werd het voorstel tot dit nieuwe beleid voorgelegd aan verschillende stakeholders en het directie- en managementcomité. Na formele goedkeuringen kon de implementatie van dit nieuwe beleid ingaan op maandag 2 oktober 2023 in ZOL Genk (3 campussen) en in ZOL Maas en Kempen. Aan deze implementatie ging een uitgebreide communicatie vooraf (via de beschikbare communicatiekanalen, er werd ook een video gemaakt). Alle 500 artsen en 4000 medewerkers werden ingelicht over deze verandering. Het was een grote verandering voor de zorgafdelingen om de persoonlijke beschermingsmiddelen bij SARS-CoV-2 af te schalen naar enkel een bril en chirurgisch mondmasker. De eerste maanden na de implementatie werd elke afdeling waar patiënten in respiratoir virus isolatie verbleven, intensief bezocht door de verpleegkundigen van de dienst infectiepreventie met directe feedback en bijsturing. Ook werden veel vormingen gegeven over de nieuwe werkwijze. Hierdoor pasten de medewerkers en artsen het nieuwe beleid snel toe.

Ervaring

Het nieuwe beleid werd als zeer positief ervaren door medewerkers en artsen. Zorgmedewerkers geven aan dat de zorgzwaarte sterk verminderd is door de aanpassing van de PBM en dat de patiënt zich minder eenzaam voelt. Men geeft aan zich veiliger te voelen door verbeterde luchtzuiverheid, en de kamer geeft een frisser gevoel. De afspraken rond verdeling van de luchtzuiveringstoestellen werden verschillende keren bijgesteld om te komen tot een evenwicht tussen snelheid van levering en logistieke haalbaarheid. Het nieuwe beleid heeft niet geleid tot een toename van nosocomiale infecties of het aantal uitbraken, wat suggereert dat versoepeling van contact isolatiemaatregelen (loslaten van handschoenen en schort) in combinatie met verhoogde luchtzuivering effectief en veilig is. Een succesvolle implementatie van een veranderingstraject in een ziekenhuis vereist een gedegen voorbereiding, aangezien dergelijke trajecten niet op korte termijn kunnen worden uitgevoerd. Het is essentieel om alle betrokkenen, zoals het ziekenhuispersoneel, technische afdelingen, de uitleendienst en hoofdverpleegkundigen, actief bij het proces te betrekken. Dit zorgt niet alleen voor een groter draagvlak, maar ook voor een efficiënte uitvoering van de plannen.

Daarnaast is het van groot belang om duidelijke informatie te verstrekken over de noodzaak en de voordelen van de verandering, zowel aan het personeel als aan de patiënten. Voldoende vorming en training voor alle betrokkenen draagt bij aan een soepele overgang en zorgt ervoor dat iedereen zich goed voorbereid voelt.

Tot slot is een goede opvolging cruciaal. Het is belangrijk om kort op de bal te spelen, problemen snel te signaleren en waar nodig bij te sturen. Dit zorgt ervoor dat het traject optimaal kan verlopen en bijdraagt aan een blijvende verbetering in de zorgkwaliteit.

Bronnen

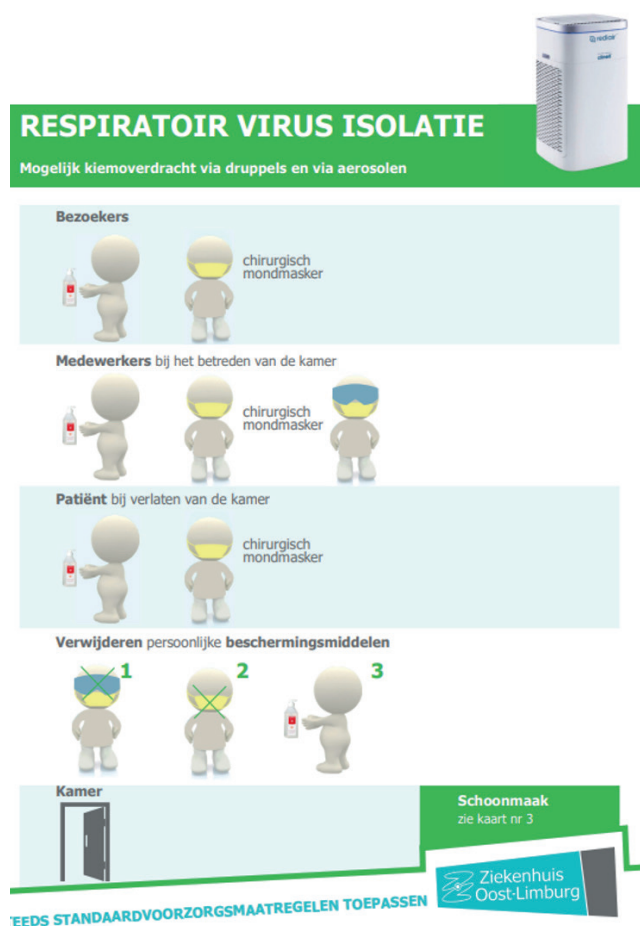
Geng, Y., & Wang, Y. (2022). Stability and transmissibility of SARS-CoV-2 in the environment. *Journal of Medical Virology*, 94(4), 1519-1526. <https://doi.org/10.1002/jmv.28103>

Onakpoya, I. J., Heneghan, C. J., Spencer, E. A., Brassey, J., Plüddemann, A., Evans, D. H., Conly, J. M., & Jefferson, T. (2021). SARS-CoV-2 and the role of fomite transmission: A systematic review. *F1000Research*, 10, 590. <https://doi.org/10.12688/f1000research.51590.3>

Ribaric, N. L., Vincent, C., Jonitz, G., Hellinger, A., & Ribaric, G. (2021). Hidden hazards of SARS-CoV-2 transmission in hospitals: A systematic review. *Wiley*, 49(6), 1055-1063. <https://doi.org/10.1111/ina.12968>

Wang, C. C., Prather, K. A., Sznitman, J., Jimenez, J. L., Lakdawala, S. S., Tufekci, Z., & Marr, L. C. (2021). Airborne transmission of respiratory viruses. *Science*, 373(6558), 659-664. <https://doi.org/10.1126/science.abd9149>

Wang, X., Liu, Y., & Zhang, Z. (2021). Aerosol transmission of COVID-19: Insights from recent research. *Science*, 373(6558), 150-157. Airborne transmission of respiratory viruses - PubMed



Dienst infectiepreventie Ziekenhuis Oost-Limburg: Links, van boven naar onder: Prof. Dr. Apr. Biol. Deborah Steensels, Dr. Sarah Ressler, Apr. Biol. Baptist Declerck; Van links naar rechts (grote foto): Lize Ceunen, Liesbeth Wyers, Tine Nelis, Corinna Op 't Eyndt, Caroline Weltjens, Fauve Thys



ORIGINEEL ARTIKEL

Ademruimte voor de toekomst: naar een slimmer isolatiebeleid na corona

Sofie Van Belle ¹, Pascal De Waegemaeker ¹, Katrien Van Crombrugge ³

¹ Verpleegkundige infectiepreventie UZ Gent.

² Verantwoordelijke infectiepreventie UZ Gent.

³ Arts infectiepreventie UZ Gent.



De COVID-19-pandemie heeft wereldwijd het bewustzijn over respiratoire infecties aangewakkerd. Zo hebben de inzichten over de airborne transmissie van het SARS-CoV-2 geleid tot een kritische herevaluatie van de infectiepreventiemaatregelen voor andere respiratoire pathogenen (1,2).

Een belangrijke ontwikkeling in dit kader is de recente publicatie van het Global Technical Consultation Report on Proposed Terminology for Pathogens That Transmit Through the Air door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 2024 (3).

Dit rapport markeert een paradigmaverschuiving door expliciet afstand te nemen van de klassieke dichotomie tussen druppel- en aerogene transmissie. Met het rapport introduceert de WHO de overkoepelende term 'infectieuze respiratoire partikels' waarmee het volledige spectrum van transmissieroutes – van directe depositie van grote druppels tot verplaatsing van fijne aerosolen over langere afstanden – wordt erkend. Deze conceptuele herziening vraagt om één uniform respiratoir beleid (3).

Daarnaast zijn in complexe zorgomgevingen uniforme procedures en eenduidige, herkenbare richtlijnen essentieel om veilige en efficiënte zorgverlening te waarborgen. In het UZ Gent werden tot voor kort maar liefst 10 verschillende isolatievormen gebruikt met evenveel procedures en isolatiekaarten, wat vaak voor verwarring zorgde en bijgevolg een verhoogd risico op onjuiste toepassing van de isolatiemaatregelen. Tegen deze achtergrond drong een herziening van het isolatiebeleid zich op, met bijzondere aandacht voor vereenvoudiging, standaardisering en betere toepasbaarheid in de klinische praktijk.

Daarnaast werden de engagementen vanuit Green Deal Duurzame Zorg ook voelbaar in de manier waarop zorginstellingen hun beleid rondom persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) benaderden. Het overmatige en soms inadequaat gebruik van PBM leidt namelijk tot inefficiënties, stijgende kosten, maar draagt ook aanzienlijk bij aan de ecologische voetafdruk van de zorgsector. Bovendien blijkt ook in de praktijk dat een overdaad aan PBM een negatieve impact kan hebben op de handhygiëne compliance en de implementatie van standaardvoorzorgen in het algemeen (4,5).

Deze inzichten vormden binnen het UZG de aanleiding om het bestaande isolatiebeleid grondig te herzien, met specifieke focus op het respiratoire beleid. In dit artikel lichten we de rationale achter het vernieuwde isolatiebeleid van het UZ Gent toe en beschrijven we het proces van ontwikkeling en implementatie.

Doelstellingen van het vernieuwde isolatiebeleid

Volgende doelstellingen werden vooropgesteld::

Het isolatiebeleid

- moet eenvoudig en herkenbaar zijn, met duidelijke richtlijnen en procedures die vlot toepasbaar zijn in de praktijk;
- moet duurzaam zijn;

- moet een optimale respiratoire bescherming bieden aan zorgverleners bij (direct) contact met patiënten met een vermoeden of bevestigde respiratoire virale infectie, met bijzondere aandacht voor luchtzuivering, ventilatie en optimale bescherming van de slijmvliezen van het aangezicht (oogbescherming en gepaste mondkapen);
- moet rationeel gebruik van PBM stimuleren met als doel de ecologische voetafdruk te beperken, de naleving van handhygiëne te bevorderen en de kwaliteit van patiëntenzorg te verhogen.

De vernieuwde isolatievormen, die op basis van de transmissieroute werden uitgewerkt, dienden daarenboven ook een antwoord te bieden op toekomstige uitdagingen, zodat ook bij het opduiken van nieuwe pathogenen de duurzaamheid van het isolatiebeleid gewaarborgd is.

Concreet werden de isolatievormen uitgewerkt volgens de transmissieroute, resulterend in drie standaardvormen: isolatie lucht, isolatie contact en isolatie contact lucht. Elke standaardvorm kent een 'plus' variant: isolatie contact plus, isolatie lucht plus en isolatie contact – lucht plus, waarin aanvullende maatregelen zoals het gebruik van extra PBM, specifiekere desinfectieproducten of het respecteren van een bepaalde sedimentatietijd na ontslag, worden geïmplementeerd.

Respiratoire isolatievormen: focus op 'isolatie lucht' en 'isolatie lucht plus'

Voor respiratoire pathogenen waaronder SARS-CoV-2, influenza, RSV, bof geldt isolatie lucht. Hierbij wordt afstand genomen van de terminologie 'druppelisolatie' in overeenstemming met de WHO-richtlijnen. De mate van besmettingsrisico wordt onder andere bepaald door de duur van blootstelling binnen de patiëntomgeving. Op basis hiervan worden passende PBM ingezet. Zorgverleners dragen tijdens zorgcontacten, afhankelijk van de duur van het zorgcontact – (minder of meer dan 15 minuten), een proceduremasker of een FFP2 masker om inhalatie van infectieuze aerosolen te vermijden (nabij of veraf), terwijl een beschermbril of gezichtsscherm de conjunctivale blootstelling aan spatten verhindert.

Isolatie lucht plus, zoals bijvoorbeeld bij open long tuberculose wordt toegepast, vereist enkele strengere maatregelen zoals het dragen van een FFP2 masker ongeacht de duur van het contact.

Bij beide isolatievormen blijft de deur gesloten en wordt de nodige ventilatie (HEPA-filter) op de kamer voorzien. Na ontslag of beëindiging van de isolatie wordt een sedimentatietijd van 2 uur in acht genomen (of anders conform de afdelingsafspraken). Deze termijn moet de resterende aerosoldeeltjes in de lucht voldoende tijd geven om neer te slaan. In de praktijk blijkt het echter uitdagend om deze maatregel consequent toe te passen. Eénduidige wetenschappelijke evidentie over de hoeveelheid virale lading in respiratoire partikels die na 7 dagen isolatie nog in de kamer aanwezig zou zijn, ontbreekt. De invloed van ventilatie, luchtfiltratie en omgevingsfactoren zoals luchtvochtigheid, temperatuur is onvoldoende gekend. Het is dan ook onduidelijk in welke mate er nog voldoende virusdeeltjes aanwezig zijn om de volgende patiënt te besmetten. Hierdoor ontbreekt een stevige onderbouwing om deze maatregel te verankeren. Een kritische evaluatie van deze maatregel is dan ook noodzakelijk om een goede balans te vinden tussen het beperken van het risico op besmetting, het waarborgen van de veiligheid van patiënt en zorgverlener, en de praktische uitvoerbaarheid.

Contactisolatie: 'isolatie contact' en 'isolatie contact plus'

'Isolatie contact' wordt toegepast bij patiënten die drager zijn van multiresistente micro-organismen (MDRO) zoals bv. CPE, VRE, MRSA, multiresistente *Pseudomonas* spp. De aard van het zorgcontact bepaalt in belangrijke mate de keuze voor het gebruik van PBM. Bij zogenaamd sociaal contact (bijvoorbeeld een gesprek of het aanreiken van een maaltijd) volstaat strikte handhygiëne, terwijl het gebruik van handschoenen en een schort vereist is bij een direct zorgcontact. Aangezien deze pathogenen zich niet via de lucht verspreiden, kan de deur open blijven. Ook het routinematig dragen van proceduremaskers bij MRSA is komen te vervallen. Observaties in de praktijk tonen immers aan dat incorrect gebruik van maskers - frequent aanraken en verplaatsen - het risico op contaminatie via handmond contact zelfs kan verhogen.

Isolatie contact plus wordt toegepast bij pathogenen waarvoor aanvullende voorzorgsmaatregelen noodzakelijk zijn, met name bij sporevormende micro-organismen zoals *Clostridioides difficile*. In deze gevallen worden, naast de standaard maatregelen, bijkomende interventies geïmplementeerd, zoals het gebruik van specifieke (sporicide) desinfectantia en extra aandacht voor omgevingselementen die moeilijk te reinigen zijn.

Contact- en lucht isolatie: gecombineerd

Patiënten met infecties die zich zowel via direct contact als via de lucht kunnen verspreiden, zoals mazelen en varicella, worden in 'isolatie contact en lucht' geplaatst. Deze gecombineerde isolatie vereist gelijktijdige toepassing van maatregelen gericht op beide transmissieroutes, waaronder het dragen van een FFP2-masker (tenzij bij voldoende immuniteit van de zorgverlener), oogbescherming, handschoenen en schorten, evenals het sluiten van de kamerdeur en voorziening van adequate ventilatie. De meer strikte isolatievorm 'contact en lucht plus' wordt momenteel voorbehouden voor *Mycobacterium abscessus* maar kan in de toekomst ingezet worden bij nieuwe pathogenen.

Voorts werden ook andere elementen van het isolatiebeleid kritisch geëvalueerd en vereenvoudigd. Dit betrof onder meer de isolatieduur voor respiratoire pathogenen. Voor volwassen patiënten met infecties zoals SARS-CoV-2, influenza, RSV, adenovirus wordt momenteel een isolatieduur van 7 dagen aangehouden. Vanwege de mogelijke langdurige virusuitscheiding (shedding) bij immuungecompromiteerde patiënten, wordt bij deze groep een hertesting uitgevoerd zodat de isolatie bij een negatief resultaat kan beëindigd worden. Kinderen blijven in isolatie totdat zij klinisch hersteld zijn.

Aanpak en implementatie

Het hertekenen van het isolatiebeleid vraagt heel wat inspanningen op vlak van coördinatie, afstemming en planning. Het volledige team infectiepreventie werd ingezet om het implementatieproces te structureren aan de hand van een duidelijke projectfiche. Hierbij werd nauw samengewerkt met alle relevante stakeholders, waaronder de dienst longziekten, het herzien van alle procedures en documenten met focus op reductie, afstemming met ICT voor aanpassingen in het patiëntendossier, ...

Een belangrijke pijler in het herzieningsproces was de herwerking van procedures en documenten, met expliciete focus op vereenvoudiging, uniformiteit en vermindering van het aantal afzonderlijke richtlijnen. Tegelijkertijd werd in samenwerking met ICT het elektronisch patiëntendossier aangepast om de nieuwe isolatievormen correct te registreren en zichtbaar te maken voor alle betrokken zorgverleners. Om een vlotte operationalisering op de werkvloer te garanderen, werd een reeks ondersteunende tools ontwikkeld. Deze omvatten onder andere visueel aantrekkelijke en gestandaardiseerde isolatiekaarten; een praktische checklist voor het voorbereiden van een isolatiekamer; een centrale databank met micro-organisme-specifieke informatie en een informatiebrochure voor patiënten.

De officiële introductie van het nieuwe isolatiebeleid vond plaats in oktober 2024, net voor de start van het respiratoire seizoen. Het team infectiepreventie speelde hierin een actieve en zichtbare rol op de werkvloer, onder meer via de distributie van een 'startpakket' met isolatiekaarten en ondersteunend materiaal. Daarnaast werden zorgverleners op diverse manieren geïnformeerd en ondersteund: via directe feedbackmomenten, toelichting tijdens overdrachten, werkoverleggen en stafvergaderingen. Ook ondersteunende diensten zoals de schoonmaak en het patiëntenvervoer, werden niet over het hoofd gezien, wat de integrale aanpak en transversale reikwijdte van het project benadrukt. Redelijk uitdagend betrof de aanpassing van de registratie in het elektronisch patiëntendossier. Op de dag van implementatie werden de isolatiestatussen van opgenomen patiënten geactualiseerd, geplande opnames gescreend op indicaties van isolatie en werd de lijst van actieve isolaten herzien.

Hoewel aanvankelijk zorgverleners moesten wennen aan de veranderingen, werd al snel waardering geuit over het vernieuwde beleid. Tijdens de piekmaanden van het respiratoire seizoen werd de vereenvoudiging als een duidelijke meerwaarde ervaren.

Conform de principes van de PDCA cyclus zullen we in de komende maanden het vernieuwde isolatiebeleid systematisch evalueren en waar nodig bijsturen.

De eerste signalen vanuit het werkveld zijn alvast positief: de nieuwe benadering werd breed gedragen en de vereenvoudiging van het beleid werd door zorgverleners als een duidelijke verbetering ervaren. Dit blijkt uit de talrijke spontane feedbackmomenten die het team Infectiepreventie reeds mocht ontvangen. Op basis van deze input en toekomstige evaluatieresultaten zal het beleid – waar nodig – verder verfijnd worden, met blijvende aandacht voor werkbaarheid, duurzaamheid en patiëntveiligheid.

Bibliografie

1. ECDC. Considerations for infection prevention and control in relation to respiratory infections in healthcare settings. 6 februari 2023.
2. Wang CC, Prather KA, Sznieman J et al. Airborne transmission of respiratory viruses. Science 2021 Aug 27;373(6558):eabd9149. DOI: 10.1126/science.abd9149.
3. WHO. Global technical consultation report on proposed terminology for pathogens that transmit through the air. 2024

4. Materialen en afval | Vlaanderen.be. Laatst geraadpleegd op 30 mei 2025.

5. Leroux-Roels, I. (2023, 25 september) Bronislatie: nieuwe inzichten – nieuwe richtlijnen? 27ste Dag van de Infectiepreventie | Ziekenhuisnetwerk Gent. Laatst geraadpleegd op 30 mei 2025.

CHECKLIST

LUCHT-isolatie instellen

BASISRICHTLIJNEN

- ☐ Isoleer de patiënt (in een eenpersoonskamer of alleen in een tweepersoonskamer).
- ☐ Doe de patiënt een gele armband om.
- ☐ Noteer in het verpleegdossier dat de lucht-isolatie werd ingesteld.
- ☐ Vertel de patiënt dat hij de kamer niet mag verlaten.
- ☐ Geef de patiënt en zijn familie achtergrondinfo en bied de folder aan.

BUITEN DE KAMER

- ☐ Hang deze isolatiekaart (isolatiekaart LUCHT) aan de kamerdeur.
- ☐ Voorzie dit materiaal bij de kamerdeur:
 - Hoogfiltratiemaskers FFP2
 - Beschermbril of gezichtsscherm
- ☐ Zet een blauwe afvalzak buiten de kamer, aan de kamerdeur
- ☐ Controleer of de handalcohol, proceduremaskers en niet-steriele handschoenen zijn aangevuld.

IN DE KAMER

- ☐ Hang deze isolatiekaart (isolatiekaart LUCHT) aan het bed van de patiënt.
- ☐ Voorzie een HEPA-filter.
- ☐ Check of de Clinell®-doekjes in de kamer zijn aangevuld.



	Medewerker met meer dan 15 min. contact	Medewerker met minder dan 15 min. contact	Bezoeker (voor en na) Patiënt verlaat kamer (voor en na)
HANDEN ONTSMETTEN			
MASKER			
BESCHERMBRIL / GEZICHTSSCHERM (FACE SHIELD)			

VENTILATIE VAN DE KAMER | Deur gesloten, HEPA-filter en verlichten

SCHOONMAAKPRODUCTEN | Hou bij ontslag rekening met de sedimentatietijd (standaard 2u)



ORIGINEEL ARTIKEL

Het OST... een ondersteuningsteam bij het beheer van MDRO-uitbraken

Emilie Coppens ¹, Adrae Taame ¹, Michèle Gailly ², Madeleine Anoufo ², Katelijne Mathys ³, Isabelle Uwera Mpalirwa ³, Elise Vanhoucke ⁴, Hanna Masson ⁴, Hilde Vochten ⁴, Caroline Broucke ⁴, Gert Bellen ⁴

¹ Vivalis.

² AVIQ.

³ Sciensano.

⁴ Departement zorg, afdeling Huisartsgeneeskunde, Vlaanderen.



Inleiding

De problematiek rond antimicrobiële resistentie is voortdurend in ontwikkeling en vraagt om blijvende aandacht voor de toepassing van infectiepreventiemaatregelen. Deze ontwikkeling wordt geïllustreerd door de recente herziening van de lijst met prioritaire pathogenen door de WHO, op basis van verschillende criteria (sterfte, incidentie, enz.), waaronder de mate van resistentie van micro-organismen. Samenwerking tussen de verschillende entiteiten en structuren die verantwoordelijk zijn voor infectiepreventie en -bestrijding is essentieel om situaties die uit deze problematiek voortvloeien, te beheersen.

In België is deze samenwerking zichtbaar binnen de «OST»-structuur, waarin de regionale gezondheidsautoriteiten (AVIQ in Wallonië, Departement Zorg in Vlaanderen en Vivalis in Brussel) samenwerken met Sciensano en het outbreakmanagementteam (OMT) van hospitalen of chronische zorgvoorzieningen, om MDRO-uitbraken te beheersen. Externe experts, bijvoorbeeld van de Nationale Referentie Centra, worden betrokken waar nodig.

Context

Het concept van het OST, een ondersteuningsteam voor uitbraken van multiresistente organismen (MDRO) in zorginstellingen, verscheen in 2013 in het Protocolakkoord met betrekking tot het Nationale Plan MDRO.

De speerpunten van dit protocolakkoord zijn het versterken van de epidemiologische en microbiologische surveillance, infectiebeheersing, antibioticabeleid en ten slotte een betere coördinatie voor de strijd tegen MDRO, onder andere door de oprichting van het OST.

Het belang van het voortzetten en ondersteunen van de missies van het OST wordt ook benadrukt in de krachtlijn «Infectiepreventie en -bestrijding» van de menselijke pijler van het recente Belgische «One Health» Nationaal Actieplan ter Bestrijding van Antimicrobiële Resistentie (NAP-AMR) 2020-2024, dat bestaat uit 10 strategische krachtlijnen.

Objectief

Het OST wil een bijdrage leveren aan de beheersing van MDRO-uitbraken in zorginstellingen

N.B. :

- MDRO-uitbraken staan op de lijst van meldingsplichtige infectieziekten. Het melden hiervan betekent niet automatisch dat u ondersteuning van het OST krijgt. U kunt zelf proactief om hulp vragen, of deze wordt aangeboden zodra u de uitbraak meldt.

- Het OST is een ondersteunende structuur die losstaat van de HOST's. Alle informatie over het HOST-project vindt u via deze link:

<https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/pilootproject-hospital-outbreak-support-teams-host>

- In Wallonië zijn er sinds 2020 acht veldteams, OSTA's (OST Ambulatoire) genaamd, die op verzoek van AVIQ ondersteuning bieden aan residentiële zorginstellingen die te maken hebben met een cluster van infectieziekten. Zij kunnen helpen bij de implementatie van preventie- en bestrijdingsmaatregelen.

Vraag voor ondersteuning:

Ondersteuningsvragen kunnen telefonisch of per e-mail worden ingediend bij uw regionale gezondheidsautoriteit:

- AVIQ (Wallonie) :
 - o Wallonie :
 - Tel: 071/33 77 77
 - E-mail: surveillance.sante@aviq.be
 - o Communauté germanophone :
 - Tel : 0492/14 05 57
 - E-mail : infektionen@dgov.be
- Departement Zorg (Flandre) :
 - E-mail : infectieziektebestrijding@vlaanderen.be
- Vivalis (Bruxelles) :
 - Tel : 02/552 01 91
 - E-mail : notif-hyg@vivalis.brussels

Om u te helpen om de nodige informatie over een uitbraak naar ons door te sturen, is er op de volgende websites een checklist (interactieve PDF) beschikbaar voor de 3 regio's. Deze checklist is in samenwerking met Departement Zorg, AVIQ, Vivalis en Sciensano opgesteld:

- AVIQ : Les maladies infectieuses de A à Z | AVIQ (checklist en attente de publication)
- Departement Zorg : <https://www.departementzorg.be/nl/outbreak-support-team-ost>
- Vivalis : <https://www.vivalis.brussels/fr/prevenir-et-agir/surveillance-sanitaire/support-a-la-gestion-des-epidemies-mdro-dans-les>

Samenstelling van het OST:

Het OST wordt geleid door experts van de regionale gezondheidsautoriteiten (AVIQ, Departement Zorg of Vivalis, afhankelijk van de regio). Dit ondersteuningsteam wordt ingezet op vraag van het IPC-team van de instelling of de arts die verantwoordelijk is voor de bestrijding van de uitbraak, of, indien nodig, door de regionale gezondheidsautoriteiten zelf na ontvangst van een melding van een uitbraak.

De betreffende regionale gezondheidsautoriteit roept vervolgens andere experts op om het OST te vormen:

- Sciensano
- het betreffende Nationale Referentiecentrum (NRC)
- andere nationale velddeskundigen

Ondersteuning

De verschillende mogelijke ondersteunende activiteiten van het OST zijn:

- Delen van de MDRO-checklist
- Organisatie van overleg waar OST-leden en het IPC-team van de instelling samenkomen. Afhankelijk van de situatie kunnen ook andere medewerkers van de instelling worden uitgenodigd, zoals het management, het laboratorium, de onderhoudsafdeling, de preventieafdeling, de kwaliteitsafdeling, enz. Overleg kan ter plaatse in de instelling of online overleg gebeuren.
- Beschikbaar stellen van een tool voor epidemisch onderzoek en -beheer (Home - Epi-curve tool);
- Analyse van de indicatoren die de instelling of Sciensano ter beschikking heeft met betrekking tot het gebruik van antimicrobiële middelen, handhygiëne, enz.;
- Plaatsbezoeken met observaties en het eventueel nemen van stalen van de handen van het personeel en de omgeving (beschikbaar in Vlaanderen en in ontwikkeling in Brussel) met terugkoppeling van de vaststellingen en aanbevelingen in een verslag.
- Het formuleren van aanbevelingen op basis van beschikbaar wetenschappelijk bewijs, nationale en internationale aanbevelingen en ervaring (inzichtelijke ondersteuning);
- Regelmatige monitoring en follow-up totdat de uitbraak voorbij is;
- Sturing van de instelling door ondersteuning van het management met betrekking tot de te nemen maatregelen;
- ...

N.B.: De primaire en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de te nemen maatregelen om de uitbraak in te dijken ligt bij het ziekenhuis of de zorginstelling.

Meldingsplicht :

MDRO-uitbraken zijn opgenomen in de lijst van meldingsplichtige ziekten voor elke regionale gezondheidsautoriteit.

Voor meldingen verwijzen wij u naar de specifieke meldprocedure voor elke regio:

- AVIQ (Wallonië) : La déclaration obligatoire des maladies infectieuses en Wallonie de langue française | AVIQ
 - Departement Zorg (Vlaanderen) : <https://www.departementzorg.be/nl/een-meldingsplichtige-infectieziekte-aangeven>
 - Vivalis (Brussel) : <https://www.vivalis.brussels/fr/prevenir-et-agir/surveillance-sanitaire/maladies-a-declaration-obligatoire-en-region-bruxelloise#heading-1>
- N.B. : Een verklaring houdt geen verzoek om ondersteuning door het OST in.

Referenties

- 1 WHO Bacterial Priority Pathogens List, 2024: bacterial pathogens of public health importance to guide research, development and strategies to prevent and control antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 2 WHO fungal priority pathogens list to guide research, development and public health action. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 3 MDRO : Multi-Drug Resistant Organisms
- 4 Protocole d'accord concernant le Plan national multidrug resistant organisms (MDRO), Moniteur belge, 21/11/2013.
- 5 <https://www.health.belgium.be/fr/plan-d'action-national-belge-one-health-de-lutte-contre-la-resistance-aux-antimicrobiens-2020-2024>



Checklist MDRO Uitbraak

Datum van melding: _____

Checklist ingevuld door: _____

op _____

Formulier kan ingevuld worden met Adobe Acrobat Reader dat u [hier](#) gratis kan downloaden. Zorginstellingen die niet de mogelijkheid hebben om Acrobat Reader te installeren, kunnen een email sturen naar mdro@sciensano.be om een versie in Word te ontvangen.

1. Contactinformatie en informatie over de instelling					
Contactpersoon (en back-up)	CONTACTPERSOON			BACK-UP	
	Naam: _____			Naam: _____	
	Functie: _____			Functie: _____	
	Telefoon: _____			Telefoon: _____	
E-mail: _____			E-mail: _____		
Zorginstelling (en campus indien van toepassing)	Naam: _____			Campus: _____	
	Adres: _____			Naam HOST netwerk: _____	
Type zorginstelling	☐ Ziekenhuis voor acute zorg	☐ Psychiatrisch ziekenhuis	☐ Ander gespecialiseerd ziekenhuis / ziekenhuis voor chronische zorg:	☐ Woonzorgcentrum	☐ Andere instelling voor langdurige zorg:
Instellingsgrootte (aantal bedden)	Totaal aantal bedden: _____				
Lokaal Outbreak Management Team opgericht?	☐ ja	☐ nee	Zo ja, geef de samenstelling: _____		
Uitbraakcoördinator aangesteld?	☐ ja	☐ nee	Zo ja, naam: _____		
Communicatieverantwoordelijke aangesteld?	☐ ja	☐ nee	Zo ja, naam: _____		

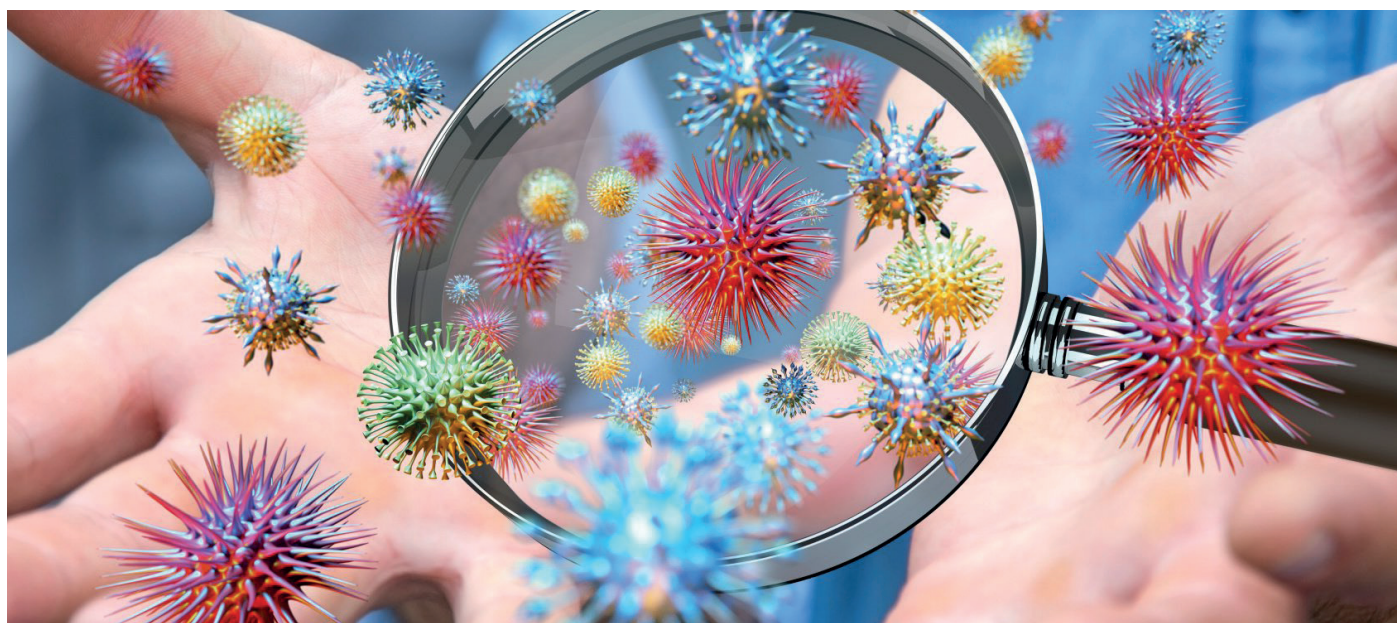
Infectiepreventie en -bestrijding (IPC) in Vlaamse ziekenhuizen voor acute zorg: Huidige praktijken van monitoring en feedback door IPC-teams

Thannée Vandermeulen¹, An Caluwaerts², Annette Schuermans³

1. Verpleegkundige infectiepreventie, Noorderhart vzw

2. Verantwoordelijke voor infectiepreventie en -controle (IPC), BAPCOC

3. Hoogleraar aan de Faculteit Geneeskunde, Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, KU Leuven



Achtergrond

Monitoring en feedback vormen een essentieel onderdeel van infectiepreventie en -controle (IPC) (1). In België zijn ziekenhuizen verplicht hun IPC-programma's te evalueren aan de hand van federale kwaliteitsindicatoren (2). Deze indicatoren richten zich echter voornamelijk op de vraag of monitoring plaatsvindt en bieden weinig tot geen inzicht in de toegepaste methoden, de manier waarop feedback wordt gegeven, of hoe de resultaten bijdragen aan kwaliteitsverbetering.

Doelstelling

Het doel is om gedetailleerd inzicht te verkrijgen in de gangbare methoden voor monitoring en feedback binnen Vlaamse acute ziekenhuizen. Daarnaast worden de voornaamste facilitatoren en barrières binnen dit proces geïdentificeerd. De focus ligt op de volgende IPC-praktijken binnen de zorg: handhygiëne, reiniging en desinfectie van de directe patiëntenomgeving,

isolatiebeleid en de preventie van de vier voornaamste zorginfecties (CAUTI = catheter-associated urinary tract infection = catheter-geassocieerde urineweginfectie
CLABSI: central line associated bloodstreaminfection = centrale lijn geassocieerde bloedstroominfectie
POWI: postoperatieve wondinfectie
VAP: ventilator associated pneumonia = ventilatie-geassocieerde pneumonie
HAP: nonventilator hospital-acquired pneumonia=in ziekenhuis verworven pneumonie; pneumonie acquise à l'hôpital sans ventilation). Om het proces van monitoring en feedback in kaart te brengen, werd de focus gelegd op de naleving van structuur- en procesindicatoren.

Methodologie

Voor dit onderzoek werd een doelgerichte steekproefstrategie gehanteerd om een diverse groep Vlaamse ziekenhuizen met acute zorg te includeren. Bij de selectie werd rekening gehouden met geografische spreiding, het type en de grootte

van het ziekenhuis, en de accreditatiestatus. Er werden semigestructureerde interviews afgenomen en datasaturatie werd bereikt met een uiteindelijke steekproef van vijftien ziekenhuizen. De verzamelde gegevens werden op deductieve en iteratieve wijze geanalyseerd aan de hand van thematische analyse.

Grootte ziekenhuis	Ziekenhuis	Provincie
Klein (0 – 499)	A	West-Vlaanderen
	B	Antwerpen
	C	Vlaams-Brabant
	F	Vlaams-Brabant
	N	Limburg
	O	Oost-Vlaanderen
Middel (499 – 999)	D	Antwerpen
	E	West-Vlaanderen
	J	Limburg
	L	Oost-Vlaanderen
Groot (≥ 1000)	G	West-Vlaanderen
	H	Antwerpen
	I	Vlaams-Brabant
	K	Oost-Vlaanderen
	M	Limburg

Tabel 1 Overzicht steekproef

Resultaten

1.1 Onderwerpen van monitoring en feedback

Alle onderzochte ziekenhuizen voeren monitoring en feedback uit, met nadruk op handhygiëne, isolatiebeleid en zorginfectiepreventie. Handhygiëne wordt het meest frequent geobserveerd, hoewel observaties arbeidsintensief zijn en het Hawthorne-effect de betrouwbaarheid beïnvloedt. De aanpak van omgevingsreiniging varieert sterk en gebeurt meestal projectmatig of op basis van risicoanalyses. Isolatiebeheer wordt systematisch aangepakt via steekproeven en werkljsten in het EPD (elektronisch patiëntendossier), waarbij ook observaties op de werkvloer en samenwerking met het patiëntenvervoer worden ingezet. De frequentie loopt uiteen van ad hoc tot wekelijks. Monitoring in het kader van de preventie van zorginfecties richt zich vooral op CLABSI en CAUTI; VAP en POWI worden minder opgevolgd. De keuze van monitoringsonderwerpen wordt bepaald op basis van strategische plannen, risicoanalyses en wettelijke vereisten, met bijkomende invloed van accreditatieprogramma's (bv. JACIE, Magnet) in universitaire ziekenhuizen.

1.2 Methoden van dataverzameling en data-analyse

Ziekenhuizen verzamelen gegevens voornamelijk met pen en papier, bijvoorbeeld tijdens observaties en audits, maar ook via digitale methoden zoals het elektronisch patiëntendossier. Analyse gebeurt meestal handmatig in Excel, met grafieken en tabellen ter ondersteuning. Ondanks een groeiende belangstelling voor automatisering blijft het proces arbeidsintensief en afhankelijk van manuele input. Sommige

ziekenhuizen ontwikkelen interne dashboards, maar er is nood aan gestandaardiseerde tools en technische ondersteuning. *“Als de dataverzameling beter zou kunnen gebeuren dan zou de analyse ook automatisch vlotter moeten gebeuren. Door het feit dat onze dataverzameling nu nog veel manueel gebeurt is ook de analyse moeilijker”* (ziekenhuis M, persoonlijke communicatie, 4 april 2024).

1.3 Methoden van terugkoppeling

Feedback vindt plaats op verschillende niveaus. Rechtstreekse, individuele terugkoppeling komt zelden voor en beperkt zich tot observaties van handhygiëne. Teamfeedback gebeurt via dashboards of kwaliteitsborden. De terugkoppeling naar zorgpersoneel gebeurt vaker dan naar medisch personeel. Ziekenhuisbrede terugkoppeling verloopt voornamelijk via rapportage aan diensthoofden of fysieke besprekingen. Feedback naar de medewerkers zelf gebeurt eerder passief, via intranet, nieuwsbrieven of dashboards. Tot slot is het comité ziekenhuishygiëne het belangrijkste overlegmoment wat betreft terugkoppeling naar leidinggevenden en andere belanghebbenden. IPC-teams nemen regelmatig deel aan diensthoofden- of clustervergaderingen. De meeste ziekenhuizen ervaren erkenning en vertrouwen vanuit het management, al geven sommigen aan dat de terugkoppeling soms eenrichtingsverkeer is. *“Facilitaire diensten hebben vaak minder toegang en zijn minder vertrouwd met die online dingen dus daar is het nog belangrijker om dat effectief via de diensthoofden te doen”* (ziekenhuis I, persoonlijke communicatie, 14 maart 2024).

1.4 Methoden van integratie in verbeterstrategieën

Hoewel monitoringresultaten worden gebruikt voor het opstellen van actieplannen, wordt de PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act) zelden volledig doorlopen. Tijdsgebrek en personeelstekort hinderen de opvolging van actiepunten, waardoor verbeteringen soms uitblijven. Er is nood aan meer systematiek en een haalbare planning rond terugkoppeling en opvolging. *“Voor bepaalde data zouden we er liever dieper op ingaan, want nu blijft dat soms te beperkt. We krijgen de cirkel niet altijd rond. We verzamelen, we interpreteren, we koppelen terug, we bepalen actiepunten voor bepaalde diensten, maar dan hebben we geen tijd om die actiepunten op te volgen”* (ziekenhuis B, persoonlijke communicatie, 18 april 2024).

1.5 Facilitatoren & barrières

Sterke teamdynamiek, interdisciplinaire samenwerking en ondersteuning vanuit de directie bevorderen monitoringpraktijken. IPC-teams voelen zich erkend en krijgen autonomie. Toch vormen hoge werkdruk, beperkte middelen, manuele processen en een tekort aan datamanagementcapaciteit belangrijke obstakels. Zonder ICT-ondersteuning en performante tools blijft dataverwerking erg tijdsintensief. Het verdwijnen van externe accreditatie (ISQua t.o.v. FlaQuM) zorgt bij sommige ziekenhuizen voor verlies van externe stimulansen. Tot slot geven ziekenhuizen aan te willen investeren in verbeteringen, maar laat de financiële situatie dit niet altijd toe.

1.6 Aanbevelingen

Er wordt aanbevolen om open communicatie te bevorderen, multidisciplinair samen te werken, IPC-data te integreren in bestaande systemen en monitoring te beperken tot haalbare prioriteiten. Tegelijkertijd geven veel IPC-teams aan dat het formuleren van aanbevelingen naar andere teams toe moeilijk is door een beperkt zicht op elkaars aanpak.

Aanbevelingen aan BAPCOC richten zich op structurele hervormingen, waarbij wordt gepleit voor herziening van het wettelijk kader met focus op voldoende bestaffing, inclusief administratieve ondersteuning en voldoende FTE's FTE (full time equivalent) per ziekenhuis. Daarnaast is er nood aan transparantie, vertegenwoordiging van de werkvloer in beleidsvorming en een duidelijke langetermijnstrategie, vooral in de context van netwerken zoals HOST (Hospital Outbreak Support Team). Op technologisch vlak wordt gevraagd om nationale, uniforme tools voor monitoring, feedback en datavisualisatie, evenals real-time digitale systemen en ondersteuning door data-experts. Verder is er behoefte aan betere interne en externe communicatie, continue opleiding van IPC-professionals, concrete en gestandaardiseerde richtlijnen en externe audits. Tot slot wordt het belang benadrukt van een positieve cultuur waarin IPC-werk erkend en gewaardeerd wordt.

Conclusie

Hoewel monitoring algemeen is geïmplementeerd, ontbreekt het vaak aan een systematische en gestandaardiseerde aanpak. Monitoring gebeurt eerder curatief dan preventief en wordt zelden ingebed in een volledige PDCA-cyclus met bijhorende verbeterstrategieën. Ziekenhuizen en beleidsmakers dienen prioriteit te geven aan de ontwikkeling van gestructureerde monitoringsplannen, ondersteund door een verbeterde ICT-infrastructuur en duidelijke strategieën voor feedback, opvolging en borging. Dit is essentieel om de doeltreffendheid van infectiepreventie en -controle (IPC) te versterken.

Referenties

1. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: World Health Organization; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Sciensano. Kwaliteitsindicatoren voor infectiepreventie en –controle in acute ziekenhuizen. Brussel;2011. Beschikbaar via: <https://www.sciensano.be/nl/>



Richtlijnen voor laboratoriumdetectie van MDRO's uit klinische en screeningstalen



Richtlijnen voor laboratoriumdetectie van MDRO's uit klinische en screeningstalen

Juni 2025
Nr. 9554

Belangrijkste aandachtspunten bij de detectie van MDRO's

Deze richtlijnen focussen op de klinisch meest relevante MDRO's, in het bijzonder de zogenaamde ESKAPE-pathogenen (*Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* en andere Enterobacterales), die berucht zijn om hun uitgesproken antibioticaresistentie en rol bij ernstige nosocomiale infecties. De nadruk ligt op verworven resistentiemechanismen, met uitsluiting van micro-organismen met intrinsieke resistentie (bv. intrinsieke chromosomale carbapenemasen bij *Aeromonas* spp., *Stenotrophomonas maltophilia*...). Naast laboratoriummethoden behandelen deze aanbevelingen ook essentiële organisatorische aspecten zoals actieve surveillance, validatie van laboratoriumtesten, resultaatrapportering en meldprocedures. Gestandaardiseerde praktijken zorgen voor doeltreffende en tijdige implementatie van infectiepreventie en -controlemaatregelen (IPC). Aangezien zowel de epidemiologie van MDRO's als de detectietechnologieën voortdurend evolueren, moeten laboratoria zich regelmatig bij de nationale referentiecentra (NRC's) informeren over opkomende MDRO's en diagnostische tools.

De volledige inhoud van dit advies kunt u bekijken (in Nederlands) en downloaden via de volgende link:

<https://www.hgr-css.be/file/download/dd345af9-2810-4680-9027-88bf4cd5f5cc/BJ3RZ1pDszJKio7NqUC0j9MUql-HBfyhpmBPN1CxiVg3d.pdf>

SAMENVATTING

De bestrijding van zorginfecties staat of valt met een snelle en betrouwbare detectie van multiresistente micro-organismen (MDRO's: Multi-drug resistant organisms). Deze richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) bieden gestandaardiseerde aanbevelingen voor de laboratoriumdetectie van MDRO's in klinische en screeningstalen. Als aanvulling op de richtlijnen van de HGR van 2019 (HGR 2019) over de preventie, beheersing en aanpak van MDRO's in Belgische zorginstellingen, richt dit document zich specifiek op de laboratoriummethodologieën voor een nauwkeurige diagnose van MDRO-infectie of -kolonisatie. Het is bedoeld voor klinisch microbiologen, laboratoriumpersoneel, deskundigen infectiepreventie en specialisten infectieziekten.

Aanbevelingen inzake preventie en beheersing van bloedbaaninfecties gerelateerd aan intravasculaire, subcutane en intraosseuze katheters

(Dit advies vervangt en integreert het eerdere advies HGR 9803 'Epidemiologie en diagnose van bloedbaaninfecties gerelateerd aan intravasculaire katheters', 2024)



Aanbevelingen inzake preventie en beheersing van bloedbaaninfecties gerelateerd aan intravasculaire, subcutane en intraosseuze katheters

Augustus 2025
Nr. 9553



SAMENVATTING

Dit advies biedt uitgebreide aanbevelingen en kan dienen als basis voor het ontwikkelen van een multimodale strategie voor de preventie en beheersing van bloedbaaninfecties gerelateerd aan intravasculaire, subcutane en intraosseuze katheters. Het combineren van verschillende preventiemethoden wordt hierbij beschouwd als de beste aanpak om infecties effectief te voorkomen.

Hoofdstuk 1 geeft een geactualiseerd overzicht van de epidemiologische situatie van kathetergeassocieerde bloedbaaninfecties in België.

Hoofdstuk 2 presenteert een classificatie van vasculaire en niet-vasculaire katheters die in dit advies worden behandeld,

zijnde arteriële katheters, perifere katheters (korte en lange perifere katheters en midlines), centraal veneuze toegangswegen (centraal veneuze katheters, perifeer ingebrachte centrale katheters, getunnelde katheters, poortkatheters en navelkatheters), subcutane katheters en intraosseuze katheters. Dialysekatheters vallen buiten de scope van dit advies.

Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van algemene richtlijnen die gelden voor alle besproken kathetertypes, zoals aanbevelingen rond voorbereiding van de huid, antiseptica, aseptisniveaus, verband- en fixatiekeuze, dagelijkse zorg, manipulatie van connecties en infuusleidingen, afnemen van bloedstalen, spoelen en afsluiten van katheters en het verwijderen ervan. Specifieke richtlijnen worden per kathetertype verder uitgewerkt, met aandacht voor keuze van de insteekplaats, de plaatsingstechniek, het gebruik, het onderhoud en de verwijdering. Daarbij worden het belang van handhygiëne en het inzetten van deskundig personeel benadrukt.

In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de keuze van de meest geschikte katheter, waarbij rekening wordt gehouden met therapie- en patiëntgerelateerde factoren. Het advies benadrukt het belang van het selecteren van de minst invasieve en veiligste optie, met maximaal comfort voor de patiënt en een minimaal risico op complicaties.

Hoofdstuk 5 biedt een referentiekader voor de diagnose van kathetergerelateerde bloedbaaninfecties, waarbij gebruik wordt gemaakt van klinische context en microbiologische tests, conform de richtlijnen van HGR 9803.

Het laatste hoofdstuk richt zich op kwaliteitsprogramma's ter preventie van kathetergerelateerde infecties en complicaties. Hierbij worden kwaliteitsindicatoren besproken, praktische instrumenten aangereikt en het belang van opleiding benadrukt.

De volledige inhoud van dit advies kunt u bekijken en downloaden via de volgende link:

<https://www.hgr-css.be/file/download/2ae0cb13-1a24-4e7b-bf4b-df5cdf1facb1/li-rhWLRoneHYUa4g2xapHwXKsHUzyHlawPEAXitOc3d.pdf>

Aanbevelingen voor het verpakken van afgewerkt linnen dat bestemd is voor zorginstellingen Aanvulling op HGR 9444

Aanbevelingen inzake de behandeling van het textiel van zorginstellingen, 2018.
Juni 2025 Nr. 9854



Specifieke aanbevelingen worden gedaan voor verschillende fasen van het proces: het afwerkingsproces van proper linnen in de wasserij, de opslag binnen de wasserij, het vervoer van het linnen van de wasserij naar de zorginstelling, de centrale opslag binnen de zorginstelling, het vervoer van het linnen naar de gebruiksbestemming en de opslag van proper linnen binnen de zorgafdeling.

Om meer te weten :

<https://www.hgr-css.be/nl/advies/9854/verpakking-van-afgewerkt-linnen-voor-zorginstellingen>

Aanbevelingen voor het verpakken van afgewerkt linnen dat bestemd is voor zorginstellingen

Aanvulling op HGR 9444 : Aanbevelingen inzake de behandeling van het textiel van zorginstellingen, 2018.

Juni 2025
Nr. 9854

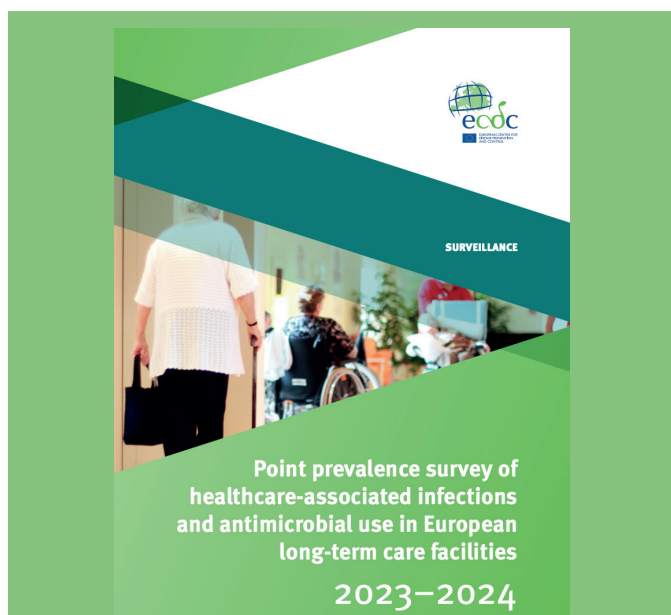


SAMENVATTING

Deze aanbevelingen vormen een aanvulling op de HGR 9444 richtlijnen voor de behandeling van textiel in zorginstellingen, met specifieke focus op de verpakking van proper linnen voor de gezondheidszorg. Hierbij wordt rekening gehouden met zowel hygiënische als financiële en duurzame overwegingen. De richtlijnen zijn bedoeld om de opslag en het transport van proper linnen zodanig te organiseren dat (her)besmetting en verontreiniging effectief worden voorkomen, zowel in de wasserij, binnen de zorginstelling, als tijdens het transport daartussen.

Healthcare-associated infections and use of antimicrobials in long-term care facilities (HALT studies): HALT-4 reports published(2023-2024)

Belgium :
National report 2023-2024 (in Dutch or French)



Abstract

De vierde puntprevalentiestudie in chronische zorginstellingen (HALT-4), uitgevoerd in 2023-2024 in België, maakte deel uit van een Europees project dat wordt gecoördineerd door Sciensano in samenwerking met het Europees Centrum voor Ziektepreventie en -bestrijding (ECDC). Het belangrijkste doel van deze studie was het meten van de prevalentie van actieve zorginfecties en het gebruik van systemische antimicrobiële middelen in chronische zorginstellingen. In totaal werden 8 816 bewoners en patiënten, verdeeld over 79 chronische zorginstellingen, opgenomen in de studie.

Negenzig woonzorgcentra (WZC) namen deel aan de HALT-4 studie. Van deze instellingen bevonden 35 WZC (50,7%) zich in Vlaanderen, waarvan 33 deelnamen in het najaar van 2023 en twee in het voorjaar van 2024. In Wallonië namen 30 WZC (43,5%) deel, met twee WZC in het najaar van 2023 en 28 in het voorjaar van 2024. De vier Brusselse WZC (5,8%) namen allen deel in het voorjaar van 2024.

Meer dan de helft van de WZC bewoners (59,4%) was ouder dan 85 jaar en 28,0% was mannelijk. Een meerderheid vertoonde

desoriëntatie in tijd en/of ruimte (57,9%) en was incontinent voor urine en/of stoelgang (66,5%). De medische zorg werd in 63,8% van de WZC verleend door bezoekende huisartsen, in 34,8% door een combinatie van behandelend artsen en een interne vaste medische staf en in één WZC (1,4%) uitsluitend door interne artsen. Bijna alle WZC (97,1%) hadden een coördinerend raadgevende arts (CRA).

Op het gebied van infectiepreventie en -bestrijding (IPC) beschikte 72,5% van de WZC over ten minste één opgeleid persoon, meestal verpleegkundigen en soms artsen. Handhygiëne-opleidingen werden gegeven in 58,0% van de WZC en was voornamelijk gericht op verpleegkundigen en paramedisch personeel.

De gemiddelde en mediane prevalentie van bewoners met minstens één actieve zorginfectie bedroeg respectievelijk 2,5% en 1,6%. In totaal werden 178 infecties gerapporteerd. De meest voorkomende infecties waren luchtweginfecties (42,7%), urineweginfecties (35,4%) en huidinfecties (12,9%).

De mediane prevalentie van bewoners met ten minste één systemische antimicrobiële behandeling bedroeg 3,8%. Er werden 347 antimicrobiële middelen gerapporteerd. In totaal werd 64,0% van de systemische antimicrobiële behandelingen therapeutisch toegediend. Voor 61,7% van de antimicrobiële middelen was een eind- of revisiedatum bekend. In geval van profylactisch voorgeschreven antimicrobiële middelen was de eind- of revisiedatum voor slechts 11,2% bekend, tegenover 90,1% voor therapeutisch voorgeschreven middelen. Antibiotica voor systemische gebruik (J01) vormden met 97,4% verreweg de meest voorgeschreven antimicrobiële middelen. De top drie voorgeschreven subklassen waren "overige fosfomycine en nitrofurantoïne", "beta-lactam antibiotica, penicillines" (J01C; 28,7% - in het bijzonder amoxicilline-clavulaanzuur) en "macroliden, lincosamiden, streptograminen" (J01F; 14,5% - in het bijzonder azithromycine).

Executive summary

The fourth PPS (HALT-4) had in part limited participation of LTCFs at national and local levels, often due to lack of resources of national teams to focus on HAI and antimicrobial use in LTCFs. However, participation in the PPS was good (18 EU/EEA countries participated) with most participating countries achieving at least

good representativeness. Most of the countries performed the PPS using the ECDC standardised methodology, including the most recent protocol updates, contributing to the robustness of the results. The results of the PPS indicate that it is essential to strengthen IPC in LTCFs by ensuring core competencies for IPC professionals, allocating adequate resources for IPC programmes, implementing robust quality control and surveillance systems, developing comprehensive guidelines, and promoting awareness and training activities. Future actions should include further training for LTCF staff, prioritising hand disinfection with alcohol-based hand rub and standardised monitoring of HAI and antimicrobial use, especially with PPSs. Additionally, collaboration of national authorities to collect and maintain comprehensive registries of LTCFs and their population is essential to improve understanding and comparability of long-term care systems across Europe.

Om meer te weten

European report 2023-2024 (link is external) (including results for Belgium: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-6>)

Voor u gelezen

Wang C.C., Prather K.A., Sznitman J., Jimenez J.L., Lakdawala S.S., Tufekci Z., Marr L.C..

Airborne transmission of respiratory viruses [Review.

Science, 2021 373 (6558), 659-664.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has revealed critical knowledge gaps in our understanding of and a need to update the traditional view of transmission pathways for respiratory viruses. The long-standing definitions of droplet and airborne transmission do not account for the mechanisms by which virus-laden respiratory droplets and aerosols travel through the air and lead to infection. In this Review, we discuss current evidence regarding the transmission of respiratory viruses by aerosols-how they are generated, transported, and deposited, as well as the factors affecting the relative contributions of droplet-spray deposition versus aerosol inhalation as modes of transmission. Improved understanding of aerosol transmission brought about by studies of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection requires a reevaluation of the major transmission pathways for other respiratory viruses, which will allow better-informed controls to reduce airborne transmission.

Onakpoya I.J., Heneghan C.J., Spencer E.A., Brassey J., Rosca E.C., Maltoni S., Plüddemann A., Evans D.H., Conly J.M., Jefferson T.

Viral cultures for assessing fomite transmission of SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis.

J Hosp Infect. 2022 Dec;130:63-94.

ABSTRACT

Background: The role of fomites in the transmission of SARS-CoV-2 is unclear.

Aim: To assess whether SARS-CoV-2 can be transmitted through fomites, using evidence from viral culture studies.

Methods: Searches were conducted in the World Health Organization COVID-19 Database, PubMed, LitCovid, medRxiv, and Google Scholar to December 31st, 2021. Studies that investigated fomite transmission and performed viral culture to assess the cytopathic effect (CPE) of positive fomite samples and confirmation of SARS-CoV-2 as the cause of the CPE were included. The risk of bias using a checklist modified from the modified Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies - 2 (QUADAS-2) criteria was assessed.

Findings: Twenty-three studies were included. The overall risk of bias was moderate. Five studies demonstrated replication-competent virus from fomite cultures and three used genome sequencing to match fomite samples with human clinical specimens. The mean cycle threshold (CT) of samples with positive viral culture was significantly lower compared with cultured samples that returned negative results (standardized mean difference: -1.45; 95% confidence interval (CI): -2.00 to -0.90; I² = 0%; P < 0.00001). The likelihood of isolating replication-competent virus was significantly greater when CT was <30 (relative risk: 3.10; 95% CI: 1.32 to 7.31; I² = 71%; P = 0.01). Infectious specimens were mostly detected within seven days of symptom onset. One study showed possible transmission of SARS-CoV-2 from fomites to humans.

Conclusion: The evidence from published studies suggests that replication-competent SARS-CoV-2 is present on fomites. Replication-competent SARS-CoV-2 is significantly more likely when the PCR CT for clinical specimens and fomite samples is <30. Further studies should investigate the duration of infectiousness of SARS-CoV-2 and the frequency of transmission from fomites.

Mellon G., Mahjoub N., Metivier F., Osinski N., Gabassi A., Delaugerre C., Vanoli E., Crawford C., Le Goff J.

Enhancing the control of respiratory virus spread: a comprehensive approach integrating airborne virus detection, aerological investigations, and airflow modeling for practical implementation

Infect Control Hosp Epidemiol., 2025 Jan 10:1-10.

Objective: Patients with chronic kidney disease suffer from immune dysfunction, increasing susceptibility to infections. The aim of the study was to investigate air contamination with respiratory viruses in a dialysis unit at a quaternary hospital using molecular detection techniques and to analyze airflow dynamics through computational fluid dynamics (CFD) simulations for a comprehensive assessment of air transmission risks.

Methods: We conducted dialysis unit air sampling using AerosolSense™ samplers. Air and clinical sampling occurred during three periods in 2022: winter, early, and late fall. A technical team maintained the dialysis unit's ventilation system during mid fall. Ventilation system capacity and airflow rates were measured. CFD simulations were used to evaluate airflow dynamics.

Results: The investigation collected 144 air samples, revealing heterogeneous virus detection rates across locations and study periods. Virus positivity correlated with the presence of patients and the effectiveness of the ventilation system. The ratio of virus air positivity to virus patient positivity was 1.84 and 3.35 during the first and the second periods, respectively, and collapsed to 0.64 after maintenance. Airflow rate measurements highlighted a ninefold discrepancy between actual and theoretical airflow (393 m³/h vs. 3530 m³/h), which was rectified by maintenance actions. Airflow dynamics and particle dispersion visualization through CFD simulations contributed to a better understanding of transmission risks.

Conclusions: Detection of viruses in the air, combined with CFD, revealed deficiencies in air renewal. Maintenance interventions significantly improved airflow dynamics and particle dispersion, reducing airborne virus spread.

MacIntyre C.R., Chughtai A.A., Kunasekaran M., Tawfiq E., Greenhalgh T.

The role of masks and respirators in preventing respiratory infections in healthcare and community settings [Review].

BMJ 2025 Feb 27:388:e078573.

ABSTRACT

The covid-19 pandemic saw frequent changes and conflicts in mask policies and politicization of masks. On reviewing the evidence, including studies published after the pandemic, the data suggest respirators are more effective than masks in healthcare, but must be continuously worn to be protective. Healthcare and aged care settings amplify outbreaks, so protection of patients and staff is paramount. Most guidelines assume risk is only present during close contact or aerosol generating procedures, but studies show intermittent use of respirators is not protective. New research in aerosol science confirms the risk of infection is widespread in health facilities. In community settings, any mask use is protective during epidemics, especially if used early, when combined with hand hygiene, and if wearers are compliant. Community use of N95 respirators is more protective than surgical masks, which are more protective than cloth masks, but even cloth masks provide some protection. Mask guidelines should be adaptable to the specific context and should account for rising epidemic activity, and whether a pathogen has asymptomatic transmission. The main rationale for universal masking during pandemics is asymptomatic transmission, which means risk of transmission cannot be self-identified. The precautionary principle should be applied during serious emerging infections or pandemics when transmission mode is not fully understood, or vaccines and drugs are not available. If respirators are not available, medical or cloth masks could be used as a last resort. Data exist to support extended use and reuse of masks and respirators during short supply. In summary, extensive evidence generated during the covid-19 pandemic confirms the superiority of respirators and supports the use of masks and respirators in the community during periods of high epidemic activity. Some gaps in research remain, including economic analyses, research in special population groups for whom masking is challenging, and research on countering disinformation.

Simniceanu A., Satta G.

Infection prevention and control of epidemic-prone acute respiratory infections in healthcare setting

Curr Opin Pulm Med 2025 May 1;31(3):230-236.

ABSTRACT

Purpose of review:

The recent COVID-19 pandemic sparked discussions and highlighted significant gaps on the most appropriate infection prevention and control (IPC) measures when dealing with acute respiratory infections (ARIs). This narrative review aims to provide an overview of the existing international and national guidelines on the IPC measures to control epidemic and pandemic-prone ARIs in healthcare settings.

Recent findings: The WHO has recently produced a report proposing an updated terminology for respiratory pathogens. One of the key outcomes of this consultation was the adoption of the term 'infectious respiratory particles' (IRPs). According to the report, IRPs are defined as infectious particles that can be expired from an infected person through activities like breathing, talking, singing, coughing, sneezing, or even spitting. Most notably, there is no longer the clear and traditional distinction between droplet and aerosol based on the cut-off of particle size, but rather a continuum of particle sizes of IRPs.

Summary: Among other recommendations, all international guidelines place emphasis on the use of standard and transmission-based precautions when dealing with respiratory viruses. It is important to assess how the new proposed terminology for respiratory pathogens may affect the current existing IPC measures.

Global technical consultation report on proposed terminology for pathogens that transmit through the air. World Health Organisation (WHO)

April, 2024, 52pp. This document can be downloaded in full (52pp) in PDF format from the following link

<https://www.who.int/publications/m/item/global-technical-consultation-report-on-proposed-terminology-for-pathogens-that-transmit-through-the-air>

Overview

Terminology used to describe the transmission of pathogens through the air varies across scientific disciplines, organizations and the general public. While this has been the case for decades, during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic, the terms 'airborne', 'airborne transmission' and 'aerosol transmission' were used in different ways by stakeholders in different scientific disciplines, which may have contributed to misleading information and confusion about how pathogens are transmitted in human populations.

This global technical consultation report brings together viewpoints from experts spanning a range of disciplines with the key objective of seeking consensus regarding the terminology used to describe the transmission of pathogens through the air that can potentially cause infection in humans.

This consultation aimed to identify terminology that could be understood and accepted by different technical disciplines. The agreed process was to develop a consensus document that could be endorsed by global agencies and entities. Despite the complex discussions and challenges, significant progress was made during the consultation process, particularly the consensus on a set of descriptors to describe how pathogens are transmitted through the air and the related modes of transmission. WHO recognizes the important areas where consensus was not achieved and will continue to address these areas in follow-up consultations

Plachouras D, Kacelnik O., Rodriguez-Bano J., Birgand G., Borg M.A., Kristensen B., Kubele J. Lyytikäinen O., Presterl E., Reilly J., Voss A., Zing W., Suetens C., Monnet D.L.

Revisiting the personal protective equipment components of transmission-based precautions for the prevention of COVID-19 and other respiratory virus infections in healthcare

Euro Surveill 2023 Aug;28(32):2200718.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic highlighted some potential limitations of transmission-based precautions. The distinction between transmission through large droplets vs aerosols, which have been fundamental concepts guiding infection control measures, has been questioned, leading to considerable variation in expert recommendations on transmission-based precautions for COVID-19. Furthermore, the application of elements of contact precautions, such as the use of gloves and gowns, is based on low-quality and inconclusive evidence and may have unintended consequences, such as increased incidence of healthcare-associated infections and spread of multidrug-resistant organisms. These observations indicate a need for high-quality studies to address the knowledge gaps and a need to revisit the theoretical background regarding various modes of transmission and the definitions of terms related to transmission. Further, we should examine the implications these definitions have on the following components of transmission-based precautions: (i) respiratory protection, (ii) use of gloves and gowns for the prevention of respiratory virus infections, (iii) aerosol-generating procedures and (iv) universal masking in healthcare settings as a control measure especially during seasonal epidemics. Such a review would ensure that transmission-based precautions are consistent and rationally based on available evidence, which would facilitate decision-making, guidance development and training, as well as their application in practice.

Zanella M.C., Rhee C., Klompas M.

Preventing respiratory viral transmission in healthcare settings [Review]

Curr Opin Infect Dis 2025 Aug 1;38(4):339-346.

Purpose of review: The COVID-19 pandemic catalyzed new insights into respiratory viral transmission mechanisms and prevention. We review the most practical and impactful measures to prevent SARS-CoV-2 and other nosocomial respiratory viral infections in healthcare.

Recent findings: Nosocomial respiratory viral infection rates mirror viral activity levels in the surrounding community. During peak periods ~15-20% of hospitalized patients with respiratory viral infections may have acquired their virus in the hospital. Nosocomial respiratory viral infections are associated with increased lengths-of-stay, risk of respiratory failure, and hospital death. Most procedures contribute minimally to aerosol production compared to labored breathing, coughing, and forced expiration. Masking for source control and exposure control both decrease transmission risk, respirators more so than masks. Likewise, vaccinating healthcare workers decreases transmission risk and is associated with lower patient mortality rates, particularly in long-term care facilities. Increasing air changes, ultraviolet irradiation, and portable HEPA filtration units may also decrease transmission rates but their marginal benefit relative to current healthcare ventilation standards has yet to be established.

Summary: Practical strategies to prevent nosocomial respiratory viral infections include maximizing staff and patient influenza and SARS-CoV-2 vaccination rates and implementing routine masking during patient interactions when community incidence is high.

Gettler E.B., Keipp Talbot H., Zhu Y., Ndi D., Mitchel E, Markus T. M., Schaffner W., Harris B., Talbot T.R.

Respiratory syncytial virus: an under-recognized healthcare-associated infection

Infect Control Hosp Epidemiol. 2025 May 16;46(6):1-5.

ABSTRACT

Objective: Prior reports of healthcare-associated respiratory syncytial virus (RSV) have been limited to cases diagnosed after the third day of hospitalization. The omission of other healthcare settings where RSV transmission may occur underestimates the true incidence of healthcare-associated RSV.

Design: Retrospective cross-sectional study.

Setting: United States RSV Hospitalization Surveillance Network (RSV-NET) during 2016-2017 through 2018-2019 seasons.

Patients: Laboratory-confirmed RSV-related hospitalizations in an eight-county catchment area in Tennessee.

Methods: Surveillance data from RSV-NET were used to evaluate the population-level burden of healthcare-associated RSV. The incidence of healthcare-associated RSV was determined using the traditional definition (i.e., positive RSV test after hospital day 3) in addition to often under-recognized cases associated with recent post-acute care facility admission or a recent acute care hospitalization for a non-RSV illness in the preceding 7 days.

Results: Among the 900 laboratory-confirmed RSV-related hospitalizations, 41 (4.6%) had traditionally defined healthcare-associated RSV. Including patients with a positive RSV test obtained in the first 3 days of hospitalization and who were either transferred to the hospital directly from a post-acute care facility or who were recently discharged from an acute care facility for a non-RSV illness in the preceding 7 days identified an additional 95 cases (10.6% of all RSV-related hospitalizations).

Conclusions: RSV is an often under-recognized healthcare-associated infection. Capturing other healthcare exposures that may serve as the initial site of viral transmission may provide more comprehensive estimates of the burden of healthcare-associated RSV and inform improved infection prevention strategies and vaccination efforts.

Brierley R.C.M., Taylor J., Turner N., Rees S., Thorn J., Metcalfe C., Henderson E.J., et al.

A pragmatic cluster randomised controlled trial of air filtration to prevent symptomatic winter respiratory infections (including COVID-19) in care homes (AFRI-c) in England: Trial protocol.

PLoS One. 2024 Jul 23;19(7):e0304488.

ABSTRACT

Background: Respiratory tract infections are readily transmitted in care homes. Airborne transmission of pathogens causing respiratory tract illness is largely unmitigated. Portable high-efficiency-particulate-air (HEPA) filtration units capture microbial particles from the air, but it is unclear whether this is sufficient to reduce infections in care home residents. The Air Filtration to prevent symptomatic winter Respiratory Infections (including COVID-19) in care homes (AFRI-c) randomized controlled trial will determine whether using HEPA filtration units reduces respiratory infection episodes in care home residents.

Methods: AFRI-c is a cluster randomized controlled trial that will be delivered in residential care homes for older people in England. Ninety-one care homes will be randomised to take part for one winter period. The intervention care homes will receive HEPA filtration units for use in communal areas and private bedrooms. Normal infection control measures will continue in all care homes. Anonymised daily data on symptoms will be collected for up to 30 residents. Ten to 12 of these residents will be invited to consent to a primary care medical notes review and (in intervention homes) to having an air filter switched on in their private room. The primary outcome will be number of symptomatic winter respiratory infection episodes. Secondary outcomes include specific clinical measures of infection, number of falls / near falls, number of laboratory confirmed infections, hospitalisations, staff sickness and cost-effectiveness. A mixed methods process evaluation will assess intervention acceptability and implementation.

Discussion: The results of AFRI-c will provide vital information about whether portable HEPA filtration units reduce symptomatic winter respiratory infections in older care home residents. Findings about effectiveness, fidelity, acceptability and cost-effectiveness will support stakeholders to determine the use of HEPA filtration units as part of infection control policies.

**UW ERVARINGEN
INTERESSEREN ONS,
WANT ZE KUNNEN
NUTTIG ZIJN
VOOR ANDEREN.**

**Hierbij kan Noso-info
de link zijn.**

Vertel ons over
uw epidemieën:
aantal gevallen,
welk proces werd op punt gezet,
de bekomen resultaten,
kosten

WEBSITES

■ Websites om nooit te vergeten

- ABIHH - AUVB Association Belge des Infirmiers en Hygiène Hospitalière
<https://www.abihh.be>
- Aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad
<https://www.hgr-css.be/adviezen>
- BAPCOC
<https://www.health.fgov.be/antibiotics>
- Belgian Infection Control Society (BICS)
<https://www.belgianinfectioncontrolsociety.be>
- CDC/HICPAC
<https://www.cdc.gov/hicpac/index.html>
- Healthcare Infection Society (HIS)
<https://www.his.org.uk/>
- Infect Control and Hospital Epidemiology (ICHE)
<https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology>
- Journal of Hospital Infection (JHI)
<https://www.journalofhospitalinfection.com>
- Noso Suisse
<https://www.swissnoso.ch/fr/>
- Noso-info België
<https://www.nosoinfo.be>
- Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie Nederland (SRI)
<https://www.sri-richtlijnen.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen>
- Sciensano
<https://www.sciensano.be>
- The Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA)
<https://shea-online.org>
- WIN, Werkgroep Infectiebeheersing netwerk verpleegkundige
<https://www.netwerkverpleegkunde.be>
- World Health Organization (WHO)
<https://www.who.int/gpsc/en>

WETENSCHAPPELIJKE AGENDA

I Gelieve ons op de hoogte houden van de activiteiten die u organiseert !

- **16 - 19 SEPTEMBER 2025**

International Conference on Prevention and Infection control (ICPIC)

Locatie: Genève, Zwitserland

Inlichtingen: <https://conference.icpic.com/>

- **9 OKTOBER 2025**

Symposium de la Belgian Infection Control Society (BICS)

Videoconferenties

Inlichtingen: Christine Laurent, UCL Namur

Email: christine.laurent@chuucnamur.uclouvain.be

- **19 - 22 OKTOBER 2025**

Society for Health Care Epidemiology of America (SHEA)

ID Week - Annual Meeting of the Infectious Diseases Society of America

Locatie: Atlanta, USA

Renseignements: <https://shea-online.org/events/idweek-2025/>

Email: info@shea-online.org

- **15 - 16 DECEMBER 2025**

46ème Réunion interdisciplinaire de chimiothérapie infectieuse (RICAI)

Locatie: Congres Paleis, Place de la Porte Maillot, 2, Parijs, Frankrijk

Inlichtingen: inscription-ricai@europa-organisation.com

- **3 - 5 JUNI 2026**

36ème Congrès de la Société Française en Hygiène Hospitalière (SF2H)

Locatie: Rijsel, Frankrijk

Inlichtingen: insc-SF2H@europa-organisation.com

I Redactie

Redactie

G. Demaiter, T. De Beer, Y. Glupczynski, K. Matthys
A. Simon, A. Spettante, Y. Velghe, N. Verbraeken.

Redactiecoördinator

A. Simon

Redactiesecretariaat

A. Simon

Email : anne.simon@helora.be

Nosoinfo publiceert artikels, overzichten en correspondenties met betrekking tot infectiepreventie en -beheersing. Deze worden geselecteerd door de redactie en gepubliceerd in het Frans en het Nederlands (vertaling door het tijdschrift). De inhoud van de publicaties blijft uitsluitend onder de verantwoordelijkheid van hun auteurs.

I Onze partners

Voor inlichtingen over Sciensano

www.sciensano.be/nl
info@sciensano.be



Dienst Zorginfecties & Antibioticumresistentie
www.nsih.be
nsih-info@sciensano.be

Netwerk verpleegkunde

Werkgroep Infectiebeheersing Netwerk
verpleegkunde (WIN)

Mevr. Camelia Bogaert

Tel: 02/737 97 83

Email: administratie@netwerkverpleegkunde.be



ABIHH

Voor inlichtingen over ABIHH

Franstalige verpleegkundigen groep

Mevr. Huguette Strale

Tel: 02/555 45 89

Email: info@abh.be

www.ABIHH.be



BICS – Belgian Infection Control Society

Voor inlichtingen over de inschrijving op BICS, gelieve
zich te richten tot de secretaris van BICS :

Universitair Ziekenhuis Erasmus,

Lennikslaan, 808,

1070 Bruxelles.

Tel: 02/555 67 46

Fax: 02/555 85 44

Email: elise.brisart@ulb.ac.be

www.belgianinfectioncontrolsociety.com



LIDGELD BICS :

Inschrijving als lid van BICS (zonder tijdschrift):

Verpleegkundigen 30 €

Artsen 70 €

Artsen in opleiding 30 €

Anderen 55 €

> via www.belgianinfectioncontrolsociety.com

noso info

is ook beschikbaar op internet :
www.nosoinfo.be