

# TIEN OP TIEN VOOR INFECTIEPREVENTIE

## Richtnota voor infectie veilig werken in de huisartsenpraktijk

### 1 Binnenkomen en verlaten van de praktijk

Als patiënten, begeleiders of bezoekers de praktijk binnenkomen, ontsmetten ze de handen met alcoholgel. Iedereen draagt in de praktijk een chirurgisch mondmasker. Bij het verlaten van de praktijk opnieuw de handen ontsmetten. Er is dus steeds voldoende alcoholgel aanwezig bij de ingang en de uitgang van de praktijk.

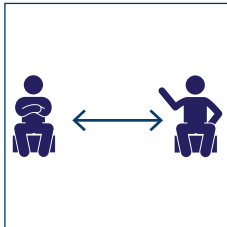


Een plexischerm aan de onthaaldesk is een blijvende routine. Zo kan de onthaalmedewerker eventueel het mondmasker afzetten om patiënten verstaanbaar te woord te staan. Mondmaskers blijven ter beschikking aan het onthaal, voor patiënten en begeleiders. Bij infectiepatiënten is het aangewezen om na gebruik van bancontact de toetsen te desinfecteren. Alle patiënten zitten op anderhalve meter afstand van mekaar. In de wachtzaal hangt of staat ook een CO<sub>2</sub>-meter om de kwaliteit van de binnenlucht te monitoren.

In de wachtzaal kunnen folders uitgestald worden, maar raken patiënten ze niet aan. Wie een folder wil meenemen, vraagt er één aan de onthaalmedewerker. Toiletten worden na elk spreekuur gereinigd en ontsmet.

### 2 Vermijden van patiënt-patiënt overdracht

Personen met een mogelijke infectie komen niet in nauw contact met (kwetsbare) patiënten, om te vermijden dat deze laatsten in de praktijkruimte een besmetting oplopen en ernstig ziek (kunnen) worden. Daarom is het aangewezen om de verblijfsduur en het aantal patiënten te minimaliseren dat tegelijk



in de praktijk (en vooral in de wachtkamer) aanwezig is. Buiten wachten in open lucht, of in de eigen wagen is een mogelijkheid om volle wachtzalen te vermijden.

Een logische, volgende stap is om patiënten met een infectieuze pathologie zoveel mogelijk te scheiden van patiënten die de praktijk bezoeken wegens een niet-infectieuze aandoening. Telefonische triage, selectie aan het onthaal of een bevraging via de online-agenda zijn mogelijkheden om dit te doen. Ook jonge kinderen met een mogelijke infectie-pathologie komen in het infectie-circuit terecht.

Deze opdeling 'infectieus' versus 'niet-infectieus' geldt voor alle mogelijke infecties. Een verhoogde lichaamstemperatuur wijst hoe dan ook op een (mogelijke) infectieuze pathologie. Maar ook zonder koorts kan er een infectie aanwezig zijn. Het klachtenpatroon geeft een aanwijzing van de infectieplaats: luchtwegen, gastro-intestinaal, huid of inwendig.

Het is bijvoorbeeld mogelijk om patiënten met een infectieuze aandoening achtereenvolgens te zien op het einde van het

spreekuur, waarna de contactoppervlakken in de wachtzaal en consultatieruimte extra kunnen ontsmet worden. Ook ventilatie van wachtzaal en consultatieruimte kan dan langdurig gebeuren na verblijf van patiënten met een infectieuze pathologie. Dat laatste is een aandachtspunt, want infectieuze partikels kunnen tot 3 uur na de aanwezigheid van een infectieuze patiënt circuleren in een slecht geventileerde ruimte. Vooral de kleinste aerosoldruppeltjes (<5 micrometer) bevatten de meeste virusdeeltjes.

Teleconsulten beperken het aantal patiënten in de praktijk. Deze manier van consulteren blijkt vooral waardevol bij de opvolging van patiënten en het bespreken van resultaten van onderzoeken. Zo wordt de kans beperkt dat deze kwetsbare patiënten geïnfecteerd worden tijdens hun verblijf in de praktijk.

Elke huisartsenpraktijk maakt zelf uit hoe de scheiding van patiëntenstromen wordt uitgevoerd. Hierbij komen diverse overwegingen in beeld: de lokale infectieuze situatie, praktijktraditie, praktijkorganisatie (afsprakensysteem) en praktijkruimte (beschikbare infrastructuur). Extra aandacht voor een zorgvuldige aanpak vragen kwetsbare patiënten met een (mogelijks) infectieuze pathologie. Komen zij in het infectie-circuit terecht, dan kunnen ze blootgesteld worden aan een extra besmetting. Zitten ze daarentegen in de niet-infectieuze patiëntenstroom, dan kunnen ze hun infectie overdragen naar andere (kwetsbare) personen. Kwetsbare personen met een infectieuze pathologie worden best apart gezien, zonder in contact te komen met andere patiënten, bijvoorbeeld als laatste patiënt aan het einde van een spreekurblok.

Een negatieve zelftest voor Covid-19 is een betrouwbare manier om een patiënt als covid-negatief te beschouwen, maar wanneer deze covid-negatief-geteste patiënt toch klachten heeft van een bovenste luchtweg infectie, hoort hij of zij toch thuis in het infectiespreekuur.

### 3 Begroeten van de patiënt

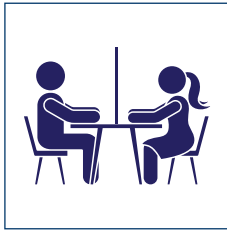
Begroeten gebeurt zonder lichamelijke aanraking: geen handen geven, geen vuistje en ook geen ellebooggroet. Vind je als hulpverlener dat lichamelijk contact tijdens een 'veilige periode' aangewezen is, dan geeft een schouderklopje het minste kans op transmissie van infectiekiemen. Handen geven creëert het hoogste risico op overdracht van diverse pathogene kiemen, zowel respiratoir als gastro-intestinaal.



### 4 Basisbescherming tijdens de anamnese

Een plexischerm op het bureau voorkomt druppelinfectie van patiënt naar arts en vice versa. In epidemische tijden geeft het dragen van een chirurgisch mondmasker extra bescherming. Het vermindert het aantal infectieuze druppeltjes dat in de

omgeving of in de binnenlucht terecht komt, maar houdt de allerkleinste druppels niet tegen; en het zijn net deze mini-druppeltjes die een infectieuze aerosol kunnen vormen. Een FFP2-masker verkleint de kans op het inademen van infectieuze partikels, op voorwaarde dat het masker nauw op de huid aansluit.

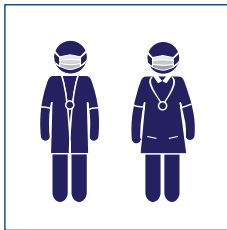


Gebruik het klavier van de computer of het touchscreen en de telefoon/smartphone enkel nadat handhygiëne is toegepast. Wanneer handhygiëne voor het aanraken van het klavier niet systematisch gebeurt, is regelmatige desinfectie van de toetsen of het touchscreen op zijn plaats.

## 5

### Basisbescherming tijdens klinisch onderzoek

Tijdens lichamelijk patiëntencontact is het aangewezen om werkkledij te dragen (doktersjas) met korte mouwen. Elke medewerker met fysiek patiëntencontact draagt een eigen schort. In vergaderruimtes en plaatsen waar geen patiënten onderzocht worden, draagt men geen klinische werkkledij. De medische schort blijft in de consultatieruimte of op een kapstok in de praktijkruimte.



Tijdens het klinisch werk dragen artsen en medewerkers geen sierraden (ringen, armbanden, polshorloges) aan onderarmen, polsen of vingers. Ze hinderen een doeltreffende handhygiëne. Nagels zijn kort geknipt, zonder nagellak. Kunstnagels zijn uit den boze. Lang haar wordt opgebonden of bijeengestoken. Baarden en snorren zijn kort geknipt.

Wat te doen bij hoesten of niezen? Zet op het bureau aan de kant van de dokter én de patiënt een doos papieren zakdoekjes klaar, ook ter hoogte van de onderzoekstafel. Hoest of nies met afgewend gezicht – met het mondk masker ter plaatse – doorheen het mondk masker in een papieren zakdoek, die na gebruik, samen met het mondk masker, bij het restafval terecht komt. Handhygiëne is noodzakelijk na niezen, hoesten of snuiten; waarna een nieuw mondk masker wordt omgedaan.

Bij lichamelijk onderzoek en bij het ausculteren wordt de patiënt van opzij benaderd om te vermijden dat druppels vanuit de luchtwegen op de werkkledij of in het aangezicht terecht komen. Praten tijdens het lichamelijk onderzoek wordt beperkt. Bij onverwacht hoesten of een plotse niesbui houdt de patiënt de elleboogkuil voor mond en neus.

## 6

### Handhygiëne

Voor fysiek contact met de patiënt is handhygiëne aangewezen, evenals vooraleer een schone (bloedname, vingerprik) of aseptische (wondhechting) procedure te starten. Ook na fysiek patiëntencontact en na contact met lichaamsvloeistoffen is handhygiëne aan de orde. Dat is tevens het geval na con-



tact met de omgeving van de patiënt (huisbezoek, of bezoek in de kamer van een patiënt in een woonzorgcentrum).

Handhygiëne omvat 2 procedures: handreiniging en handdesinfectie. Handreiniging (wassen met zeep/water en drogen met een papieren wegwerphanddoekje) is enkel nodig als de handen zichtbaar vervuild zijn of na contact met lichaamsvloeistoffen. Zijn de handen niet bevuild, dan volstaat handdesinfectie met alcoholgel. Na handreiniging met water en zeep is de stap van handdesinfectie niet nodig.

## 7

### Reiniging en desinfectie van oppervlakken

Tijdens een 'infectieraadpleging' is het noodzakelijk om na iedere patiënt de contactoppervlakken aan bureau, stoel en onderzoekstafel te desinfecteren; alsook het gebruikte instrumentarium, zoals de stethoscoop. Bij zichtbare vervuiling of wanneer lichaamsvloeistoffen het oppervlak hebben vervuild, is eerst reinigen met water en zeep aan de orde.



Op het einde van het infectiespreekuur kan een meer grondige reiniging en ontsmetting gebeuren, best door de persoon die het spreekuur op zich nam, want hij/zij draagt al de noodzakelijke beschermkledij. De beschermkledij wordt buiten de gereinigde ruimte uitgetrokken, waarna handhygiëne wordt toegepast.

Tijdens een raadpleging voor niet-infectieuze patiënten is reiniging en ontsmetting na elk patiëntencontact enkel noodzakelijk na zichtbare vervuiling met lichaamsvloeistoffen. Gedurende een lokale of algemene epidemie is het aangewezen om ook tijdens een raadpleging voor niet-infectieuze patiënten systematisch na elk patiëntencontact te reinigen en te ontsmetten.

## 8

### Persoonlijke beschermingsmiddelen

Het al dan niet gebruiken van alle persoonlijke beschermingsmiddelen is een afweging die sterk situatiegebonden is. Daarbij speelt een persoonlijke inschatting mee over de kans op spatten van bloed of secreta in combinatie met het risico op het oplopen van een ernstige infectieuze aandoening of de kans om een infectie (via de hulpverlener) te verspreiden naar andere patiënten.



De arts of verpleegkundige die een infectiespreekuur houdt, draagt volgende beschermmiddelen: een chirurgisch masker of FFP2-masker, een beschermerschort die de werkkledij afdekt, handschoenen en aangezichtsscherm of veiligheidsbril. Na elk consult worden de handschoenen gewisseld en de handen ontsmet. De patiënt draagt in de consultatieruimte altijd een chirurgisch mondk masker.

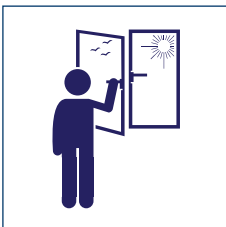
Huisbezoeken bij een reeks patiënten met vermoeden van infectiepathologie, vragen dezelfde beschermingsmaatregelen als in de praktijk, zeker in periodes van seizoensinfecties (griepperiode). De patiënt wordt gevraagd om tijdens het huisbezoek een chirurgisch mondk masker te dragen.

Het is mogelijk dat de beschermerschort het interieur van de wagen besmet. Daarom kan het dragen van een chirurgisch mondmasker (of FFP2-masker) en de bescherming van het aangezicht via bril of spatscherm aangehouden worden, maar worden handschoenen en beschermerschort wel verwisseld na elk patiëntencontact. Ook hier is na het verwijderen van persoonlijke beschermingsmiddelen handhygiëne noodzakelijk. Ook buiten het griepseizoen is het aangewezen om huisbezoeken voor infectieuze pathologie te plannen op het einde van de visiteronde. In die 'veilige' periode van het jaar kan het volstaan om één doktersjas/beschermerschort te dragen voor het beperkt aantal bezoeken aan patiënten met infectietekens, tenzij de beschermerschort bevuild geraakt. De beschermkledij wordt uitgedaan na de visiteronde. Een wegwerpschort komt bij het restafval terecht. Een doktersjas gaat de was in (bij 60°C).

## 9

### Ventilatie en verluchting

Verspreiding van pathogene kiemen kan door direct of indirect contact, maar ook via aerogene weg. Vooral pathogenen van de bovenste luchtwegen kunnen zo overgaan van mens tot mens. Hoe lager de concentratie pathogenen in de lucht, hoe kleiner de kans op een aerogene besmetting.



Het aantal personen in de ruimte, de verblijfsduur en de luchtstroom doorheen de ruimte bepalen de concentratie (mogelijk) pathogene kiemen in de ingeademde lucht.

Ventilatie veronderstelt een constante luchtstroom waarbij (op één uur tijd) alle lucht van de binnenruimte vervangen wordt door buitenlucht. Bij een doeltreffende ventilatie schommelt de CO<sub>2</sub>-concentratie tussen 420 ppm (parts pro million) en de 900 ppm. Wordt de grens van 900 ppm overschreden, dan is verluchten van de binnenruimte aangewezen: ramen/deuren worden open gezet zodat een felle stroom buitenlucht binnenkomt. De verluchting is geslaagd als de CO<sub>2</sub>-concentratie opnieuw deze van de buitenlucht heeft bereikt (420-450 ppm). Een CO<sub>2</sub>-meter helpt om de kwaliteit van de binnenlucht te

bewaken, wat dan weer helpt om in de koude winterperiode een aangename temperatuur in de consultatieruimte te verzekeren zonder daarvoor teveel energie te verspillen. Kies voor een meter met een CO<sub>2</sub>-sensor op basis van 'niet-dispersieve infrarood' (NDIR) en waar de CO<sub>2</sub>-concentratie rechtstreeks op een display zichtbaar is. Een tafelmodel laat toe om de CO<sub>2</sub>-meter op of in de buurt van het bureau te plaatsen, zodat de waarde steeds makkelijk te bekijken is. In de wachtzaal kan geopteerd worden voor een bevestiging aan de muur.

Een CO<sub>2</sub>-meter wordt niet geplaatst in de buurt van een raam of deur, want anders zal de meting niet de werkelijke CO<sub>2</sub>-waarde in de binnenruimte weergeven, maar een lagere waarde. Zorg er ook voor dat de CO<sub>2</sub>-meter meer dan anderhalve meter van personen af staat om geen (foute) te hoge metingen uit te lokken. Om voldoende nauwkeurig te meten, is kalibreren belangrijk. Een CO<sub>2</sub>-meter met een zelf-kalibrerende functie (ABC: Automatic Background Calibration) is het makkelijkst in gebruik. Bij het aanzetten van een CO<sub>2</sub>-meter treedt een stabilisatieperiode van enkele minuten in voordat de werkelijke concentratie in de binnenruimte op het scherm verschijnt.

## 10

### Vermijden van dokter naar patiënt overdracht

Wie zich ziek voelt, blijft thuis; en zeker als er stijging van de lichaamstemperatuur is. Dat geldt ook voor hulpverleners in de eerste lijn. Zijn de symptomen licht, en is werken (nog) mogelijk, dan is teleconsulten houden een alternatief, of administratief werk opnemen van thuis uit. Het is beter om, zelfs met lichte klachten, niet naar de praktijk te komen om collega's en medewerkers niet te besmetten.



Is het onvermijdelijk om met lichte klachten van een bovenste luchtweginfectie toch klinisch werk te verrichten, dan neemt de arts extra maatregelen: dragen van een FFP2-masker tijdens het hele consult en nog strenger toezien op ventilatie en verluchting van de spreekkamer.

Deze richtnota voor infectie veilig werken is gebaseerd op documenten van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Eindredactie: Dirk Avonts

Input: Emmily Schaubroeck, Marijke Plovie, Marieke Geijsels, Wim Schippers, Stefan Teughels, Roel van Giel en Greet Van Kersschaever.