Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

AANPAK (VERMOEDEN VAN) UITBRAAK ACUTE LUCHTWEGINFECTIES IN WOONZORGCENTRA

Basistekst februari 2026

DEPARTEMENT
ZORG

www.departementzorg.be

VERSIEBEHEER:

Februari 2026:

- Update van het advies ‘Aanpak van (vermoeden van) uitbraak van influenza in woonzorgcentra’ met uitbreiding naar acute luchtweginfecties
- Inclusie van BAPCOC advies Influenza 2026 mbt antivirale middelen

INHOUD

VERSIEBEHEER 2

1 KERNBOODSCHAPPEN 4
> Pas steeds de algemene voorzorgsmaatregelen toe 4
> Wees voorbereid 4
> Neem de gepaste bijkomende maatregelen in elke fase van de uitbraak 4

2 ALTIJD ALGEMENE VOORZORGSMAATREGELEN TOEPASSEN 5

3 WEES VOORBEREID 5
3.1 Vaccinatie van bewoners en personeel 5
3.2 Opleiding 5
3.3 Materiaal 5
3.4 Belang van ventileren en verluchten 6
3.5 Wees waakzaam voor symptomen van acute luchtweginfecties 6
3.6 Volg het 'winterplan luchtweginffecties' 6
3.7 Denk op voorhand na over mogelijke inzet antivirale middelen influenza 6

4 DEFINITIES 7
4.1 Acute luchtweginfectie 7
4.2 Definitie uitbraak van acute luchtweginfecties 7

5 MAATREGELEN 7
5.1 Bij een (vermoeden van een) geval van acute luchtweginfectie 7
5.2 Bij een vermoeden van een uitbraak van acute luchtweginfecties 8
5.3 Bevestigde uitbraak van acute luchtweginfecties 9
5.4 Controle en afbouw 10

6 GERAADPLEEGDE BRONNEN 11

BIJLAGE 1 BAPCOC ADVIES INFLUENZA 2026 (CEBAM VALIDATIE VOORZIEN APRIL 2026): BEHANDELING / POSTEXPOSITIEPROFYLAXE ANTIVIRALE MIDDELEN 12

BIJLAGE 2 GEVALSDEFINITIES ARI EN ILI (ECDC) 17

BIJLAGE 3 HYGIËNEKAART DRUPPELISOLATIE 18

BIJLAGE 4 AFNEMEN NASOFARYNGEAAL STAAL 19

1 KERNBOODSCHAPPEN

Influenza, COVID-19, RSV en andere luchtweginfecties zijn een belangrijke oorzaak van morbiditeit, hospitalisatie en overlijden bij ouderen die meer gevoelig en kwetsbaar zijn voor ernstige ziekte. Luchtweginfecties kunnen zich in woonzorgcentra (WZC) snel verspreiden door intensief contact tussen bewoners onderling en tussen bewoners en de zorgverleners.
Dit document bespreekt de maatregelen die moeten genomen worden bij een (vermoeden van een) uitbraak met acute luchtweginfecties in een woonzorgcentrum. Deze maatregelen komen bovenop de algemene voorzorgsmaatregelen die ten allen tijde van toepassing zijn.

> PAS STEEDS DE ALGEMENE VOORZORGSMAATREGELEN TOE

> WEES VOORBEREID

- Vaccineer zorgpersoneel en bewoners volgens de adviezen van de HGR (influenza, COVID-19, RSV, pneumokokken).
- Leid personeel op in algemene voorzorgsmaatregelen en omgevingshygiëne. Geef ook opleiding in het herkennen van symptomen van acute luchtweginfecties en het nemen van de bijkomende maatregelen
- Wees steeds waakzaam voor symptomen van acute luchtweginfecties en neem de gepaste bijkomende maatregelen.
- Voorzie voldoende materiaal zoals handalcohol, mondneusmaskers… om de nodige druppelvoorzorgsmaatregelen bij een uitbraak snel te kunnen instellen (stockbeheer).
- Heb aandacht voor ventileren en verluchten zie kwaliteitshandboek en leidraad voor WZC via Gezond binnen | Departement Zorg.
- Denk na over maatregelen bij personeelsuitval (business continuity plan).
- Volg het 'Winterplan luchtweginfecties' en respecteer de maatregelen horend bij het waakzaamheidsniveau (code groen, geel, oranje, rood)
- Denk op voorhand na over mogelijke inzet van behandeling/postexpositieprofylaxe met antivirale middelen bij uitbraak influenza (zie bijlage 1: BAPCOC advies influenza 2026 behandeling / postexpositieprofylaxe antivirale middelen)

> NEEM DE GEPASTE BIJKOMENDE MAATREGELEN IN ELKE FASE VAN DE UITBRAAK

2 ALTIJD ALGEMENE VOORZORGSMAATREGELEN TOEPASSEN

Algemene voorzorgsmaatregelen zijn maatregelen die altijd bij elke bewoner moeten toegepast worden, ongeacht hun infectieuze status. We verwijzen hiervoor naar het 'Werkinstrument infectiepreventiebeleid in Vlaamse woonzorgcentra'.

3 WEES VOORBEREID

3.1 VACCINATIE VAN BEWONERS EN PERSONEEL

Vaccinatie van bewoners en personeel in woonzorgcentra/zorgvoorzieningen voor langdurig verblijf tegen seizoensgriep en COVID-19 is een centrale pijler bij het beperken van het risico op uitbraken door influenza of COVID-19 en het verminderen van het risico op ernstige infecties.

- De Hoge Gezondheidsraad (HGR) beveelt een jaarlijkse griep- en COVID-vaccinatie aan voor personen die verblijven in een instelling en voor personen vanaf 65 jaar (risico op complicaties). Bewoners van woonzorgcentra laten zich best ook vaccineren tegen RSV. Voor deze groep is terugbetaling voorzien voor deze 3 vaccins (gedeeltelijke terugbetaling voor RSV). Pneumokokkenvaccinatie wordt aanbevolen voor bewoners tussen 65 jaar en 80 jaar en er is een terugbetaling onder bepaalde voorwaarden.
  Meer info: vaccinatie voor volwassenen (zie vaccinaties 65+)
- De HGR raadt ook aan om personen werkzaam in de gezondheidszorg jaarlijks te vaccineren [1]. Dit vermindert zowel de transmissie van influenza en COVID-19 infectie bij het verzorgend personeel als influenza of COVID-19 gerelateerde ziekte en overlijden bij bewoners met een verhoogd risico op een ernstige influenza/COVID-19 infectie.
- De keuze van de vaccins gebeurt volgens de aanbevelingen van de HGR.

3.2 OPLEIDING

Zorg ervoor dat het personeel de symptomen en tekens van acute luchtweginfecties kent en opgeleid is in infectiepreventie (algemene en bijkomende voorzorgsmaatregelen, omgevingshygiëne) en in het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen. Ook het schoonmaakpersoneel dient goed opgeleid te zijn.

3.3 MATERIAAL

Voorzie voldoende mondneusmaskers om de druppelvoorzorgsmaatregelen te nemen bij acute luchtweginfecties (standaard chirurgische mondneusmaskers, voorzie ook FFP2 maskers indien aerosolgenererende handelingen (bv. zorg aan tracheotomie, aspiratie, aërsoltherapie)). Van zorgvoorzieningen voor langdurige zorg wordt gevraagd om een stock van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) voor minimaal 1 maand en idealiter 3 maand te voorzien.

3.4 BELANG VAN VENTILEREN EN VERLUCHTEN

Ventileren is belangrijk omdat een slechte luchtkwaliteit een veelvoorkomende en onzichtbare bron voor gezondheidsproblemen is. Zonder verse lucht in de ruimtes krijgen virusdeeltjes vrij spel en besmetten mensen elkaar razendsnel. Daarnaast zijn er nog redenen om goed te ventileren en te verluchten. Afgesloten binnenlucht krijgt voortdurend te maken met vervuiling: vocht, geurstoffen, fijnstof en vluchtige organische componenten. Die vervuilde binnenlucht maakt ruimtes muf en veroorzaakt vermoeidheid, geurhinder, oogirritaties, ademhalingsproblemen en hoofdpijn. Dat heeft ook een negatieve impact op het mentale welzijn. Ventileren en aanvullend verluchten is dus de boodschap.
Specifiek voor woonzorgcentra werd een kwaliteitskader voor ventilatie ontwikkeld, met een kwaliteitshandboek ventilatie als referentiedocument, een ventilatieaudit en een leidraad ventilatieplan om ventilatie structureel in het beleid van de voorziening te integreren. Ook voor andere sectoren zijn kwaliteitshandboeken en leidraden te raadplegen via Gezond binnen | Departement Zorg

> Regelgeving mbt ventilatie en verscherpen ventilatie bij (vermoeden van) een uitbraak van respiratoire infecties
> De infrastructurele erkenningsvoorwaarden voor woonzorgcentra vereisen voor alle verblijfsruimten een maximumwaarde voor de CO_2-concentratie van 1200 ppm en een richtwaarde van 900 ppm. De CO_2-concentratie is in de volgende gevallen maximaal 900 ppm:
> 1° bij dreigingsniveau oranje, dreigingsniveau rood of dreigingsniveau onbekend zoals gedefinieerd door de Respi-radar en bepaald en gevalideerd door RAG of RMG;
> 2° bij een (vermoeden van een) uitbraak van respiratoire infecties in het woonzorgcentrum.

3.5 WEES WAAKZAAM VOOR SYMPTOMEN VAN ACUTE LUCHTWEGINFECTIES

Wees waakzaam voor symptomen van acute luchtweginfecties (zie 4.1). Ook buiten het winterseizoen kunnen gevallen / uitbraken van acute luchtweginfecties zich voordoen. Neem ook dan de nodige maatregelen.

3.6 VOLG HET 'WINTERPLAN LUCHTWEGINFFECTIES'

Volg het 'Winterplan luchtweginfecties' en respecteer de maatregelen horend bij het waakzaamheids-niveau (code groen, geel, oranje, rood).

3.7 DENK OP VOORHAND NA OVER MOGELIJKE INZET ANTIVIRALE MIDDELEN INFLUENZA

Denk op voorhand na over mogelijke inzet van antivirale middelen voor behandeling/postexpositieprofylaxe **bij uitbraak influenza** (zie bijlage 1 BAPCOC advies Influenza[1]):

> Logistieke modaliteiten: stem af met apotheek besteltermijn (korte termijn beschikbaar?), grootte-orde van de bestelling (wat bij grote bestelling?)
> Zicht op nierfuncties van bewoners ifv dosisaanpassing
> Informeren huisartsen/mantelzorgers/bewoners

[1] *Het BAPCOC advies antivirale middelen bij influenza (2026) wordt door de BAPCOC ter beschikking gesteld, advies werd nog niet CEBAM gevalideerd (verwacht april 2026)*

4 DEFINITIES

4.1 ACUTE LUCHTWEGINFECTIE

Voor de gevalsdefinities van ILI (Influenza Like Illness) en ARI (Acute Respiratory Infection) voorgesteld door de European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) verwijzen we naar bijlage 2.

Bij acute luchtweginfecties (ARI en ILI) staat een acuut begin van de symptomen voorop. Frequente symptomen zijn koorts/koortsgevoel, algemene malaise, hoest, keelpijn… Symptomen van acute luchtweginfecties kunnen sterk verschillen naargelang de populatie, aanwezigheid van comorbiditeiten, immuniteit. **Bij oudere personen kan een plotse (functionele) achteruitgang, vallen en verwardheid ook een alarmsignaal zijn van acute luchtweginfecties.**

Een geval van acute luchtweginfectie met een positief laboratorium resultaat voor influenza, COVID-19, RSV of een ander acute luchtweginfectie passend bij gevalsdefinitie is een **bevestigd geval**.

4.2 DEFINITIE UITBRAAK VAN ACUTE LUCHTWEGINFECTIES

Een uitbraak van acute luchtweginfecties wordt gedefinieerd als 2 of meer gevallen die epidemiologisch gelinkt zijn (bv. zelfde afdeling/leefgroep), binnen een tijdsperiode van ca. 5 dagen.

5 MAATREGELEN

In dit hoofdstuk geven we handvaten voor de aanpak van een uitbraak van acute luchtweginfecties. Hieronder geven we stapsgewijs mee in elke fase van de uitbraak welke maatregelen moeten genomen worden.

Flow van uitbraak

1/ Signaal (eerste geval)--> 2/ Vermoedelijke uitbraak --> 3/ Bevestigde uitbraak ➔ 4. Controle/afbouw

5.1 BIJ EEN (VERMOEDEN VAN EEN) GEVAL VAN ACUTE LUCHTWEGINFECTIE

- **Isoleer** de zieke bewoner (bij voorkeur) in een éénpersoonskamer (hygiënekaart druppelisolatie zie bijlage 3) en pas de **druppelvoorzorgsmaatregelen** toe.
  - Draag een chirurgisch mondneusmasker (FFP2 masker indien aerosolgenererende handelingen) vóór het betreden van de kamer van de zieke bewoner en verwijder die na het verlaten van de kamer en deponeer het in een afvalcontainer. Pas daarna handhygiëne toe.

- Instrueer **bezoekers** over het belang van het nemen van de voorzorgsmaatregelen. Indien bezoek bij verschillende bewoners: bezoek de zieke bewoners als laatste.

- Zorg voor een goede **omgevingshygiëne**: standaardprocedures reiniging en desinfectie blijven gelden. Besteed extra aandacht aan high-touch punten in de kamer van de bewoner en de sanitaire ruimte. Cfr. hoofdstuk omgevingshygiëne in werkinstrument infectiepreventiebeleid WZC

- Neem de kamer van zieke bewoner als laatste op in de schoonmaakplanning.

- Voor eetgerei gelden geen extra maatregelen

- Verwittig bij transfer naar een andere zorginstelling het personeel over de vermoedelijke of bevestigde diagnose van acute luchtweginfectie zodat men de nodige voorzorgsmaatregelen kan nemen.

- Test voor diagnosestelling indien klinisch relevant – cfr. overweging inzet antivirale middelen bij influenza (zie BAPCOC advies, bijlage 1)

5.2 BIJ EEN VERMOEDEN VAN EEN UITBRAAK VAN ACUTE LUCHTWEGINFECTIES

- Neem **bij elke bewoner** met acute luchtweginfectie de druppel voorzorgsmaatregelen (cfr. 5.1)

- WACHT NIET op laboresultaten om **uitbraakmaatregelen** te starten:
  - tijdelijke stop op de getroffen afdeling van deelname aan:
    - Gemeenschappelijke activiteiten
    - Gemeenschappelijke maaltijden
  - Splits indien mogelijk personeel op: zorg bij voorkeur voor een vaste groep medewerkers die de zieke bewoners verzorgt. Beperk de verplaatsing van personeel naar niet getroffen afdelingen.
  - Versterken maskerdracht: medewerkers die op een getroffen afdeling werken, dragen een chirurgisch mondneusmasker ongeacht als ze een bewoner met of zonder klachten verzorgen. Ook bezoek draagt een chirurgisch mondneusmasker bij betreden van deze afdeling.
  - Een opnamestop van niet-geïnfecteerde bewoners naar de getroffen afdeling(en) is wenselijk om te voorkomen dat nieuwe bewoners blootgesteld worden.
  - Besteed extra aandacht aan handhygiëne
  - Plan de schoonmaak van de getroffen afdeling en kamers zieke bewoners als laatste in de schoonmaakplanning.
  - Verscherpen ventilatie: de maximale CO_2 concentratie in alle verblijfsruimten bedraagt maximaal 900 ppm (zie 3.4 ventileren en verluchten erkenningsvoorwaarden WZC).
  - **Vaccinatie**
    - Overweeg vaccinatie tegen influenza en COVID-19 bij ongevaccineerde bewoners. Dit zal weinig tot geen effect hebben op de huidige uitbraak (het duurt namelijk twee weken vooraleer de vaccinatie beschermend werkt), maar kan bij latere circulatie van het influenza of COVID-19 preventief zijn.
    - Overweeg ook vaccinatie tegen influenza en COVID-19 bij ongevaccineerd personeel.
    - Geen herhaalvaccinatie voor reeds gevaccineerden.

- **Teststrategie**
  - Een uitbraak van acute luchtweginfecties (2 of meer gevallen) is een indicatie om te testen. Het wordt aanbevolen **om 3 tot maximaal 5 bewoners** te testen bij de start van een uitbraak. Bij uitbreiden van de uitbraak naar (een) andere afdeling(en), kan overwogen

worden op deze afdeling(en) ook max. 3-5 bewoners te testen [3]. Neem de testen af bij personen bij wie de symptomen recent zijn ontstaan .

- Bij een uitbraak kunnen verschillende respiratoire pathogenen gelijktijdig circuleren.
- Testen gebeuren **bij voorkeur via PCR**. De sensitiviteit van PCR is hoger dan van antigen testen. Neem hiervoor een nasofaryngeale swab af (katoen, Dacron of liefst flocked swabs in een universeel of virustransportmilieu) (hoe staal afnemen – zie bijlage 4).
- Neem contact op met het labo en vraag om de testen spoedig te behandelen, dit voor eventuele tijdige opstart antivirale behandeling /postexpositieprofylaxe bij influenza-uitbraak (zie 5.3).
- **Bij een negatieve (antigeen)sneltest** en **sterke klinische verdenking** wordt geadviseerd om voor een definitieve diagnose alsnog een **PCR** in te zetten.

> **Organisatorische maatregelen en communicatie**
  - Stel een **outbreakmanagementteam** samen (CRA, hoofdverpleegkundige betrokken afdeling, directie verpleging, …).
  - **Informeer en instrueer** personeel (inclusief schoonmaakpersoneel en paramedici), bewoners, bezoekende (para)medici zoals huisartsen en kinesisten, bezoekers, vrijwilligers, kappers en volg de naleving van de instructies op.
  - Maak een **overzicht met het aantal zieken**, start en einde klachten, welke klachten, de te nemen maatregelen, kamernummer en afdeling, resultaten PCR en outcome. Maak hierbij een onderscheid tussen bewoners en personeel.
  - **Voorzie voldoende materiaal**: persoonlijke beschermingsmiddelen, handalcohol en schoonmaakmiddelen.
  - Voer **dagelijks actief surveillance** uit (e.g. koorts en respiratoire klachten bij bewoners en personeel) tot ten minste 1 week nadat het laatste geval heeft plaatsgevonden. Dit laat toe om tijdig de nodige voorzorgsmaatregelen op te starten of aan te passen.
  - **Informeer de bezoekers** over de te nemen voorzorgsmaatregelen. Zieke bewoners worden als laatste bezocht.

> Indien u advies nodig heeft, kan u steeds het team Infectieziektebestrijding van Departement Zorg contacteren.

5.3 BEVESTIGDE UITBRAAK VAN ACUTE LUCHTWEGINFECTIES

> **Pathogeen gekend** (influenza / RSV / COVID-19 / andere acute luchtweginfectie zoals humaan metapneumovirus / gemengd).

> De maatregelen beschreven bij ‘vermoeden van een uitbraak’ (zie 5.2) blijven gelden.

> Indien het gaat om een **bevestigde influenza uitbraak**, kan de **overweging** gemaakt worden om **antivirale behandeling en postexpositieprofylaxe (oseltamivir)** te starten. De **BAPCOC** formuleerde hieromtrent een **advies**, gebaseerd op een consensus agreement. Dit advies wordt reeds ter beschikking gesteld, maar ondergaat momenteel nog CEBAM validatie[2]. Het volledige advies vindt u in bijlage 1.
  - Overweeg oseltamivir alleen bij patiënten met een zeer hoog risico op een ernstig beloop, ongeacht vaccinatiestatus, bij voorkeur < 48 uur na de start van de symptomen

[2] ** Het BAPCOC advies antivirallde middelen bij influenza wordt door de BAPCOC ter beschikking gesteld, advies werd nog niet CEBAM gevalideerd*

(behandeling) of < 48uur na contact met de geïnfecteerde persoon (postexpositieprofylaxe):

- Patiënten met een ernstig verminderde afweer, bijvoorbeeld als gevolg van recente chemotherapie of een ernstige afweerstoornis, die onder behandeling zijn van een medisch specialist
- Patiënten met ernstig lever-of nierfalen of ernstige cardiale of pulmonale aandoeningen, die ondanks medicatie een grote kans hebben op decompensatie
- Kwetsbare ouderen met een score van 5, 6 of 7 (mild, matig, ernstig frail) op de clinical frailty scale

Bij deze overwegingen dienen de voor-en nadelen te worden besproken, contra-indicaties,… Hou ook rekening met nodige dosisaanpassingen (cfr. eGFR) en onderscheid in dosis en tijdsduur tussen behandeling en postexpositieprofylaxe.

Volgende handvaten kunnen helpen bij het maken van de overweging tot opstart van antivirale middelen in een uitbraaksetting:

- Snelheid van de uitbraak
- Ernst van de uitbraak
- Omvang van de uitbraak
- Setting: afdeling met kwetsbare bewoners, gesloten afdeling…

5.4 CONTROLE EN AFBOUW

- Zieke bewoners
  - Blijven in druppelisolatie tot de acute klachten voorbij zijn (tot klinische verbetering én minstens 24 uur koortsvrij (zonder antipyretica) – voor immuungecompromitteerde bewoners in overleg met clinicus)
  - Blijven op de uitbraakafdeling

- Zieke personeelsleden/bezoekers
  - Bij terugkeer (klinisch herstel en koortsvrij): na de periode van acute ziekte, al dan niet in aanwezigheid van nog milderende symptomen, draag een chirurgisch mondneusmasker tot het verdwijnen van de ziektesymptomen en gedurende minstens 5 dagen na de start van de symptomen

- Uitbraakmaatregelen blijven gelden tot minstens 1 week na laatste geval met acute luchtweginfectie op de afdeling:
  - Actief surveillance aanhouden
  - Stoppen druppelisolatie naargelang evolutie
  - Bekijk stapsgewijze heropstart van gemeenschappelijke activiteiten/maaltijden / afdelingsoverschrijdende activiteiten
  - Bekijk stapsgewijze afbouw van gesplitste personeelsverdeling (afhankelijk van aantal zieke bewoners op een afdeling, eventueel vroeger afbouwen)
  - Herbekijken noodzaak afdelingsbreed gebruik van mondneusmaskers
  - Communiceer naar alle betrokkenen over stapsgewijze afbouw en/of stopzetten van uitbraakmaatregelen

6 GERAADPLEEGDE BRONNEN

1. HGR adviezen vaccinatie: Adviezen - Hoge Gezondheidsraad en Bescherm jezelf deze winter : meerdere vaccinaties tegen luchtweginfecties voor 65-plussers - Hoge Gezondheidsraad
2. Ventilatie in woonzorgcentra: Gezond binnen | Departement Zorg
3. Winterplan luchtweginfecties: Winterplan Luchtweginfecties | FOD Volksgezondheid
4. Werkinstrument Infectiepreventiebeleid in Vlaamse woonzorgcentra Departement Zorg: Werkinstrument Infectiepreventiebeleid Vlaamse woonzorgcentra_jan2020.pdf.pdf
5. ECDC Case definitions: EU case definitions for respiratory viruses
6. UK guide Management of acute respiratory infections in oubreaks in care homes- July 2024: Management of acute respiratory infection outbreaks in care homes guidance - GOV.UK
7. LCI richtlijn Influenza in instellingen voor langdurig verblijf: Influenza in instellingen voor langdurig verblijf | LCI-richtlijnen
8. Hygiënekaart druppelisolatie: Hygiënekaarten
9. BAPCOC advies influenza 2026 (zie bijlage 1)

BIJLAGE 1 BAPCOC ADVIES INFLUENZA 2026 (CEBAM VALIDATIE VOORZIEN APRIL 2026): BEHANDELING / POSTEXPOSITIEPROFYLAXE ANTIVIRALE MIDDELEN

7. Influenza

Inleiding

Antivirale middelen hebben in regel bij kinderen en volwassenen geen klinisch relevant effect op het voorkomen van complicaties, noch op de duur en de ernst van de klachten.

Voor specifieke subpopulaties met een zeer hoog risico op een ernstig beloop dienen de voor- en nadelen te worden besproken van eventuele behandeling of postexpositie profylaxis als de patiënt contact opneemt kort na het ontstaan van symptomen of kort na contact met een geïnfecteerde persoon.

Afwegingen voor postexpositieprofylaxe zijn dat oseltamivir mogelijks een influenzavirusinfectie kan voorkomen maar dat het wel bijwerkingen kan geven (voornamelijk misselijkheid en braken) en kosten met zich meebrengt. Als er bij deze zeer beperkte groep gekozen wordt voor een behandeling of postexpositieprofylaxe wordt deze best direct gestart, ongeacht influenza vaccinatiestatus, en gestopt bij een negatieve PCR voor influenza.

Klinische vragen

1. Wanneer een antiviraal middel gebruiken bij een influenza infectie?
2. Wanneer is postexpositieprofylaxe (antivirale therapie) geïndiceerd na contact met een persoon met influenza?
3. Wat is de antimicrobiële behandeling voor influenza of influenza postexpositieprofylaxe indien deze geïndiceerd is?

Aanbevelingen

Indicaties voor antimicrobiële behandeling

We bevelen behandeling met antivirale middelen niet aan bij patiënten met (vermoeden van) influenza.

Overweeg oseltamivir alleen bij patiënten met een ***zeer* hoog risico op een ernstig beloop**, ongeacht vaccinatiestatus, bij voorkeur < 48 uur na de start van de symptomen (CA):

- Patiënten met een ernstig verminderde afweer, bijvoorbeeld als gevolg van recente chemotherapie of een ernstige afweerstoornis, die onder behandeling zijn van een medisch specialist
- Patiënten met ernstig lever- of nierfalen of ernstige cardiale of pulmonale aandoeningen, die ondanks medicatie een grote kans hebben op decompensatie
- Kwetsbare ouderen met een score van 5, 6 of 7 (mild, matig, ernstig frail) op de clinical frailty scale (Rockwood et al., 2005)

Indicaties voor postexpositieprofylaxe

We bevelen postexpositieprofylaxe niet aan na contact met een persoon met (vermoeden van) influenza.

Overweeg oseltamivir als **postexpositieprofylaxe** alleen bij patiënten met een **zeer hoog risico op een ernstig beloop**, ongeacht vaccinatiestatus, bij voorkeur < 48 uur na contact met de geïnfecteerde persoon (bvb. bewezen influenzavirusinfectie binnen het huishouden):

- Patiënten met een ernstig verminderde afweer, bijvoorbeeld als gevolg van recente chemotherapie of een ernstige afweerstoornis, die onder behandeling zijn van een medisch specialist
- Patiënten met ernstig lever- of nierfalen of ernstige cardiale of pulmonale aandoeningen, die ondanks medicatie een grote kans hebben op decompensatie
- Kwetsbare ouderen met een score van 5, 6 of 7 (mild, matig, ernstig frail) op de clinical frailty scale (Rockwood et al., 2005)

Antimicrobiële behandeling voor influenza

Volwassene of kind ≥ 40 kg: oseltamivir 2x 75 mg per dag gedurende 5 dagen

- Bij een eGFR 30-50 ml/min/1,73 m2: 2x 30 mg per dag gedurende 5 dagen
- Bij een eGFR 10-30 ml/min/1,73 m2: 1x 30 mg per dag gedurende 5 dagen

Kind: oseltamivir gedurende 5 dagen

- À terme pasgeborene: 6 mg/kg/dag in 2 giften
- 1 maand tot 1 jaar: 6 mg/kg/dag in 2 giften. Max: 60 mg/dag.
- ≥ 1 jaar en 10 tot 15 kg: 60 mg/dag in 2 giften
- ≥ 1 jaar en 15 tot 24 kg: 90 mg/dag in 2 giften
- ≥ 1 jaar en 24 tot 40 kg: 120 mg/dag in 2 giften

Antimicrobiële postexpositieprofylaxe voor influenza

Volwassene of kind ≥ 40 kg: oseltamivir 1x 75 mg per dag gedurende 10 dagen

- eGFR 30-50: 1x 30 mg per dag
- eGFR 10-30: 30 mg om de 2 dagen

Kind: oseltamivir gedurende 10 dagen

- À terme pasgeborene: 3 mg/kg/dag in 1 gift
- 1 maand tot 1 jaar: 3 mg/kg/dag in 1 gift. Max: 30 mg/dag.
- ≥ 1 jaar en 10 tot 15 kg: 30 mg/dag in 1 gift
- ≥ 1 jaar en 15 tot 24 kg: 45 mg/dag in 1 gift
- ≥ 1 jaar en 24 tot 40 kg: 120 mg/dag in 1 gift

Rationale

De NHG-behandelrichtlijn influenza v1.3 (Bouma et al., 2022) laatst aangepast in juli 2024 geeft een antwoord op de drie klinische vragen. De uitgebreide onderbouwing voor de aanbevelingen kan worden teruggevonden op NHG.

De aanbeveling om geen antibiotica aan te bevelen bij patiënten met (vermoeden van) influenza is gebaseerd op een RCT in de eerste lijn met 3.266 deelnemers (3.059 PCR bevestigde influenza) van 1 jaar en ouder uit 15 Europese landen (inclusief België)(Butler et al., 2020) gedurende 3 opeenvolgende griepseizoenen (2016-2018) die het effect van oseltamivir op ziekteduur evalueerde en een Cochrane van 2014 (Jefferson et al., 2014) die het effect op

ziekteduur, ziekenhuisopname, complicaties, pneumonie en bijwerkingen evalueerde. oseltamivir geeft mogelijk geen of nauwelijks verschil in ziekenhuisopnames, sterfte en duur van klachten (gemiddeld 0,7 dag korter bij patiënten met influenza achtig beeld, 1,1 dag korter bij patiënten met positieve serologie); voorkomt mogelijk complicaties, zoals een pneumonie; en verkort mogelijk de tijd tot volledig herstel bij patiënten met een influenza achtig beeld (gemiddeld 1 dag korter); maar geeft mogelijk vaker misselijkheid en braken als bijwerkingen. Op basis van deze gegevens werd een sterke aanbeveling geformuleerd met een lage bewijskracht tegen het gebruik van antivirale middelen voor het behandelen van influenza.

Met toenemende leeftijd, ernstiger ziek zijn, co morbiditeit en een presentatie na 48 uur was er in de RCT (Butler et al., 2020) een tendens tot meer effect van oseltamivir op de ziekteduur. Deze evidentie werd als onvoldoende beschouwd om een aanbeveling voor hoog risicogroepen te onderbouwen. Het advies om zo vroeg mogelijk een behandeling te starten is gebaseerd op een kleine RCT (n=134) bij ambulante patiënten (McLean et al., 2015), waar geen effect werd gevonden op ziekteduur of ernst van de ziekte bij het starten 48 tot 119 uur na de start van de symptomen. De aanbeveling om bij personen met een zeer ernstig risico op een ernstig beloop een behandeling op te starten is in de NHG gebaseerd op consensus.

NHG vermeldt kwetsbare ouderen als groep waar antivirale middelen kunnen overwogen worden. De interne werkgroep besliste echter dat kwetsbare ouderen een te vaag concept is en mogelijks kan leiden tot overgebruik van antivirale middelen. Daarom werd deze term vervangen door kwetsbare ouderen met een score van 5, 6 of 7 (mild, matig, ernstig frail) op de clinical fraity scale (Rockwood et al., 2005). Deze aangepaste groep en de twee andere groepen uit de NHG-aanbeveling werden meegenomen in de Delphi-procedure waar er in de eerste ronde consensus werd bereikt. Stellingen die goedgekeurd werden op basis van consensus in een Delphi procedure werden aangeduid met "CA".

NHG beveelt postexpositieprofylaxe enkel aan bij personen met een zeer hoog risico op een ernstig beloop. Ze verwijzen naar een artikel over postexpositieprofylaxe voor ouderen in een residentiële voorziening (Peters et al., 2001). Als onderbouwing van oseltamivir voor postexpositieprofylaxe in de algemene bevolking verwijst NHG naar een Cochrane review (Jefferson et al., 2014) zonder latere update. Deze vindt dat er om 1 symptomatische influenza te vermijden bij een huishoudcontact van iemand met influenza er 7 mensen moeten behandeld worden om één geval te vermijden (NNTB=7). Als bijwerkingen in oseltamivir prophylaxis studies worden gerapporteerd: neuropsychiatrische effecten tijdens en na de behandeling met NNTH = 94 (95% BI 36 tot 1538), hoofdpijn tijdens de behandeling met NNTH = 32 (95% BI 18 tot 115), nierprobleem tijdens behandeling met NNTH = 150 (NNTH 35 tot NNTB > 1000) en misselijkheid tijdens behandeling met NNTH = 25 (95% BI 11 tot 116).

Oseltamivir wordt in recente studies over behandeling en postexpositieprofylaxe van seizoensgriep weerhouden omwille van zijn mogelijke effectiviteit voor zowel influenza A als influenza B infecties. De posologie voorgesteld door NHG werd hier overgenomen en voorgelegd aan de expertgroep. De duur van de behandeling en de dosis en toedieningswijze bij volwassenen werd behouden. Voor kinderen werd de dosering aangepast op basis van gewicht.

Overwegingen

De uitgebreide overwegingen van elk van de bovenstaande aanbevelingen kunnen teruggevonden worden in de NHG-richtlijn (Bouma et al., 2022).

Algemene overwegingen gerelateerd aan het gebruik van antimicrobiële middelen zijn terug te vinden in de inleiding van deze gids.

Voor-en nadelen (Benefits and harms)
De voordelen van antivirale middelen lijken voor de meeste personen niet op te wegen tegen de nadelen omdat we onzeker zijn of deze middelen de kans op sterfte, ziekenhuisopname of complicaties verminderen, er bijwerkingen kunnen optreden (voornamelijk misselijkheid en braken) en er resistentie kan ontstaan.

Zekerheid van het bewijs (evidentie)
Er is weinig evidentie en de kwaliteit van evidentie over de voor -en nadelen van oseltamivir is laag

Kosten (Resources)
oseltamivir wordt momenteel niet vergoed door de ziekteverzekering, dus is ten laste van de patiënt

Gelijkheid (Equity)
De kost van oseltamivir kan ervoor zorgen dat deze medicatie niet voor iedereen even gemakkelijk kan worden bekomen.

Referenties

Bouma, M., Cals, J., Greving, J., Jongerius, S., Loogman, M., Nijs, M., Van de Pol, A., Riezebos-Brilman, A., Spijkers, K., Van de Veerdonk, F., & Venekamp, R. (2022). *NHG-behandelrichtlijn: Influenza (laatste aanpassing juli 2024)*. https://richtlijnen.nhg.org/behandelrichtlijnen/influenza

Butler, C. C., van der Velden, A. W., Bongard, E., Saville, B. R., Holmes, J., Coenen, S., Cook, J., Francis, N. A., Lewis, R. J., Godycki-Cwirko, M., Llor, C., Chlabicz, S., Lionis, C., Seifert, B., Sundvall, P.-D., Colliers, A., Aabenhus, R., Bjerrum, L., Jonassen Harbin, N., ... Verheij, T. J. (2020). oseltamivir plus usual care versus usual care for influenza-like illness in primary care: an open-label, pragmatic, randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, *395*(10217), 42–52. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32982-4

Jefferson, T., Jones, M. A., Doshi, P., Del Mar, C. B., Hama, R., Thompson, M. J., Spencer, E. A., Onakpoya, I., Mahtani, K. R., Nunan, D., Howick, J., & Heneghan, C. J. (2014). Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in adults and children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2014*(4), CD008965. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008965.pub4

McLean, H. Q., Belongia, E. A., Kieke, B. A., Meece, J. K., & Fry, A. M. (2015). Impact of Late oseltamivir Treatment on Influenza Symptoms in the Outpatient Setting: Results of a Randomized Trial. *Open Forum Infectious Diseases*, *2*(3), ofv100. https://doi.org/10.1093/ofid/ofv100

Peters, P. H., Gravenstein, S., Norwood, P., De Bock, V., Van Couter, A., Gibbens, M., von Planta, T. A., & Ward, P. (2001). Long-term use of oseltamivir for the prophylaxis of

influenza in a vaccinated frail older population. *Journal of the American Geriatrics Society*, *49*(8), 1025–1031. https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49204.x

Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, *173*(5), 489–495. https://doi.org/10.1503/cmaj.050051

BIJLAGE 2 GEVALSDEFINITIES ARI EN ILI (ECDC)

Gevalsdefinitie Acute respiratoire Infectie (ARI)

- Plots begin van symptomen
  EN
- Tenminste één van de volgende respiratoire symptomen
  - Hoest
  - Keelpijn
  - Kortademigheid
  - Coryza

  EN
- Klinische inschatting door clinicus dat klachten infectieus zijn

Gevalsdefinitie Influenza like illness (ILI)

- Een acute respiratoire infectie (ARI) met tenminste één van de volgende vier systemische symptomen:
  - Koorts of koortsachtig
  - Malaise
  - Hoofdpijn
  - Spierpijnen

BIJLAGE 3 HYGIËNEKAART DRUPPELISOLATIE

DRUPPEL

Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

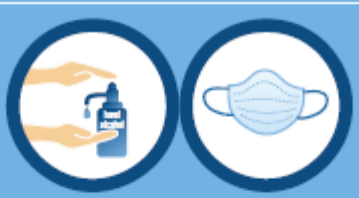
Welkom in deze kamer

Volg deze adviezen zorgvuldig op om kiemoverdracht
door speekseldruppels te voorkomen.

MEDEWERKER Respecteer altijd de **algemene voorzorgsmaatregelen**.

MEDEWERKER
met contact
met bewoner/omgeving

BEZOEKER
meld je eerst aan
bij een verpleegkundige



BEWONER
bij het verlaten
van de kamer

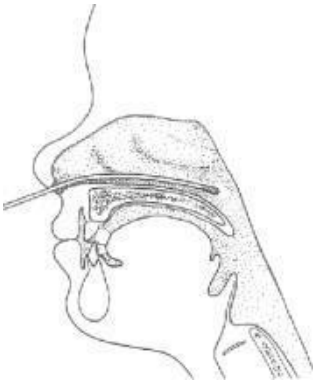
vu. Katrine Moykens, Secretaris-generaal, Departement Zorg, Simon Bolivarlaan 17, 1000 Brussel – maart 2020

DEPARTEMENT
ZORG

Meer info op
zorginfecties.be

BIJLAGE 4 AFNEMEN NASOFARYNGEAAL STAAL

Hoe nasofaryngeaal staal afnemen?



- Breng een eerste wattenstaafje **<u>diep in het neusgat</u>** en maak zoveel mogelijk cellen los door langs de binnenkant van een neusgat te schrapen. Ga met hetzelfde wattenstaafje op dezelfde manier te werk om een staal te nemen van het andere neusgat.
- Plaats het wattenstaafje in de tube met transportmilieu en breek het uiteinde van de steel af.
- Ga met het tweede wattenstaafje op dezelfde manier te werk om een staal te nemen van de ontstoken zones in **<u>de keel</u>** (amandelen, keelwand, etc.). Plaats het wattenstaafje in de tube met transportmilieu en breek het uiteinde van de steel af.
- Sluit het flesje hermetisch af.
- Identificeer het staal.
- Plaats de transporttube in een hermetisch afgesloten recipiënt in 3-dubbele verpakking.
- Bewaar de stalen in de koelkast (+4°C) in afwachting van verzending.
- Stuur de stalen zo snel mogelijk naar het labo.