



VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

DRAAIBOEK INFECTIEZIEKTEN CLB

LEIDRAAD VOOR PROFESSIONELEN

2023

Opdrachtgever

Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Vlaamse Gemeenschap)

Onderzoekers

Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ)

- Heidi Castryck, jeugdarts, wetenschappelijk medewerker

Werkgroep 'Actualisatie draaiboek infectieziekten' bestaande uit volgende CLB-artsen:

- An Claes
- Astrid Van den Brande
- Benedicte Melis
- Charlotte Baes
- Els Dezeure
- Els Gielis
- Eva De Smet
- Iris Van Acker
- Kim Holvoet
- Kirsten Arentsen
- Laurence Vandenweghe
- Michelle Liebens
- Myriam Geens
- Nico Inderadjaja
- Petra Vantorre
- Stefanie De Winter

Wetenschappelijk advies

Team infectieziektebestrijding en vaccinatie van het Departement Zorg.

- Naïma Hammami, arts infectieziektebestrijding
- Caroline Broucke, verpleegkundige infectieziektebestrijding
- Lina Godderis, verpleegkundige infectieziektebestrijding

Prof. Dr. Hilde Lapeere, dermatologie, UZ Gent

Prof. Dr. Annette Schuermans, ziekenhuishygiëne, UZ Leuven

Alle rechten voorbehouden

Niets uit dit rapport mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt zonder vermelding van een referentie. Gelieve te citeren als 'Draaiboek infectieziekten CLB (2023), VWVJ'

Contactpersoon

Heidi Castryck

heidi.castryck@vwvj.be



Inhoud

TOTSTANDKOMING.....	5
HYGIËNEMAATREGELEN.....	7
Inleiding	7
Overdrachtswegen van micro-organismen	8
Algemene voorzorgsmaatregelen	9
Infecties en vaccinatie van de CLB-arts en -verpleegkundige	18
Reiniging, desinfectie en sterilisatie van materiaal.....	19
Lokalen en uitrusting voor systematisch contact	23
Reiniging en desinfectie van ruimtes, oppervlakken en omgeving	24
Ventilatie en verluchten	28
Beheer van medisch afval	30
Schoonmaakprincipes.....	31
Bronnen.....	36
RICHTLIJNEN	37
Leeswijzer	37
Bof (Parotitis epidemica).....	38
Buiktyfus (<i>Salmonella (para)typhi</i>)	42
Difterie (Kroep)	46
Gastro-enteritis	51
Hepatitis A (HAV)	56
Hepatitis B (HBV)	62
HIV	65
Hoofdluizen	72
Impetigo (Krentenbaard)	85
Mazelen (Rubeola)	90
Meningitis en meningokokkenziekte.....	95

Mollusca contagiosa (Parelwratjes)	102
Parvovirus B19 (erythema infectiosum – 5 ^{de} kinderziekte)	106
Pertussis (Kinkhoest)	113
Poliomyelitis (Kinderverlamming)	119
Rubella (Rode hond)	124
Scabiës (Schurft).....	128
Scarlatina (Roodvonk) en invasieve GAS infecties	136
Shigella	142
STEC (Shiga-toxine producerende <i>E. coli</i>).....	146
Tinea (Schimmelinfecties van huid en haar)	151
Tuberculose	157
Varicella (Wind- of waterpokken)	162
Voedselinfectie	166
BRIEVEN	170
STROOMDIAGRAMMEN	235
REGELGEVING	253
Maatregelen te nemen door de school in het kader van de profylaxe van infectieziekten.....	253
Regelgeving over de te melden infectieziekten in Vlaanderen.....	256
Regelgeving voor CLB in het kader van de profylaxe van besmettelijke ziekten	259
BIJLAGEN.....	261

TOTSTANDKOMING

De Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) hebben de opdracht profylactische maatregelen te nemen om de verspreiding van besmettelijke ziekten tegen te gaan in scholen.¹ Het *Draaiboek infectieziekten CLB* vormt daarbij de leidraad.²

In opdracht van het Departement Zorg ontwikkelde de VVWJ in 2010 in samenwerking met de dienst Jeugdgezondheidszorg (KULeuven) de vorige versie van het *Draaiboek infectieziekten CLB (2010)*.

Deze leidraad was toe aan een actualisatie omwille van nieuwe inzichten en nieuwe epidemiologische evoluties en omwille van het feit dat het team Infectieziektebestrijding van het toenmalige Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid sinds 2011 ook zijn algemene 'Richtlijnen Infectieziektebestrijding Vlaanderen' publiceert. De meeste infectieziekten die besproken werden in het *Draaiboek infectieziekten CLB (2010)* komen ook aan bod in de 'Richtlijnen Infectieziektebestrijding Vlaanderen'. Om die reden hebben de VVWJ en het Departement Zorg afgesproken dat de VVWJ in het *Draaiboek infectieziekten CLB* voor de overlappende delen (ziektebeeld, diagnostiek, behandeling, ...) zal verwijzen naar de richtlijnen van het Departement Zorg. Het *Draaiboek infectieziektebestrijding CLB* beschrijft de concrete maatregelen in geval van een melding in een school (met bijhorende voorbeeldbrieven), wat niet aan bod komt in de 'Richtlijnen Infectieziektebestrijding Vlaanderen'.

In 2022 zijn de eerste stappen gezet voor de actualisatie van het draaiboek infectieziekten voor CLB:

- Er is vastgelegd welke richtlijnen zullen opgenomen worden in het nieuwe draaiboek. Zo is bijvoorbeeld gekozen om een aantal richtlijnen voor specifieke gastro-intestinale infecties (*Campylobacter spp*, calicivirussen, *Giardia lamblia*, ...) voortaan te bundelen in één richtlijn; ook de verschillende verwekkers van meningitis worden in één richtlijn gebundeld.
- Er is ook vastgelegd hoe de verschillende richtlijnen zullen opgebouwd worden, met het oog op een uniforme, gebruiksvriendelijke en efficiënte indeling.
- Voor de wetenschappelijke onderbouw van de richtlijnen voor infectieziekten die ook behandeld worden in de 'Richtlijnen Infectieziektebestrijding Vlaanderen' is beroep gedaan op het team infectieziektebestrijding van het Departement Zorg. De andere richtlijnen zijn ontwikkeld na een wetenschappelijk literatuuronderzoek door de VVWJ en na overleg met experts ter zake.
- Samen met de werkgroep 'Actualisatie draaiboek infectieziekten' werden de voorstellen getoetst aan de praktijk. Op een constructieve manier werden de richtlijnen verder verfijnd.

¹ Zie [Decreet betreffende de leerlingenbegeleiding in het basisonderwijs, het secundair onderwijs en de centra voor leerlingenbegeleiding \(vlaanderen.be\)](#)

² Zie [Besluit van de Vlaamse Regering tot operationalisering van de leerlingenbegeleiding in het basisonderwijs, het secundair onderwijs en de centra voor leerlingenbegeleiding \(vlaanderen.be\)](#)

- Er is samengewerkt met Wablief, het centrum voor duidelijke taal, om de voorbeeldbrieven voor leerlingen en ouders in een eenvoudige taal te hertalen.
- Met Co-Prev, de overkoepelende organisatie van Externe Diensten Preventie en Bescherming op het Werk (EPBW), werd afgestemd welke infectieziekten wel of niet dienen gemeld te worden aan de EPBW.

HYGIËNEMAATREGELEN

INLEIDING

Zorggebonden infecties ziet men niet alleen in verzorgingsinstellingen. Elke medische handeling kan de oorzaak zijn van een infectieuze complicatie waarvan de overdracht/de bron ofwel bij de cliënt ofwel bij de zorgverlener, ofwel bij de omgeving ligt. Deze infecties kunnen de omvang van een epidemie krijgen als een gemeenschappelijke infectiebron de oorzaak is (bijvoorbeeld bij gebruik van besmet medisch materiaal). Ze kunnen sporadisch opduiken als het oorzakelijk agens de endogene flora van de cliënten is.

De Hoge Gezondheidsraad (HGR) heeft in 2009 aanbevelingen gepubliceerd in verband met de infecties te wijten aan de zorgverlening buiten het ziekenhuis (Publicatie nr. 8279).

Deze aanbevelingen betreffen:

- de persoonlijke hygiëne
- de handhygiëne
- de persoonlijke beschermingsmiddelen
- infecties en vaccinatie van het verzorgingspersoneel
- reiniging, desinfectie en sterilisatie van medisch materiaal
- lokalen en uitrusting
- reiniging en desinfectie van ruimten, oppervlakken en omgeving
- het beheer van medisch afval.

Deze aanbevelingen werden hieronder aangepast aan de specifieke situatie en noden van een CLB. De originele tekst is te raadplegen in het advies 8279 "[Aanbevelingen i.v.m. de infectiebeheersing tijdens de verzorging buiten de verzorgingsinstellingen \(thuisverzorging en/of op een kabinet\)](#)" op de website van de HGR

Daarnaast worden ook algemene schoonmaakprincipes en aanbevelingen rond ventilatie en verluchting toegelicht.

Sommige onderdelen kunnen ook voor de scholen van toepassing zijn. Zowel voor de dagdagelijkse werking van de school, maar zeker ook als het systematisch contact op school doorgaat.

OVERDRACHTSWEGEN VAN MICRO-ORGANISMEN

Kennis van de overdrachtswegen van de micro-organismen bij medische handelingen laat toe een correcte keuze te maken van de maatregelen die moeten getroffen worden om hun verspreiding te voorkomen.

Endogene infectie

Een endogene infectie wordt veroorzaakt door micro-organismen die tot de flora van de persoon behoren. Ze is vooral het gevolg van invasieve handelingen: punctie, hechting, urinaire toegang, vasculaire toegang,... Ze kan worden voorkomen door het strikt naleven van de asepsis bij het toepassen van al dan niet invasieve zorgtechnieken.

Exogene infectie

Deze ontwikkelt zich vanuit een bron buiten de persoon en wordt overgedragen door:

Contact:

Direct contact betekent dat de huid of de slijmvliezen van de zorgverlener direct de huid of de slijmvliezen van de cliënt aanraakt. Bij **indirect** contact raakt de zorgverlener de cliënt aan via een voorwerp, een oppervlak of de hand. De handen spelen een belangrijke rol in de contactoverdracht.

Druppels:

Het betreffen druppels groter dan 5 μm ("droplets") voortgebracht bij hoesten, niezen, spreken. Geladen met de flora van de bovenste luchtwegen en slokdarm spatten ze rechtstreeks op de oog-, mond- of neusslijmvliezen. Er wordt algemeen beschouwd dat druppels niet overgedragen worden als de afstand tussen cliënt en zorgverlener meer dan één meter is: door hun grootte vallen de druppels snel neer op een oppervlak (vb. griep, bof, meningokokken).

In de lucht gesuspendeerde microdeeltjes:

In dit geval wordt de besmetting overgedragen door deeltjes met een diameter kleiner dan 5 µm ("droplet nuclei"): vaste residuen van gedroogde druppels of stof afkomstig van huid, textiel of planten. Sommige micro-organismen kunnen in deze microdeeltjes overleven. Deze *droplet nuclei* vallen, gezien hun geringe grootte, zeer traag neer en kunnen ver weg van de zieke van waar ze afkomstig zijn via luchtstromen worden vervoerd. Dit verklaart dat de lucht besmettelijk blijft zelfs bij afwezigheid van de zieke (bv. tuberculose, mazelen, varicella).

ALGEMENE VOORZORGSMATREGELEN

Algemene voorzorgsmaatregelen hebben tot doel de CLB-arts en -verpleegkundige te beschermen en tegelijkertijd de overdracht van infectieuze agentia op of tussen leerlingen tegen te gaan. Ze zijn van toepassing op alle leerlingen wat ook hun infectieuze toestand mag zijn.

De algemene voorzorgsmaatregelen betreffen:

- Persoonlijke hygiëne
- Handhygiëne
- Hoest- nies- en snuithygiëne
- Persoonlijke beschermingsmiddelen

Persoonlijke hygiëne

Zie fiche 1: [Persoonlijke hygiëne](#)

Nagels

- Houd de vingernagels schoon en kort geknipt, zonder de vingertoppen te overschrijden. Lange nagels kunnen bacteriën overdragen en verhogen het risico van perforatie van handschoenen.
- Draag geen nagellak of kunstnagels omdat ze een besmettingsbron kunnen zijn.

Juwelen

- Vermijd het dragen van juwelen zoals ringen, armbanden of polshorloge bij het uitvoeren van medische handelingen omdat ze een correcte handhygiëne beletten. De handen van personen die ringen dragen zijn vaker door een microbiële flora gekoloniseerd. De frequentie van de kolonisatie is evenredig met het aantal gedragen ringen.
- Als een juweel (piercing inbegrepen) een hinder is bij de zorgverlening en/of het toepassen van een goede algemene hygiëne belet, moet het worden weggenomen. Als een piercing of een insertieplaats van een juweel besmet is, kan deze een besmettingsbron voor de leerling vormen.

Haar, baard en snor

- Houd het haar schoon en houd haar langer dan de schouders bijeen.
- Verzorg een eventuele baard of snor, zoals regelmatig wassen en kort knippen.
- Haar, baard en snor bevatten een grote hoeveelheid micro-organismen en kunnen besmettingsbronnen zijn.

Zakdoeken

- Gebruik papieren zakdoeken voor eenmalig gebruik.
- Werp ze na gebruik weg.
- Ontsmet de handen met handalcohol na het snuiten van de neus.

Eten en drinken

Eet en drink niet in ruimten waar gewerkt wordt met leerlingen omdat de omgeving door pathogene micro-organismen kan zijn besmet.

Kledij

- Draag schone kledij die een correcte handhygiëne toelaten.
- Draag korte mouwen.

Handhygiëne

De handen zijn verantwoordelijk voor de overdracht van verschillende micro-organismen, zowel deze aanwezig op de gezonde huid als deze opgedaan tijdens de medische handelingen. Handhygiëne beoogt het doeltreffend controleren van de proliferatie van de huidflora ter hoogte van de handen door o.a. de transiënte flora te verwijderen en de commensale flora te beperken. Ze zorgt tevens voor het verwijderen van vuil.

Het bestrijden van infectieoverdracht bij medische handelingen berust op professionele, reglementaire, deontologische en ethische verplichtingen die op CLB-artsen en -verpleegkundigen van toepassing zijn. Een goede handhygiëne moet door alle CLB-artsen en -verpleegkundigen en bij alle leerlingen worden toegepast. Een goede handhygiëne vermindert het risico op transmissie van micro-organisme naar de leerlingen en vermindert het risico op kolonisatie of infectie van de CLB-artsen en -verpleegkundigen door micro-organismen van de leerlingen.

Ook op school is een goede handhygiëne voor leerkrachten en leerlingen belangrijk in de preventie van de verspreiding van infectieziekten.

De handhygiëne bestaat uit het wassen van de handen met water en zeep en/of de handen ontsmetten met handalcohol. De indicaties en technieken voor beide vormen van handhygiëne worden hieronder besproken.

De basisvoorwaarden voor een goede handhygiëne zijn:

- geen juwelen aan de handen en voorarmen, dus ook geen (trouw)ringen of horloges
- schone, korte nagels zonder nagellak en geen valse nagels
- vrije polsen door het dragen van korte mouwen.

Frequent wassen en/of ontsmetten van de handen kan uitdroging en irritatie van de huid veroorzaken. De handen insmeren met een verzorgende handcrème helpt dit te voorkomen.

Handen wassen met water en zeep

Indicaties

- In het kader van de persoonlijke hygiëne
 - bij het begin van de werkzaamheden
 - voor en na het eten
 - na toiletgebruik
 - na hoesten, niezen, snuiten

- bij zichtbare bevuiling van de handen
- vóór en na hulp bij eten, na hulp bij toiletgebruik en neus of mond afvegen.
- Na het verwijderen van handschoenen, omdat het poeder dat achterblijft op de handen allergiserend is, de handschoenen vaak geperforeerd zijn of slecht uitgetrokken werden, met contaminatie van de handen tot gevolg
- Na schoonmaken
- Extra aandachtspunten op school:
 - na buitenspelen en zeker na spelen in de zandbak (ook indien binnen)
 - na contact met dieren

Zie Fiche 6: [Basishygiëne](#)

Techniek

Zie Fiche 2: [Handen wassen met water en zeep](#)

Om besmetting van de handzeep te voorkomen, wordt het gebruik van een volledig wegwerpsysteem aangeraden, d.w.z. fles en pomp worden na gebruik vervangen. Dergelijke flessen kunnen aan een wand bevestigd worden. Hiervoor wordt de voorkeur gegeven aan een universeel bevestigingssysteem zodat flessen van verschillende merken erin passen.

- Maak de handen nat met water
- Gebruik vloeibare zeep met een dispenser.
- Neem een voldoende hoeveelheid zeep en wrijf de handen in op de volgende wijze:
 - Wrijf handpalm tegen handpalm
 - Wrijf met gekruiste vingers de rechterhandpalm over de linkerhandrug en de linkerhandpalm over de rechterhandrug
 - Wrijf handpalm tegen handpalm met gekruiste vingers
 - Wrijf met de achterkant van de vingers tegen de handpalm heen en weer
 - Maak cirkels met de linkerduim in de rechterhand en omgekeerd
 - Maak cirkels met de vingertoppen in de handpalm
- Spoel de handen goed af met water
- Dep de handen droog met een wegwerphanddoekje. Alternatief is eenmalig gebruik van linnen handdoek of elektrische handdroger

- Als de kraan met de handen moet worden gesloten, sluit de kraan met het wegwerphanddoekje zodat de handen niet worden besmet.
- Werp het wegwerphanddoekje weg in de vuilbak zonder deze aan te raken.

Handen ontsmetten met handalcohol

Tijdens de medische handelingen in het CLB heeft het handen wassen met water en zeep geen plaats meer, behalve voor de hoger vermelde indicaties, en is de ontsmetting door inwrijven met handalcohol de enige aanbevolen techniek.

Er bestaan op de markt wel producten voor het inwrijven van de hand waarvan het actieve bestanddeel geen alcohol is, maar die toch aan de Europese norm voor ontsmettingsmiddelen "EN 1500" beantwoorden. Alcoholhoudende producten blijven te verkiezen.

Als de handen zichtbaar bevuild zijn moet de ontsmetting met handalcohol worden voorafgegaan door het wassen met water en zeep. Zeep verwijdert vuil, maar ontsmet nauwelijks; handalcohol ontsmet, maar verwijdert geen vuil.

De handontsmetting met handalcohol biedt voordelen zoals:

- eenvoudige procedure
- snelle uitvoering (er dient opgemerkt te worden dat de aanwendingstijd van het product bepaald wordt door de tijd die nodig is om aan de EN 1500 norm te beantwoorden. Deze duur wordt door de fabrikant gespecificeerd)
- grotere microbiologische werkzaamheid dan water en zeep
- betere naleving van het protocol door de zorgverlener
- lagere kostprijs
- lagere ecologische belasting
- betere toegankelijkheid en beter gebruik
- betere huidtolerantie.

Indicaties

Voor en na het medisch onderzoek van elke leerling indien één van de volgende handelingen wordt uitgevoerd:

- mondonderzoek

- klinisch onderzoek (hart- en longauscultatie, abdominale palpatie, otoscopie,...)
- Na contact met lichaamsvochten
- Voor en na wondverzorging
- Voor en na het toedienen van medicatie
- palpatie van de testes[⌘]

[⌘] De testes liggen in een kiemrijke zone. Na contact met een kiemrijke zone moeten de handen ontsmet worden vooraleer het klinisch onderzoek verder te zetten. Als de palpatie van de testes het laatste onderdeel is van het klinisch onderzoek, valt de ontsmetting van de handen na palpatie van de testes samen met de ontsmetting van de handen na een klinisch onderzoek.

Het risico op transmissie van micro-organismen bij de volgende activiteiten is vergelijkbaar met het risico bij sociale contacten van het dagelijks leven (zoals geven van een hand). Het is niet nodig de handen te ontsmetten indien uitsluitend volgende activiteiten worden verricht:

- gesprek
- controle van het gehoor
- controle van de visus (uitwendig aspect van de ogen, oogstand, gezichtsscherpte op afstand, dieptezicht, kleurzin)
- meten van de bloeddruk
- wegen
- meten
- toedienen van een vaccin (vanuit het perspectief van contactoverdracht (zie [Overdracht van micro-organismen](#)) kan vaccineren bestaan uit verschillende opeenvolgende handelingen. Sommige van deze handelingen vereisen handontsmetting, anderen niet)

Wanneer moeten de handen ontsmet worden?	Voor en na consult	Voor	Na	Niet
Mondonderzoek	X			
Hart- en longauscultatie, abdominale palpatie, otoscopie,...	X			

Palpatie van de testes			X	
Gesprek				X
Controle gehoor en visus				X
Metten bloeddruk				X
Wegen en meten				X
Klaarmaken van een vaccin		X		
Toedienen van vaccin				X
Druk uitoefenen op injectieplaats vaccin			X	

Techniek

Zie fiche 3: [Handen ontsmetten met handalcohol](#)

Om besmetting van de handalcohol te voorkomen, wordt het gebruik van een volledig wegwerpsysteem aangeraden, d.w.z. fles en pomp worden na gebruik vervangen. Dergelijke flessen kunnen aan een wand bevestigd worden. Hiervoor wordt de voorkeur gegeven aan een universeel bevestigingssysteem zodat flessen van verschillende merken erin passen.

- Neem een voldoende hoeveelheid handalcohol om de handen volledig te bedekken
- Wrijf de handen in totdat ze droog zijn op volgende wijze:
 - Wrijf handpalm tegen handpalm
 - Wrijf met gekruiste vingers de rechterhandpalm over de linkerhandrug en de linkerhandpalm over de rechterhandrug
 - Wrijf handpalm tegen handpalm met gekruiste vingers
 - Wrijf met de achterkant van de vingers tegen de handpalm heen en weer
 - Maak cirkels met de linkderduim in de rechterhand en omgegekeerd
 - Maak cirkels met de de vingertoppen van elke hand in de palm van de andere hand.
- De handen zijn ontsmet als ze droog zijn

Duur van de volledige procedure: 20 - 30 seconden.

Hoest-, snuit- en nieshygiëne

Zie fiche 6: [Basishygiëne](#)

In de neus, mond en keel kunnen ziektekiemen voorkomen die via hoesten of niezen in de lucht worden verspreid via onzichtbare speekseldruppeltjes. Deze kunnen op de huid of slijmvliezen van anderen terechtkomen of door anderen worden ingeademd met mogelijke besmetting tot gevolg. Frequent worden ziektekiemen uit neus, mond en keel via de handen van een (zieke) leerling doorgegeven. De handen worden besmet door hoesten, niezen, snuiten of contact met neus en mond. Een goede hoest-, nies- en snuithygiëne is belangrijk in de preventie van infectieziekten.

- Gebruik steeds een papieren zakdoek voor mond en neus, en gooi die na gebruik meteen in de vuilnisbak.
- Draai het hoofd weg van anderen of nies in de elleboog indien niet tijdig een zakdoek kan genomen worden.
- Snuit tijdig de neus, zorg ervoor dat leerlingen (zeker kleuters) tijdig de neus snuiten om verspreiding van snottebellen via speelgoed e.d. te voorkomen.
- Was nadien steeds de handen met water en zeep.

Persoonlijke beschermingsmiddelen

Handschoenen

Het aantal indicaties voor het gebruik van handschoenen is in het CLB beperkt.

Bedek wonden aan de handen steeds met een ondoordringbaar verband. Als de wonden niet kunnen worden bedekt, draag dan niet-steriele handschoenen.

Gebruik niet-steriele handschoenen:

- Voor het verwijderen van bloed of andere lichaamsvochten. (zie '[Het verwijderen van bloed en andere lichaamsvochten](#)')
- Voor wondverzorging

Goede praktijken voor het gebruik van niet-steriele handschoenen:

- Vermijd bij het dragen van handschoenen het aanraken van de omgeving (telefoon, deurklinken, toetsenbord, ...).
- Het wassen van handschoenen of de toepassing van handalcohol erop is sterk af te raden omdat dit de kwaliteit van het barrière-effect aantast en de ondoordringbaarheid van de handschoenen niet meer kan gewaarborgd worden.

- Gebruik handschoenen eenmalig.
- Was de handen met water en zeep of gebruik handalcohol na het verwijderen van de handschoenen.
- Gebruik voor elke leerling nieuwe handschoenen.
- Verwijder de handschoenen voor de overgang naar administratieve taken

Mondmaskers

Sinds de coronapandemie is het gebruik van mondmaskers ook buiten de verzorgingsinstellingen gangbaar. In normale omstandigheden zijn er in het CLB geen indicaties voor het dragen van een mondmasker, maar in geval van hoesten, niezen of tijdens het griepseizoen moet de drempel om een mondmasker te gebruiken laag zijn.

Er is een onderscheid tussen medische of chirurgische maskers en de ademhalingsbeschermende maskers.

Chirurgische maskers

Beschermen de leerling:

- Door het spatten van speeksel of ademhalingssecreties bij de uitademing van de zorgverlener te vermijden

Beschermen de zorgverlener:

- Door een barrière te vormen tegen spatten bij blootstelling van de slijmvliezen van de zorgverlener aan de secreties van de leerling die een door druppels overdraagbare aandoening van de ademhalingswegen vertoont (zoals griep, kinkhoest, ...)

Deze medische hulpmiddelen moeten aan de Europese richtlijn EEG/93/42 beantwoorden. De norm EN14683:2006 specificeert de graad van doeltreffendheid van de bacteriële filtratie en de weerstand aan vocht.

Hoe wordt een medisch masker voor éénmalig gebruik best gebruikt?

- Het masker moet de neus, de mond en de kin goed bedekken.
- De neusbescherming moet goed geplooid zijn.
- Na het plaatsen van het masker mag het niet meer met de handen worden aangeraakt.
- Het mag ook niet rond de hals blijven hangen voor hergebruik

- Tijdens eenzelfde gebruik moet het masker worden vervangen na verloop van de door de fabrikant aanbevolen gebruiksduur of wanneer het vochtig of gescheurd is.

Ademhalingsbeschermende maskers

Zijn in 3 doeltreffendheidsklassen beschikbaar: FFP1, FFP2 en FFP3.

INFECTIES EN VACCINATIE VAN DE CLB-ARTS EN -VERPLEEGKUNDIGE

De CLB-artsen en -verpleegkundigen dienen hun gezondheidstoestand door de arbeidsgeneesheer te laten controleren. In geval van huidziekte, langdurige hoest of duidelijke infectieuze symptomatologie, is een geneeskundig onderzoek onontbeerlijk om te oordelen of er een mogelijk risico van overdracht van een pathologie aan de leerlingen bestaat.

Vaccinatie

Hepatitis B

Volgens het Koninklijk Besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers, moet de werkgever een risicoanalyse uitvoeren in samenspraak met de preventieadviseur. Indien de werkgever oordeelt dat het risico op contact met bloed aanwezig is, is vaccinatie tegen hepatitis B verplicht volgens het koninklijk besluit van 4 augustus 1996 betreffende de bescherming van de werknemers tegen de risico's bij blootstelling aan biologische agentia op het werk. De werknemer kan de vaccinatie niet weigeren tenzij de arbeidsgeneesheer oordeelt dat er een ernstige contra-indicatie is voor de vaccinatie.

Het vaccin bestaat uit 3 inspuitingen, toegediend op tijdstip 0, na één maand en na zes maanden. Idealiter wordt het gehalte aan anti-HBs 2 maanden na de laatste inspuiting gemeten. De titer moet hoger zijn dan 10 mIU/ml. Als deze waarde niet wordt bereikt, is het aanbevolen om een volledig nieuw vaccinatieschema toe te dienen of een dubbele dosis te geven in beide armen (zie advies HGR [Vaccinatiegids | FPS Public Health \(belgium.be\)](#)). Na een doeltreffende vaccinatie zijn bijkomende vaccintoedieningen niet nodig, zelfs al daalt het antistofgehalte onder de 10 mIU/ml.

Influenza (griep)

Een jaarlijkse vaccinatie tegen influenza (griep) wordt aanbevolen bij alle gezondheidswerkers die de ziekte aan risicopersonen kunnen overdragen (zie jaarlijks advies HGR).

Beheersing van de overdracht

Bepaalde infecties die voor de CLB-arts en -verpleegkundige goedaardig zijn en hem/haar niet beletten zijn/haar beroepsactiviteiten uit te voeren, kunnen echter een overdrachtsrisico en een risico voor de gezondheid van bepaalde leerlingen betekenen omwille van de aard van de contacten tussen CLB-arts/-verpleegkundige en leerling. Men denkt hier onder andere aan virusinfecties van de bovenste ademhalingswegen, virale conjunctivitis, geïnfecteerde wonden ter hoogte van de handen. Eenvoudige maatregelen volstaan om de overdracht van deze infecties naar de leerling te verhinderen.

[Zie hoest-, snuit- en nieshygiëne](#)

[Zie mondmaskers](#)

[Zie handhygiëne](#)


REINIGING, DESINFECTIE EN STERILISATIE VAN MATERIAAL

Algemene uitgangspunten

Medische onderzoeken vereisen het gebruik van apparatuur en materiaal dat in geen geval schadelijk mag zijn voor de leerling of het personeel.

De keuze tussen herbruikbaar en wegwerpmateriaal wordt aan de beoordeling van het CLB overgelaten. Bij aanwending van herbruikbaar materiaal is de correcte toepassing van de voorgeschreven onderhoudsprocedures verplicht.

Materiaal voor eenmalig gebruik

- Materiaal voor eenmalig gebruik is herkenbaar aan het symbool  op de verpakking.
- Hergebruik het nooit
- Reinig, ontsmet of steriliseer het nooit. De reinigings- en/of ontsmettingsproducten kunnen het materiaal beschadigen en de steriliserende agentia kunnen op de materialen worden geabsorbeerd, wat leidt tot de vorming van eventueel toxische producten en verandering van de fysieke integriteit en de functionaliteit van het materiaal.
- Verwijder de hulpmiddelen voor eenmalig gebruik na gebruik volgens de geldende gewestelijke wetgevingen (zie verder [Beheer van medisch afval](#)).

Herbruikbaar materiaal

Voor de herbruikbare medische hulpmiddelen moet er een onderscheid worden gemaakt tussen niet-kritisch, semi-kritisch en kritisch materiaal. In het CLB wordt geen gebruik gemaakt van kritisch materiaal.

- Niet-kritisch materiaal wordt gebruikt op een intacte huid.
- Semi-kritisch materiaal wordt gebruikt in contact met slijmvlies of niet-intacte huid.
- Kritisch materiaal wordt gebruikt om in te brengen in een steriele lichaamsholte of in steriel weefsel

Elk type materiaal vraagt een andere behandeling. In het CLB kan dit gaan over de reiniging of over desinfectie.

Reiniging

Onder reiniging wordt verstaan het verwijderen van zichtbaar vuil en zichtbaar en onzichtbaar organisch materiaal, om te voorkomen dat micro-organismen zich kunnen handhaven en vermeerderen en zo worden verspreid.

Reiniging gebeurt handmatig in een handwarme oplossing met een huishoudelijk schoonmaakmiddel en zoveel mogelijk onder het wateroppervlak om spatten te voorkomen.

Frequentie van reiniging:

- bij zichtbare bevuiling
- afhankelijk van de gebruiksintensiteit

Desinfectie

Onder desinfectie wordt verstaan het verminderen van het aantal micro-organismen op levenloze oppervlakken, tot een aanvaardbaar geacht niveau. Desinfectie dient beperkt te blijven tot situaties waarin steriliteit niet vereist is, maar waarin reiniging alleen het besmettingsniveau onvoldoende reduceert, bijvoorbeeld wanneer ergens bloed op gespat is.

Wanneer is desinfectie nodig?

- Na contact met bloed of andere lichaamsvochten
- Na contact met slijmvliezen
- Na gebruik bij een besmette leerling

Indien desinfectie noodzakelijk is, verdient de thermische machinale methode de voorkeur. Voor oppervlakken en artikelen die niet bestand zijn tegen hoge temperaturen, zal voor chemische desinfectie moeten worden gekozen. Dit gebeurt voor materialen en kleine oppervlakken (<0,5m²) met alcohol 70%. Voor grotere oppervlakten wordt een chlooroplossing met een concentratie van 1000 ppm gebruikt. (zie [Schoonmaak- en ontsmettingsmiddelen](#)) Desinfectie moet door een goede reiniging worden voorafgegaan indien de medische hulpstukken zichtbaar bevuild zijn.

Voorbeelden van kwalificatie van herbruikbare hulpmiddelen in het CLB zijn in onderstaande tabel te vinden.

Zie fiche 4: [Onderhoud van herbruikbaar materiaal](#)

Materiaal	In contact met	Kwalificatie	Behandeling
Onderzoekstafel ❶	Intacte huid	Niet-kritisch	Reinigen en goed drogen
Meetlat ❶			
Weegschaal ❶			

Otoscoop zonder oortrechter ❷			
Stethoscoop ❷			
Lintmeter ❷			
Bloeddrukmeter (band) ❸			
Herbruikbare oortrechter voor otoscoop ❹	Intacte huid en oorsmeer	Niet-kritisch	Reinigen en goed drogen ❺
Mondspiegel ❹	Slijmvliezen	Semi-kritisch	Eerst reinigen en goed drogen, nadien desinfecteren ❻
Stompe sonde ❹			

❶ Elke dag waarop een medisch onderzoek heeft plaatsgevonden.

❷ Dagelijks reinigen is aan te raden bij frequent gebruik. Zonder zichtbare bevuilding is afwrijven met ethanol 70% een aanvaardbaar alternatief.

❸ Voor de band van de bloeddrukmeter kan er gekozen worden voor een wasbaar model.

❹ Bij gebruik na elke leerling.

❺ De vorm van een oortrechter maakt een handmatige grondige reiniging onmogelijk. Een ultrasoon toestel is wel geschikt voor het reinigen van fijn medisch instrumentarium. Oortrechters voor otoscoop kunnen ook in wegwerpmateriaal aangekocht worden.

❻ Instrumenten die als semi-kritisch beschouwd worden, dienen steeds gereinigd te worden na gebruik, gevolgd door een hoogwaardige ontsmetting. Omdat producten voor hoogwaardige ontsmetting moeilijk te bekomen zijn buiten de ziekenhuisomgeving en een grote expertise vragen in gebruik (aktivatie van het product, handschoenen, afzuiging, enz.) wordt in de praktijk aanvaard om voor deze toepassing ethanol 70% te gebruiken, ofschoon ethanol slechts een intermediaire graad van ontsmetting behaalt.

Concreet betekent dit voor de mondspiegel en stompe sonde: 1 instrument per kind dat steeds na gebruik gereinigd wordt (manueel met bijvoorbeeld water en een huishoudelijk schoonmaakmiddel, HAC of een ander detergent), gedroogd wordt en dan ondergedompeld in ethanol 70% gedurende minimum 1 minuut, in een afgesloten recipiënt om verdamping van de ethanol te vermijden. Deze

procedure veronderstelt dat men over voldoende spiegels en sondes beschikt om een consult af te werken. Bemerkt: te langdurige onderdompeling leidt onvermijdelijk tot corrosie van het materiaal.

LOKALEN EN UITRUSTING VOOR SYSTEMATISCH CONTACT

Medisch circuit

In geval van slechte architectonische, organisatorische of moeilijk te onderhouden infrastructuur kan het medisch circuit een bron van infecties vormen.

- De lokalen moeten hygiënisch, schoon, goed verlicht, goed verlucht en op aangepaste temperatuur gehouden worden. Ze moeten rekening houden met het comfort van de leerlingen.
- In het lokaal waar de leerlingen ontkleed zijn, moet de regelbare verwarmingsinstallatie, bij alle weersomstandigheden, een aangename temperatuur kunnen voorzien.
- Het lokaal moet de discretie en privacy van de consulten waarborgen door inkijk of meeluisteren door derden uit te sluiten.

De volgende algemene regels moeten worden nageleefd om het infectierisico zo veel mogelijk te beperken:

- Gebruik niet-poreuze, bestendige en gemakkelijk te onderhouden materialen
- Beperk het meubilair en de uitrustingen tot het strikt nodige
- Voorzie ergonomisch en gemakkelijk te onderhouden materiaal en uitrustingen (moeilijk te onderhouden textiel vermijden)
- Vermijd elke mogelijke bron en reservoir van micro-organismen of allergenen (bv. planten, tapijten,...).

De ruimte voor het medisch onderzoek omvat:

- een reglementaire naaldcontainer
- een vuilnisbak met zak (zonder deksel of met een deksel bediend door middel van een pedaal)
- een lavabo, een verdeler voor vloeibare zeep met wegwerppatroon en papieren handdoeken voor eenmalig gebruik

- een verdeler voor handalcohol
- eventueel een verdeler voor verzorgende handcrème
- (niet-steriele) handschoenen
- Eventueel ontsmettende doekjes of alcohol 70% en HAC

Zie ook overzicht rond infrastructuur voor systematische contacten [Zijn er reglementaire voorschriften i.v.m. de infrastructuur voor systematische contacten? | VWVJ](#).

Wachtzaal

- Speelgoed in de wachtkamer of onderzoekskamer moet vervaardigd zijn uit materiaal dat goed te reinigen en zo nodig goed te desinfecteren is.
- Reinig periodiek, bijvoorbeeld eenmaal per week en altijd bij zichtbare bevuilding.
- Gebruik klassieke afwasdetergenten of machinaal in een vaatwasser.
- Droog de voorwerpen na reiniging met een handdoek.
- Was handdoeken en dweilen na elk gebruik machinaal bij een temperatuur van minstens 60 °C.
- Als speelgoed met bloed of andere lichaamsvochten is bevuild, moet het onmiddellijk worden gereinigd en bijkomend gedesinfecteerd. ([Zie Hoe omgaan met bloed en andere lichaamsvochten](#))
- Vervang dagbladen en tijdschriften regelmatig en gooi ze weg indien ze vuil zijn.

REINIGING EN DESINFECTIE VAN RUITES, OPPERVLAKKEN EN OMGEVING

Algemeen

Voor het CLB wordt een grondige huishoudelijke reiniging aanbevolen (van alle ruimtes waar de leerlingen komen) op alle dagen dat er medische onderzoeken plaatsvinden. Bijzondere aandacht

wordt besteed aan oppervlakken die veelvuldig worden aangeraakt, zoals deurklinken, onderzoekstafel en weegschaal.

- Reinig en ontsmet oppervlakken onmiddellijk grondig indien ze bevuild zijn met bloed en/of lichaamsvochten. ([Zie Hoe omgaan met bloed en andere lichaamsvochten](#))
- Voorkom besmetting van oppervlakken door deze van een bescherming te voorzien (papier op de onderzoekstafel). Vervang deze bedekking uit papier of stof na elke leerling.
- Maak pedaalemmers en prullenbakken dagelijks leeg en verwijder vuilniszakken dagelijks.
- Organiseer periodiek, bijvoorbeeld eenmaal per maand, een grondige schoonmaak van o.a. kasten en legplanken.
- Het correct onderhouden en gebruiken van de koelkast voor het bewaren van vaccins is terug te vinden in de [Standaard vaccinaties](#) op de website van de VVVJ.
- Het correct instrueren en opleiden van het schoonmaakpersoneel zijn zeer belangrijk voor de omgevingshygiëne.

Reiniging van ruimten en meubilair

Zie [10. Schoonmaakprincipes](#).

- Verwijder eerst het stof door middel van een droge reiniging met wisser met stofbindende wegwerpdoek of stofzuiger. Doe daarna een natte reiniging in de richting van de reïne zone naar de vuile zone.
- Gebruik wegwerpsopdoeken of herbruikbare sopdoeken en was die na gebruik in de wasmachine.
- Ontdoe voorwerpen en materialen van aangekoekt vuil met behulp van een sopje (= allesreiniger met handwarm water)
- Spoel na het afsoppen de voorwerpen en materialen af met schoon water en laat drogen aan de lucht.
- Gebruik zemen alleen voor het schoonmaken van ramen en spiegels.
- Maak de vloer schoon met een twee-emmersysteem met mop (dweil aan een stok) en pers, zodat er een scheiding tussen 'schoon' en 'vuil' water is. Het schone water bevat allesreiniger.

Reiniging van het sanitair

Sanitair is te onderscheiden in 'schoon' (wastafel, tegels) en 'vuil' sanitair (binnenzijde van het toilet, de toiletbril, de ruimte achter het toilet en de tegels onder het toilet).

- Gebruik voor schoon en vuil sanitair aparte emmers (bijvoorbeeld met aparte kleuren).
- Gebruik bij dagelijkse reiniging van schoon en vuil sanitair een allesreiniger en wegwerpdoeken of opnieuw te gebruiken sopdoeken, die wasbaar zijn bij 60°C.
- Voor preventie en verwijdering van kalkaanslag van wasbakken en toiletten gebruik een zuur (ontkalkings)middel en dit volgens de voorschriften van de fabrikant. Vermijd de combinatie met chloorhoudende preparaten (bleekwater).

Richtlijnen voor scholen met betrekking tot sanitair

- Het sanitair moet dagelijks en bij voorkeur na elke speeltijd gereinigd worden om de kans op overdracht van ziektekiemen te minimaliseren.
- Een gebrek aan netheid van het sanitair kan ook een rem zijn voor leerlingen om naar het toilet te gaan op school met het risico op urineweginfecties en obstipatie tot gevolg.
- Een hangend toilet vergemakkelijkt de schoonmaak. De vloer is best voegloos, glad en bestand tegen urinezuur.
- Toiletten en wasbakken worden best op aangepaste hoogte geplaatst.
- Het aantal toiletten moet aangepast worden aan het aantal kinderen op school, waarbij elk kind in de speeltijd de tijd moet hebben om rustig, zittend naar het toilet te gaan. Volgens het Algemeen Reglement voor de Arbeidsbescherming art. 96 moet er minimaal 1 urinoir zijn per 15 jongens en 1 toilet per 25 jongens. Urinoirs mogen vervangen worden door toiletten. Per 15 meisjes moet er 1 toilet aanwezig zijn. Scholen zijn hiervoor verantwoordelijk.
- Om het plassen naast het toilet te voorkomen, is het een optie om jongens zittend te laten plassen. Daarnaast kan een sticker van een vlieg of iets dergelijks in de toiletpot geplakt worden, waar ze bij het plassen op kunnen richten (een plassticker). Zittend plassen leidt ook tot een betere lediging van de blaas en voorkomt de verspreiding van microdruppels urine. Rechtstaand plassen met een strakke broek en onderbroek is ongezond. Die spannen de plasser vaak af tijdens het plassen.
- Leer kinderen hun handen te wassen na elk toiletbezoek. Er moet stromend water aanwezig zijn en (niet-antibacteriële) vloeibare zeep in een niet-mobiele zeepdispenser. Bij voorkeur zijn er

papieren wegwerphanddoekjes voorzien. Handdrogers mogen ook. Stoffen handdoeken worden afgeraden.

Ontsmetten/Desinfecteren

Ontsmetten houdt in dat ziektekiemen gedood worden of tot een niet-ziekmakend aantal worden teruggebracht. Ontsmetting is zelden noodzakelijk. In het algemeen volstaat een goede reiniging met allesreiniger. Ontsmetting is nodig in situaties waarin een verhoogd risico op besmetting verwacht kan worden, zoals wanneer:

- Oppervlakken of meubilair verontreinigd zijn met bloed of met andere lichaamsvloeistoffen waarin bloedsporen te zien zijn (Zie '[Hoe omgaan met bloed en andere lichaamsvochten?](#)')
- Er zich een bijzondere situatie voordoet, zoals bij een epidemie of op advies van de Dienst Infectieziektebestrijding van de Afdeling Toezicht Volksgezondheid.

Je houdt best rekening met volgende vuistregels:

- Voordat je begint te ontsmetten, reinig eerst alles met allesreiniger. Ontsmetingsmiddelen reageren met vuil en vet waardoor ze minder of zelfs geen effect hebben op een vuil oppervlak.
- Volg steeds de gebruiksaanwijzing correct op (verdunding, dosering en inwerktijd).
- Draag niet-steriele wegwerphandschoenen.

Hoe omgaan met bloed en andere lichaamsvochten

Zie fiche 8: [Omgaan met bloed en andere lichaamsvochten](#)

Andere lichaamsvochten zijn o.a. urine, stoelgang en braaksel.

- Draag niet-steriele **w**egwerphandschoenen bij contact met bloed of andere lichaamsvochten.
- Verwijder het bloed e.d.(organisch materiaal) met een of meer absorberende wegwerpdoekjes (vb cellulose doekjes). Gooi handschoenen en wegwerpdoekjes in de vuilnisbak.
- Trek nieuwe wegwerphandschoenen aan.
- Reinig en droog het oppervlak/voorwerp.

- Ontsmet kleine oppervlakken/voorwerpen met alcohol 70% (< 0,5 m²) en laat aan de lucht drogen. Ook sprays met een ontsmettingsmiddel kunnen gebruikt worden. Aerosolisatie en inhalatie van deze producten kan hierbij echter een probleem vormen.
- Grote oppervlakken mogen vanwege brandgevaar niet met alcohol ontsmet worden. Hiervoor is een chlooroplossing van 1.000 ppm aangewezen. Interferenties en eventueel neutralisatie tussen producten voor reiniging en desinfectie is altijd mogelijk.
- Gooi handschoenen weg. Gooi ook schoonmaakmaterialen weg of was ze op 60 °C. Was de handen met water en zeep.
- Was bevuild textiel op 60 °C.

VENTILATIE EN VERLUCHTEN

Algemeen

Door te ventileren en verluchten word het aantal droplets en droplet nuclei (zie [Druppels](#)) in de lucht verdund waardoor aëroge verspreiding van micro-organismen vermindert. Daarom is het ook een belangrijke hygiënische maatregel in de preventie van sommige infectieziekten.

- Ventilatie wil zeggen dat er continu verse lucht binnenkomt en vervuilde lucht wordt weggevoerd.
- Verluchten wil zeggen kortstondig veel verse lucht de klas inbrengen, bv. door de ramen helemaal te openen.

Ventilatie kan op verschillende manieren:

- Bij natuurlijke ventilatie gebeurt ventilatie door ramen op een kiep of kier te zetten of via ventilatieroosters. Zorg dus dat de ventilatieroosters en de ramen steeds open staan.
- Met een ventilatiesysteem type C (natuurlijke aanvoer en mechanische afvoer van lucht) wordt verse lucht aangevoerd door ventilatieroosters en verontreinigde lucht wordt afgevoerd via (een) mechanisch ventilator(en). Schakel het ventilatiesysteem niet uit. Zorg dat de ventilatieroosters/openingen open staan.
- Met een ventilatiesysteem type D (mechanische aanvoer en mechanische afvoer van lucht) wordt verse lucht aangevoerd en verontreinigde lucht afgevoerd via mechanische ventilatoren. Schakel het ventilatiesysteem niet uit. Zorg dat de ventilatieroosters/openingen open staan.

Tips om energie-zuiniger te ventileren:

- Zet ramen **tegenover elkaar** open (verschillende gevels), zo creëer je een luchtstroom, waardoor er op korte tijd meer verse lucht de ruimte binnenkomt. Indien een raamopening slechts mogelijk is in één gevel, kan een grotere opening nodig zijn om hetzelfde effect te bekomen.
- Zet de **verwarming af tijdens het openen van de ramen**, of open de ramen vooraleer je de verwarming aanzet. Zet bijvoorbeeld even het raam open wanneer je wakker wordt of thuis komt van het werk, vooraleer je de verwarming op zet. Draai de verwarming even af na het douchen zodat je goed kan verluchten.
- Je kan beter **meerdere keren per dag het raam kort openen**, i.p.v. 1 keer lang.
 - Laat je het raam lang openstaan, dan gaat de temperatuur in de ruimte sterk afnemen, waardoor je meer energie nodig hebt om de ruimte terug op te warmen.
 - Na het sluiten van de ramen stapelen de vervuilende stoffen zich terug op en kunnen op relatief korte tijd terug de concentraties aanwezig zijn als voor het openen van het raam. Voor een goede binnenluchtkwaliteit beperk je je dus best niet tot het éénmalig, kort openen van je raam.
- Varieer je raamopening naargelang de **weersomstandigheden**. Als er veel wind is buiten zal je je raam minder lang moeten openzetten. Hoe groter het temperatuurverschil tussen binnen en buiten, hoe sneller er verse lucht binnenkomt.
- In oude gebouwen met veel kieren en spleten krijg je ook verse lucht binnen. Om een goede ventilatie te krijgen in deze gebouwen is het belangrijk om voor een goede luchtdoorstroming te zorgen van de droge (verblijfsruimtes) naar de natte ruimtes (sanitaire ruimtes). Laat hiervoor bv. de binnendeuren regelmatig en ook 's nachts openstaan. Bij deze vorm van ventileren gaat er veel energie verloren, omdat je de ventilatie niet goed kan controleren. Het is raadzaam om voor deze gebouwen een plan te maken wat betreft ventilatie en het voorzien van een meer gecontroleerd ventilatiesysteem in combinatie met isolatie.

CO₂ meters

Wanneer de lucht goed ververscht wordt, wordt de kans op besmetting met virussen via de binnenlucht kleiner. Om de weten dat er genoeg lucht ververscht wordt kan de hoeveelheid CO₂ in de binnenlucht gemeten worden. Dit is een maat voor de luchtverversing. CO₂ kan gemakkelijk gemeten worden

met een CO₂-meter. Hoe slechter de luchtverversing, hoe groter de hoeveelheid CO₂ in de binnenlucht. Hou de concentratie CO₂ onder de 900 ppm, dan is er een goede luchtverversing en is de kans kleiner dat virusdeeltjes zich opstapelen in de binnenlucht.

Tips over aankoop en gebruik van CO₂ meters vind je op de website van Agentschap Zorg en Gezondheid [CO₂ en CO₂ meten | Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](https://www.zorg-en-gezondheid.be)

Luchtzuiveringstoestellen

Luchtzuiveringstoestellen worden vaak gezien als een vervanging voor ventilatie. Dit klopt niet.

Luchtreinigers garanderen niet het behalen van een algemeen goede binnenluchtkwaliteit en zijn dus geen evenwaardig alternatief. Ventilatie zorgt namelijk voor de afvoer van de vervuilende stoffen in de binnenlucht (gassen, partikels, micro-organismen) naar buiten toe alsook voor de aanvoer van 'verse' buitenlucht, waardoor de concentraties van alle vervuilende stoffen in de binnenlucht zullen dalen.

Luchtzuivering daarentegen richt zich op de captatie, filtratie of inactivatie van één of meerdere specifieke stoffen (bv. inactivatie van micro-organismen) en laat andere stoffen ongemoeid.

Bovendien verbruiken deze toestellen ook energie en is er onderhoud nodig om deze toestellen goed te laten functioneren.

BEHEER VAN MEDISCH AFVAL

Zie fiche 5: [Afvalbeheer](#)

Hieronder volgt een overzicht waar het afval na een medisch onderzoek door CLB moet verwijderd worden.

Wat?	Waar verwijderen?
naalden	naaldcontainer
lege flacon* vervallen voorgevulde spuiten	recipiënt voor vast risicohoudend medisch afval (RMA)

spruit met een relevante hoeveelheid vloeistof	
lege spuit zonder naald gebruikte compressen en pleisters blisters en naaldbeschermers tongspatels oortrechters voor eenmalig gebruik	restafval
kartonnen verpakking	papier en karton

*Lege flacons worden beschouwd als RMA omwille van de restvloeistof die nog aanwezig kan zijn.

SCHOONMAAKPRINCIPES

Schoonmaakmethoden

Droog reinigen

Stof afnemen

Gebruik hiervoor een stofbindende of vochtige (wegwerp)doek. Het gebruik van stofdoeken wordt afgeraden omdat hierdoor stof en ziektekiemen in de lucht worden verspreid.

Stofwissen

Dit is het schoonmaken van gladde vloeren met een stofwisapparaat en een stofbindende wegwerpdoek. Hiermee worden stof en losliggend vuil verwijderd.

Stofzuigen

Stofzuigen is ideaal voor het schoonmaken van tapijt. Het nadeel van stofzuigen is dat zeer fijne stofdeeltjes via de uitgeblazen lucht in de ruimte terechtkomen.

Opmerking:

- Stofzuig wanneer de kinderen er niet zijn, tenzij de stofzuiger van een speciale filter is voorzien.
- Verlucht altijd de ruimte tijdens het stofzuigen.

Vegen

Met een bezem een gladde vloer schoonmaken. Het nadeel van vegen is dat het vuil grotendeels wordt verplaatst. Een gladde vloer stofwissen heeft de voorkeur.

Nat reinigen

- Nat reinigen gebeurt met een huishoudelijk schoonmaakmiddel.
- Maak een emmer met sopwater klaar. De temperatuur van het sopwater moet handwarm zijn om te zorgen dat het schoonmaakmiddel goed oplost.
- Zorg voor een juiste dosering. Lees goed de gebruiksaanwijzing op de verpakking. Meng verschillende schoonmaakmiddelen nooit met elkaar, dit kan gevaarlijk zijn en de werking verminderen.
- Gebruik steeds een schone doek of borstel.
- Draag bij het reinigen van mogelijk met bloed besmette materialen wegwerphandschoenen.
- Gebruik best geen sponzen omdat ze moeilijk proper te houden zijn. Spoel ze na gebruik uit en berg ze op zodat ze goed kunnen drogen.
- Als het sopwater zichtbaar vervuild is, ververs het tussendoor.
- Gooi na afloop van het schoonmaken het sopwater direct weg in een uitstortgootsteen. Als die er niet is, gebruik dan het toilet (en vergeet niet daarna het toilet schoon te maken).
- Maak emmers na gebruik schoon met heet water, spoel en droog ze.

Werkvolgorde reinigen

Het is belangrijk dat medewerkers bij het schoonmaken de juiste volgorde hanteren, omdat anders iets dat schoon is juist vuil wordt gemaakt. Werk dus altijd van schoon naar vuil. Gebruik schoonmaakmaterialen na een vuil gedeelte niet weer voor een schoon gedeelte.

Werkvolgorde:

- Begin steeds met schoon schoonmaakmateriaal.
- Reinig eerst droog. Werk van schoon naar vuil en van hoog naar laag. Neem eerst stof af, stofwis of -zuig vervolgens de vloer.
- Reinig vervolgens nat: nat afsoppen of onderdompelen, naspoelen met heet water en nadrogen met een schone doek. Denk aan vingerafdrukken op deurkrukken, kranen, doorspoelknoppen, afvalbakken enz.
- Reinig als laatste de vloer. maak altijd eerst de minst vuile ruimte schoon en vervolgens de vuilere ruimtes. Neem zowel voor de keuken als voor de douche- en de toiletruimte altijd schoon sop. Na het soppen van de vloer naspoelen met water en eventueel nadrogen. Bij voorkeur aan de lucht laten drogen.

Schoonmaak- en ontsmettingsmiddelen

Huishoudelijke schoonmaakmiddelen

Er zijn verschillende huishoudelijke schoonmaakmiddelen, die voor verschillende doeleinden gebruikt worden, o.a.:

- Een allesreiniger, een middel dat eiwitten en vetten oplost en voor de meest voorkomende vervuiling te gebruiken is.
- Een kalkoplosser voor kalkaanslag en urinesteen in toiletten en douches.
- Een glasreiniger, voor het streeploos verwijderen van vingerafdrukken e.d.

Naast het voorkómen dat micro-organismen zich kunnen handhaven, vermeerderen en verspreiden, is schoonmaken ook van groot belang voor een goede kwaliteit van de binnenlucht in een school. Voorzichtigheid is hierbij noodzakelijk. Bepaalde schoonmaakmiddelen kunnen allerlei stoffen verspreiden die tot geurhinder of andere gezondheidseffecten kunnen leiden.

Ontsmettingsmiddelen:

- Alcohol 70% (ethanol)
 - Gebruik dit voor desinfectie van kleine oppervlakken (max. 0,5 m²), zoals deurklinken of lichtknoppen.
 - Laat aan de lucht drogen (de effectieve contacttijd is 1 minuut), spoel niet na met water.
 - Reinig en droog het te ontsmetten oppervlak vooraf goed.
 - Gebruik alcohol niet op grote oppervlakken omwille van brandbaarheid en de kans op bedwelming.
- Chlooroplossing 1000 ppm (ppm staat voor parts per million en geeft de concentratie van het ontsmettingsmiddel aan)
 - te gebruiken voor desinfectie van grote oppervlakken (> 0,5 m²) die met bloed of met andere lichaamsvloeistoffen waarin bloedsporen te zien zijn, verontreinigd zijn (zie ook '[Hoe omgaan met bloed en andere lichaamsvochten](#)');
 - Maak chlooroplossing 1000 ppm vers aan met chloortabletten of met bleekwater:
 - oplossen van chloortabletten in handwarm water, aan een concentratie van 1000 ppm (vb. tablet van 1,5 g in 1,5 l water of 1 g in 1 l water) hangt af van de concentratie van de gebruikte tabletten
 - verdunnen van bleekwater in koud water. Zie onderstaande tabel met verdunningen (ifv de commerciële concentraties van de chlooroplossing) om een 1000 ppm chlooroplossing te bekomen.
 - Laat de oplossing minimaal 5 minuten inwerken
 - Spoel nadien na met proper water.

-	hoeveelheid geconcentreerde chlooroplossing	hoeveelheid geconcentreerde chlooroplossing
chlooroplossing 10°	32 ml per liter water	160 ml per 5 liter water
chlooroplossing 12°	26 ml per liter water	130 ml per 5 liter water
chlooroplossing 15°	20 ml per liter water	100 ml per 5 liter water
chlooroplossing 20°	16 ml per liter water	80 ml per 5 liter water

- Oplossingen van tabletten met NaDCC hebben een hogere pH dan oplossingen met bleekwater en zijn daarom minder corrosief voor materialen. Ze worden ook beter verdragen door de gebruikers.
- Huishoudelijk bleekwater is niet volledig stabiel: de concentratie kan wijzigen met verloop van tijd. Bovendien is bij huishoudelijk bleekwater geen vervaldatum voorzien. Er kan dus niet gewaarborgd worden dat de concentratie na enige tijd nog deze is die vermeld staat op de verpakking.
- Gebruik van chloortabletten met NaDCC is te prefereren boven bleekwater. Bleekwater wordt echter als een 'aanvaardbaar' alternatief beschouwd voor gebruik in omgevingen zoals CLB en scholen.

Schoonmaakschema

- Stel een schoonmaakschema op, zodanig dat elk lokaal regelmatig schoongemaakt wordt.
- Geef in het schema duidelijk aan wat er moet gebeuren en hoe vaak.
- Laat het schoonmaakpersoneel na hun werkzaamheden in het schema aankruisen wat ze gedaan hebben en wat nog moet gebeuren.
- Een voorbeeld van een schoonmaakschema voor basisscholen vind je op de website van het Nederlandse RIVM via [Hygiënerichtlijn voor basisscholen | RIVM](#)

Reiniging van schoonmaakmaterialen na gebruik

- Reinig de schoonmaakmaterialen dagelijks en/of na de werkzaamheden op de juiste wijze, droog ze en vervang indien nodig. Zo kan men voorkomen dat met vuile voorwerpen een nog grotere besmetting plaatsvindt.
- Stofdoeken: een stofbindende doek is voor eenmalig gebruik. Was vochtige doeken na gebruik op minimaal 60°C.
- Stofzuiger: verwissel papierzak tijdig. Verwissel stoffilter regelmatig. Ontdoe de stofzuigermond na elk gebruik van aangekleefd vuil.
- Stofwisser: reinig na gebruik. Werp wisdoekje na gebruik weg. Hang stofwisser na gebruik op.

- Dweilen/moppen: gooi na gebruik weg en anders was minimaal dagelijks op 60°C berg droog op.
- Emmers: spoel met heet water schoon na gebruik en doorg daarna goed. Indien een emmer goed wordt gedroogd, hebben gramnegatieve bacteriën geen kans om te groeien waardoor er geen verspreiding kan plaatsvinden.
- Kunststofborstels: spoel na gebruik grondig uit met heet water, sla ze uit en hang op.
- Bezems, trekkers e.d.: ontdoe van aanhangend vuil. Hang het materiaal op om te zorgen dat eventueel vocht er uit kan druppelen en de bezemharen niet uit elkaar gaan staan.
- Materiaalwagen: wekelijks huishoudelijk reinigen.
- Sopdoeken: werp weg na gebruik of was op 60°C. Laat nooit natte sopdoeken in emmers staan. Dit om uitgroei van bacteriën in de natte doekjes te voorkomen.
- Sponzen: niet gebruiken.
- Toiletborstel: spoel na gebruik goed na en vernieuw regelmatig.
- Berg de schoonmaakmaterialen en –middelen op in een aparte werkkast met uitstortgootsteen. Reinig de werkkast minimaal eenmaal per maand huishoudelijk.

BRONNEN

- [Ventileren en verluchten op school tijdens corona \(zorg-en-gezondheid.be\)](https://www.zorg-en-gezondheid.be)
- [Aanbevelingen i.v.m. de infectiebeheersing tijdens de verzorging buiten de verzorgingsinstellingen \(thuisverzorging en/of op een kabinet\) \(HGR nr. 8279\) \(belgium.be\)](https://www.belgium.be)
- [Hygiënerichtlijn voor basisscholen | RIVM](https://www.rivm.nl)

RICHTLIJNEN

LEESWIJZER

Hieronder volgen nog enkele tips en aandachtspunten die kunnen helpen bij de toepassing van de richtlijnen.

- De brieven die bij de richtlijnen horen zijn voorbeeldbrieven en moeten steeds aangepast worden:
 - Lees steeds de voorbeeldbrieven zorgvuldig na.
 - Pas steeds de tekst aan indien [*cursief tussen vierkante haakjes*].
 - Pas eventueel aan naargelang de individuele situatie.
 - Vermeld de datum en logo en contactgegevens van je CLB.
- Denk eraan om bij een uitbraak van een infectieziekte ook collega's die met vragen kunnen geconfronteerd worden op de hoogte te brengen. Elk centrum heeft zijn eigen werking om de continuïteit te waarborgen.
- In de opvolging van een melding die gepaard gaat met huiduitslag kan een dermatologie atlas een hulpmiddel zijn. De online atlas DermNet is een geschikt voorbeeld, zie [Image library | DermNet \(dermnetnz.org\)](https://www.dermnetnz.org/).
- Op de website van VVVJ zijn veel FAQ's terug te vinden over het Draaiboek infectieziekten.

BOF (PAROTITIS EPIDEMICA)

Algemene informatie

Bof, ook wel parotitis epidemica of dikoor of 'de mol' genoemd, is een virale infectie gekenmerkt door koorts en ontsteking van de speekselklieren (meest frequent de parotisklier). De infectie kan ook asymptomatisch verlopen (vooral bij jonge kinderen) of als een respiratoire infectie zonder speekselklierontsteking. Complicaties zoals aseptische meningitis, encefalitis, epididymo-orchitis, oöforitis, gehoorverlies, pancreatitis, thyroïditis, artritis, mastitis, glomerulonefritis, trombocytopenie, cerebellaire ataxie en myocarditis zijn mogelijk.

Solitaire parotitis kan ook veroorzaakt worden door andere virussen (parainfluenzavirus, influenzavirus, EBV, CMV, coxsackie, echovirus), door bacteriën (streptokokken, stafylokokken, Bartonella, mycobacteriën) of door een niet-infectieuze oorzaak (speekselkliersteen, tumor, syndroom van Reiter). **Epidemische parotitis** is steeds veroorzaakt door het bofvirus.

Om die reden is bij een solitaire parotitis laboratoriumdiagnostiek noodzakelijk om tot bof te besluiten. Bij epidemische parotitis kan de diagnose louter klinisch worden gesteld.

Voor meer informatie zie richtlijn van het Departement Zorg [Bof \(dikoor\) | Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)

Gevalsdefinitie:

Mogelijk geval: patiënt met klinisch verdacht beeld.

Waarschijnlijk geval: patiënt met klinisch verdacht beeld, epidemiologisch gelinkt aan een bevestigd geval.

Bevestigd geval: klinisch compatibel geval met laboratoriumconfirmatie

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

Ga vooraleer eventuele maatregelen op te starten steeds na of er effectief sprake is van bof.

Gaat het om een mogelijk, bevestigd of waarschijnlijk geval?

Er worden uitsluitend maatregelen genomen indien:

- Er een positieve laboratoriumdiagnostiek voor bof is; ofwel positieve PCR, ofwel positieve bof IgM bij niet-gevaccineerde of 4-voudige titerstijging bof IgG (bevestigd geval)

OF

- het om een epidemisch voorkomen van parotitis gaat (waarschijnlijk geval).

Verzamel betrouwbare informatie over:

- De diagnose, verifieer eventueel bij de behandelende arts of het gaat om een mogelijke, waarschijnlijke of bevestigde diagnose. Indien er sprake is van een solitair geval dat niet met andere bevestigde gevallen in verband gebracht kan worden, is het van belang dat de diagnose wordt bevestigd door laboratoriumdiagnostiek.
- De (duur van de) klachten
- Indien 2 of meer gevallen in een klas, waarbij symptomen binnen de 25 dagen begonnen, worden gemeld, verzamel dan ook de eventuele link(en) tussen die gevallen (vrienden, gezin, vrijetijdsactiviteiten...). Enkel indien de transmissie vermoedelijk op school is gebeurd spreken we in deze context van epidemiologisch gelinkte gevallen. Indien het om 2 gevallen van eenzelfde gezin gaat is de transmissie niet op school gebeurd.

STAP 2: Meldingsplicht

- Bof is geen meldingsplichtige ziekte.
- Als zich op school 2 of meer **gelinkte** gevallen van bof voordoen in 25 dagen tijd is er wel meldingsplicht bij het [team infectieziektebestrijding](#).

STAP 3: Wering van school

De index wordt geweerd van school vanaf de diagnose tot 5 dagen na het begin van de symptomen.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: de contactopsporing is bedoeld om besmetting met bof te voorkomen bij nog niet-gevaccineerde kinderen (en volwassenen) en bij personen met risico op een ernstig verloop.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

- Besmetting gebeurt via druppelinfectie vanuit neus- en keelholte (door hoesten en niezen).
- De index is besmettelijk van 1 tot 2 dagen voor het ontstaan van parotiszwelling tot 9 dagen na het ontstaan ervan.

De incubatietijd

- De incubatietijd is 12 tot 25 dagen, meestal 16 tot 18 dagen.

De waarschijnlijkheid van de diagnose

- Bij een solitair geval van **bevestigde of waarschijnlijke** bof worden de klasgenoten en klasleerkracht(en) steeds als **nauwe contactpersonen** beschouwd.
- Kijk steeds de vaccinatiestatus voor mazelen-bof-rubella na bij alle nauwe contactpersonen en biedt inhaalvaccinatie aan indien onvolledig (niet in geval van zwangerschap).

Het aantal gevallen

- Bij 2 of meer gelinkte gevallen van (mogelijke) bof binnen 25 dagen worden de klasgenoten en klasleerkracht(en) steeds als **nauwe contactpersonen** beschouwd.
- Kijk steeds de vaccinatiestatus voor mazelen-bof-rubella na bij alle nauwe contactpersonen en biedt inhaalvaccinatie aan indien onvolledig (niet in geval van zwangerschap).

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

- Informeer de (ouders van) de **nauwe contactpersonen** (zie STAP 4: Contactopsporing) over:
 - De ziekteverschijnselen
 - Waakzaamheid en raadplegen behandelend arts
 - Vaccinatiemogelijkheden (zie STAP 6: Vaccinatie)
 - Goede hoest-, snuit- en nieshygiëne

Zie voorbeeldbrief '[Bof in de klas](#)'.

EPBW

Vraag bij elke melding van bevestigde of waarschijnlijke bof aan de school om aan de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk (EPBW)** van de school:

- de informatiebrieven te bezorgen die CLB aan ouders, leerlingen en personeel heeft verspreid.
- mee te delen of er zwangere personeelsleden op school zijn, die nauwe contactpersoon van de besmette leerling(en) zijn

School

- Er zijn geen extra hygiënische maatregelen nodig.
- Motiveer de **school** tot:
 - Goed ventilatie van de klaslokalen
 - Goede hoest-, snuit- en nieshygiëne: Zie fiche [Basishygiëne](#).

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Bofvaccin is een levend verzwakt vaccin en maakt deel uit van de MBR-vaccinatie tegen mazelen, bof en rubella. Een vaccin dat alleen de bofcomponent bevat is in België niet meer verkrijgbaar.
- MBR vaccinatie maakt deel uit van het basisvaccinatieschema en wordt aangeboden op 12 maanden en in het 4^{de} leerjaar.
- Immuniteit van doorgemaakte infectie is levenslang. Immuniteit na vaccinatie (2 dosissen) wordt geschat op 91%, er is ook sprake van waning immunity.
- **Post-exposure vaccinatie** is niet zinvol, maar vaccinatie van niet- of onvolledig gevaccineerden kan wel bescherming bieden aan zij die nog niet blootgesteld zijn. Gezien de incubatietijd tot 25 dagen kan duren kunnen nieuwe gevallen nog laattijdig opduiken.
- Indien zich een uitbraak van bof voordoet bij kinderen die nog niet in het vierde leerjaar zitten, dan kan in samenspraak met het team infectieziektebestrijding beslist worden om de 2^{de} MBR-vaccinatie vervroegd toe te dienen.
- Bied steeds vaccinatie aan de nauwe contactpersonen met een onvolledige MBR vaccinatie aan (niet tijdens zwangerschap). Gebruik hiervoor het standaard toestemmingsformulier voor inhaalvaccinaties.

STAP 7: Chemoprophylaxe

Niet van toepassing

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing

BUIKTYFUS (*SALMONELLA (PARA)TYPHI*)

Algemene informatie

Salmonella typhi is de verwekker van buiktyfus of febris typhoidea. *Salmonella paratyphi* is de verwekker van paratyphus. Beide aandoeningen zijn heel vergelijkbaar, maar paratyfus verloopt doorgaans milder. Het ziektebeeld begint meestal gastro-intestinaal met diarree of obstipatie, maar kan ernstig invasief verlopen met sepsis, hoge koorts, hoofdpijn, sufheid, splenomegalie. Onbehandeld kent buiktyfus een mortaliteit van 10-25%.

Voor meer informatie zie richtlijn van Departement Zorg [Buiktyfus of paratyfus \(zorg-en-gezondheid.be\)](https://www.zorg-en-gezondheid.be)

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

- Contacteer eerst het team infectieziektebestrijding. Aangezien het om een meldingsplichtige aandoening gaat hebben zij mogelijk de melding reeds ontvangen via de behandelend arts of het labo. Spreek onderling af wie de verheldering van de melding zal doen.
- Indien uitzonderlijk 2 of meer gevallen in een klas, waarbij symptomen binnen de week begonnen, worden gemeld, verzamel dan ook de eventuele link(en) tussen die gevallen (vrienden, gezin, vrijetijdsactiviteiten...). Enkel indien de transmissie vermoedelijk op school is gebeurd spreken we in deze context van epidemiologisch gelinkte gevallen. Indien het om 2 gevallen van eenzelfde gezin gaat is de besmetting vermoedelijk niet op school gebeurd.

Gevalsdefinitie:

CRITERIA
<p>Klinische criteria</p> <p>Patiënt met minstens één van de twee volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aanhoudende koorts • minstens twee van de vier volgende: <ul style="list-style-type: none"> ○ hoofdpijn ○ relatieve bradycardie ○ niet productieve hoest ○ diarree, constipatie, malaise of abdominale pijn
<p>Epidemiologische criteria</p> <p>Minstens één van de volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • blootstelling aan een gemeenschappelijke bron • transmissie van mens naar mens • blootstelling aan gecontamineerd eten of drinkwater
<p>Criteria voor laboratoriumconfirmatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • isolatie van <i>Salmonella typhi</i> of <i>paratyphi</i> uit een klinisch staal
GEVALSDEFINITIE
<p>Waarschijnlijk</p> <ul style="list-style-type: none"> • patiënt met klinische criteria EN epidemiologische criteria
<p>Bevestigd</p> <ul style="list-style-type: none"> • patiënt met klinische criteria EN laboratoriumconfirmatie

STAP 2: Meldingsplicht

Buiktyfus en paratyfus zijn steeds meldingsplichtig bij het [team infectieziektebestrijding](#).

STAP 3: Wering van school

- Kinderen uit de basisschool en secundair onderwijs met voldoende hand- en toilethygiëne blijven thuis tot klinisch herstel.
- Kleuters en kinderen met een vergelijkbare ontwikkelingsleeftijd (omwille van zorgbehoefte en type onderlinge contacten) worden geweerd tot:
 - 3 negatieve faecesculturen met minstens 1 dag interval, afgenomen minstens 3 weken na de laatste koortsdag én minstens 2 weken na het beëindigen van de antibioticakuur
- Indien broers of zussen van de index ook diarree krijgen binnen 1 maand, gelden dezelfde weringsmaatregelen; d.w.z. kleuters en kinderen met vergelijkbare ontwikkelingsleeftijd worden geweerd tot de faecesweek eenmaal negatief is (uitsluiting van de diagnose), kinderen met voldoende hand- en toilethygiëne blijven thuis tot klinisch herstel.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: Contactopsporing is bedoeld om alle mogelijk nauwe contactpersonen op te sporen en te bepalen of contacten geweerd dienen te worden en aan welke contacten alleen hygiënemaatregelen geadviseerd moeten worden. Aangezien het gaat over een ernstige ziekte en het is belangrijk om verspreiding van de bacterie te voorkomen.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

- De besmettingsweg is faeco-oraal, via besmet voedsel of water. Transmissie van mens op mens is uitzonderlijk.
- De bacterie wordt uitgescheiden in stoelgang en urine vanaf de eerste ziekteweek tot 3 maanden later. Indien adequate antibioticabehandeling wordt gestart is de uitscheiding nog maximaal 2 weken. In 1-4% van de infecties met *S. typhi* is er chronisch dragerschap en blijft de bacterie langer dan een jaar in de stoelgang aanwezig, bij *S. paratyphi* is dit veel zeldzamer.

De incubatietijd

De incubatietijd van *S. typhi* is 8 tot 14 dagen, met maximale spreiding van 3 dagen tot een maand. De incubatietijd van *S. paratyphi* is 1 tot 3 weken.

De aard van de contacten

De klasgenoten en klasleerkracht(en) zijn **contactpersonen**.

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

- Informeer de (ouders van de) **klasgenoten en klasleerkracht(en)** over:
 - De ziekteverschijnselen
 - Waakzaamheid en raadplegen behandelend arts
 - Goede hand- en toilethygiëne

Zie voorbeeldbrief '[Buiktyfus in de klas](#)'.

EPBW

Vraag de school om bij een uitbraak van buiktyfus ook aan de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk** van de school:

- de informatiebrieven te bezorgen die CLB aan ouders, leerlingen en personeel heeft verspreid.
- mee te delen of er zwangere personeelsleden zijn, die contactpersoon van de besmette leerling zijn

School

- Informeer en stimuleer de school tot goede hand- en toilethygiëne:
 - Handhygiëne: zie fiche [basishygiëne](#)
 - Toiletgebruik:
 - Handenwassen na elk toiletgebruik
 - Gebruik bij voorkeur wegwerpluiers
 - Reinig en desinfecteer het luierkussen na ieder gebruik.
 - Verwittig het schoonmaakbedrijf en poetspersoneel en licht hen in over de besmettelijkheid. Reinig en desinfecteer minimaal 1x per dag en bij voorkeur 2x per dag het sanitair blok: het toilet, de spoelknop, de deurklink, kranen, lichtschaakelaar,... (alle frequent aangeraakte oppervlakken).

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Er zijn 2 vaccins beschikbaar tegen *S. typhi*:
 - Een levend afgezwakt oraal vaccin
 - Een dood parenteraal vaccin
- Vaccinatie is in Vlaanderen uitsluitend geïndiceerd voor reizen naar (sub)tropisch gebied.
- Er is geen vaccin beschikbaar tegen *S. paratyphi*.

STAP 7: Chemoprophylaxe

Niet van toepassing

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing op school.

DIFTERIE (KROEP)

Algemene Informatie

Difterie kan veroorzaakt worden door *Corynebacterium diphtheriae* of *Corynebacterium ulcerans*. *C. diphtheriae* is overdraagbaar van mens tot mens, terwijl *C. ulcerans* een zoönose is. Er zijn aanwijzingen dat *C. ulcerans* zeldzaam ook van mens tot mens overdraagbaar is.

Difterie heeft verschillende klinische manifestaties, we spreken van cutane difterie, respiratoire difterie of andere vormen van difterie. De niet-toxigene producerende stammen veroorzaken enkel lokale symptomen (vb tonsillitis, wondlaesies, ...), terwijl de toxigene producerende stammen ook symptomen op afstand veroorzaken (vb myocarditis, neuritis, tubulusnecrose). Algemene tekens van toxiciteit zijn zeldzamer na een cutane dan na een respiratoire difterie.

Ernstige ziekteverschijnselen worden voornamelijk veroorzaakt door het exotoxine.

Bij vermoeden van difterie moet steeds zo snel mogelijk staalname gebeuren zodat laboratoriumconfirmatie (inclusief toxineproductie) mogelijk is.

Maatregelen zoals in dit document beschreven zijn enkel van toepassing voor toxigene corynebacterie-stammen, maar in afwachting van de uitslag van het laboratoriumonderzoek worden de maatregelen wel al in gang gezet door het team infectieziektebestrijding. Indien de stam achteraf gezien geen exotoxinen produceert worden de maatregelen gestaakt.

Voor meer informatie zie richtlijn van het Departement Zorg [Difterie \(kroep\) | Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](https://www.zorg-en-gezondheid.be).

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

Contacteer eerst het team infectieziektebestrijding om na te gaan of er effectief sprake is van difterie. Aangezien het om een meldingsplichtige aandoening gaat hebben zij normaal gezien de melding reeds gekregen via de behandelend arts of het labo. Bron- en contactonderzoek worden steeds

gecoördineerd door het team infectieziektebestrijding. Het CLB speelt een ondersteunende rol op schoolniveau. Spreek onderling af welke rol het CLB opneemt.

Gevalsdefinitie:

GEVALSDEFINITIE
Mogelijk <ul style="list-style-type: none">• patiënt met klinische criteria van een respiratoire difterie
Waarschijnlijk <ul style="list-style-type: none">• patiënt met klinische criteria EN epidemiologische criteria
Bevestigd <ul style="list-style-type: none">• patiënt met klinische criteria EN laboratoriumconfirmatie
CRITERIA
Klinische criteria <ul style="list-style-type: none">• Respiratoire difterie: een pseudomembraan ter hoogte van de neus, farynx, tonsillen of larynx OF <ul style="list-style-type: none">• Cutane difterie: huidletsel al dan niet met een pseudomembraan
Epidemiologische criteria Minstens één van de volgende: <ul style="list-style-type: none">• transmissie van mens naar mens• transmissie van dier naar mens
Criteria voor laboratoriumconfirmatie <ul style="list-style-type: none">• isolatie van toxigene <i>C. diphtheriae</i>, <i>C. ulcerans</i> of <i>C. pseudotuberculosis</i> stam uit een klinisch staal

STAP 2: Meldingsplicht

- Toxine-producerende difterie is steeds meldingsplichtig bij het [team infectieziektebestrijding](#). Zowel voor *C. diphtheriae*, *C. ulcerans* als *C. pseudotuberculosis*.
- Neem al contact op met het [team infectieziektebestrijding](#) bij het eerste vermoeden van difterie!

STAP 3: Wering van school

- Wering geldt voor elk (verdacht) geval van respiratoire difterie en alle nauwe contactpersonen in afwachting van het resultaat van de nasofaryngeale wisser.
- Wering geldt ook voor cutane difterie indien keeldragerschap door toxineproducerende *C. diphtheriae*. Ook in afwachting van het resultaat van de keelwisser geldt wering.
- Indien toxine-producerende *C. diphtheriae* bevestigd is wordt wering aangehouden tot minstens 48u na de start van de antibiotica.
- Indien laboratoriumonderzoek toxine-producerende *C. diphtheriae* kan uitsluiten, mag wering opgeheven worden.
- Voor een bevestigde *C. ulcerans* infectie is wering niet nodig, ook niet indien deze toxine produceert. Overdracht van mens op mens is zeer onwaarschijnlijk.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: de contactopsporing is bedoeld om alle nauwe contactpersonen op te sporen en neuskeeldragerschap na te gaan.

Bij een melding van (vermoeden van) difterie wordt de contactopsporing steeds gecoördineerd door het team infectieziektebestrijding. Ook doen zij het brononderzoek. Het CLB speelt een ondersteunende rol op schoolniveau.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

- Besmetting met *C. diphtheriae* gebeurt aërogeen (hoesten, niezen, zingen, ...) of via direct contact (zoenen) en/of via contact met wondexsudaat. Het contact met de bron moet nauw en langdurig zijn voor overdracht, zoals in gezinnen en instellingen. Huidlaesies zijn ook besmettelijk; overdracht van een huidlaesie naar de keel is zelfs effectiever dan omgekeerd. Huiddifterie speelt een belangrijke rol in de overdracht in tropische klimaten en bij slechte hygiënische omstandigheden. Overdracht door een zieke persoon is effectiever dan door een asymptomatische drager. *C. ulcerans* is een zoönose, die zelden van mens op mens overgedragen wordt. Er moet wel naar een potentieel gemeenschappelijke bron gezocht worden (vb. consumptie van ongepasteuriseerde melk(producten), contact met dieren)
- Het begin van de besmettelijke periode is niet bekend, maar een patiënt is in ieder geval besmettelijk vanaf het moment dat de klachten beginnen. Voor de contactopsporing worden contacten opgespoord vanaf 7 dagen voor de eerste ziektedag. Onbehandeld verdwijnen de bacteriën meestal binnen 2 weken in geval van respiratoire difterie; bij huiddifterie is deze periode langer. 48u na behandeling is de bacterie meestal niet meer aantoonbaar.
- De bacterie is betrekkelijk goed bestand tegen uitdroging, afkoeling (tot 10°C) en verhitting (tot 58°C) en kan dus dagen tot weken in de omgeving overleven.

De incubatietijd

De incubatie is 1 tot 7 dagen, meestal 2-5 dagen.

De aard van de infectie en het oorzakelijk micro-organisme

- Voor respiratoire difterie en cutane difterie met bewezen keeldragerschap door toxineproducerende *C. diphtheriae*:
 - Een **nauwe contactpersoon** van de index wordt gedefinieerd als personeel of leerlingen die in de periode startend vanaf 7 dagen vóór de eerste ziektedag van de index tot 48 uur na het starten van de antibioticabehandeling volgend contact met de index hebben gehad:
 - Samen gelogeerd hebben met de index (vb. kamergenoten op bosklassen, zeeklassen, internaat)
 - Kinderen die langer dan 4u aansluitend naast de index in de klas zaten

- Slijmvliescontact hadden met de index (zoenen)
- Voor cutane difterie door *C. diphtheriae* zonder keeldragerschap:
 - Een **nauwe contactpersoon** van de index wordt gedefinieerd als personeel of leerlingen die vanaf het ontstaan van de wonde mogelijk in contact zijn geweest met wondexsudaat (wondcontacten).
- Voor difterie door toxineproducerende *C. ulcerans*
 - Een **nauwe contactpersoon** wordt gedefinieerd als personeel of leerlingen die zijn blootgesteld aan een gemeenschappelijke bron voor *C. ulcerans*-besmetting (dier, melk) als de index. De kans op overdracht van mens op mens is onwaarschijnlijk maar niet onmogelijk en dus is inventarisatie van klachten wel aangewezen.

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

- De **nauwe contactpersonen** worden gecontacteerd door het team infectieziektebestrijding i.v.m. de te nemen acties.
- Eventuele informatiebrieven worden steeds door of samen met het team infectieziektebestrijding opgemaakt.

EPBW

Spreek af met het team infectieziektebestrijding wie de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk** van de school informeert en welke informatie gedeeld wordt.

School

Informeer de **school** dat enkel de algemeen geldende hygiënische maatregelen volstaan.

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Vaccinatie gebeurt met het difterie toxoïd, dit is het geïnactiveerde toxine. Vaccinatie met toxoïd beschermt tegen de effecten van het exotoxine geproduceerd door *C. diphtheriae*, en vermoedelijk ook tegen deze geproduceerd door *C. ulcerans*. Antitoxische immuniteit beschermt tegen de systemische verschijnselen, in principe niet tegen lokale infectie.
- Vaccinatie tegen difterie is steeds een combinatievaccin met minstens tetanos en kinkhoest. Tot 13 jaar heeft de hogere dosis, in combinatie met polio (DTPa-IPV) de voorkeur, hoewel volgens de bijsluiter de minimumleeftijd voor toediening van het dTpa vaccin 4 jaar is. In een inhaalvaccinatiescenario biedt dTpa echter onvoldoende bescherming. Vanaf 13 jaar wordt wel het lager gedoseerde vaccin (dTpa) gebruikt.

- Vaccinatie tegen difterie maakt deel uit van het basisvaccinatieschema en wordt toegediend op 2, 3, 4 en 15 maanden en de herhalingsvaccinaties in het 1^{ste} leerjaar en het 3^{de} secundair. Op volwassen leeftijd is om de 10 jaar een herhaling aangewezen.
- Kijk naar aanleiding van een geval wel steeds de vaccinatiestatus na van alle klasgenoten.
- Uit voorzorg wordt een boostervaccinatie aangeboden indien de leerling een nauwe contactpersoon (zie STAP 4: Contactopsporing) is geweest met een **bevestigd** toxineproducerende *C. diphtheriae* geïnfecteerde persoon én indien de laatste toediening langer dan 5 jaar geleden was. Overleg dit eerst met team infectieziektebestrijding.
- Leerlingen die om welke reden dan ook nog niet gevaccineerd zijn tegen difterie hebben recht op een volledig inhaalschema.
- **Postexposure vaccinatie** heeft geen nut. De vaccinatiestatus op peil brengen kadert enkel in pre-exposure profylaxe.
- Natuurlijke infectie leidt niet altijd tot antistoffen tegen het toxine en geeft dus niet altijd blijvende immuniteit.

STAP 7: Chemoprofylaxe

- Antibiotica profylaxe wordt toegediend aan de **nauwe contactpersonen** (zie STAP 4: Contactopsporing). Zie richtlijn Departement Zorg.
- Antibioticaprofylaxe is enkel aangewezen bij:
 - Respiratoire difterie, er moet niet gewacht worden op bevestiging van toxineproductie. Indien toxineproductie in de nasofaryngeale wisser negatief blijkt wordt profylaxe gestaakt.
 - Cutane difterie, indien er bevestigde keeldragerschap is van een toxine-producerende *C. diphtheriae* stam.

STAP 8: Staalname

- Bij alle **nauwe contactpersonen** (zie STAP 4: Contactopsporing) moet een nasofaryngeale wisser afgenomen worden om dragerschap op te sporen. Cutane screening moet enkel indien de contactpersoon wondlaesies heeft. De coördinatie van de acties gebeurt door het team infectieziektebestrijding. De aanpak zal variëren van case tot case: van volledige uitwerking door de betrokken huisarts(en) tot staalafnames en vaccinatie op schoolniveau door het CLB team en het team infectieziektebestrijding.
- Het Nationaal Referentiecentrum voert de testen gratis uit. De resultaten van deze testen worden via het team infectieziektebestrijding aan het betreffende CLB, ouders en huisarts bezorgd.

GASTRO-ENTERITIS

Algemene informatie

Gastro-enteritis wordt veroorzaakt door een hele waaier van mogelijke pathogenen.

- Bacteriën: *Campylobacter spp*, *Shigella spp*, *Salmonella spp*, *Yersinia spp*.
- Virussen: rotavirus, norovirus
- Parasieten: *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium spp*

Het ziektebeeld kan sterk variëren in ernst; gaande van milde maag-darmklachten met braken en diarree, tot hoge koorts, deshydratie en bloederige diarree (dysenterie), waarvoor soms hospitalisatie nodig is.

Bij milde en kortdurende gastro-intestinale klachten zal er meestal geen laboratoriumdiagnostiek gebeuren en is het oorzakelijk micro-organisme niet gekend. Bij ernstige of langdurige symptomen is verder onderzoek wel aangewezen.

Indien het om een *Shigella spp* infectie of om een *Salmonella typhi* infectie (buiktyfus) gaat verwijzen we naar de overeenkomstige richtlijnen: [Salmonella typhi of paratyphi \(buiktyfus\)](#), [Shigella](#)

Voor alle andere oorzakelijke kiemen of wanneer het oorzakelijk micro-organisme niet gekend is geldt deze richtlijn.

Voor meer informatie zie de overeenkomstige richtlijn van het Departement Zorg [Gastro-enteritis \(maagdarminfectie\) \(zorg-en-gezondheid.be\)](#).

Indien de gastro-intestinale klachten voedselgerelateerd lijken, verwijzen we naar de richtlijn [Voedselinfectie](#).

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

Bij een eerste geval van gastro-enteritis zijn geen maatregelen te nemen. Pas vanaf 2 of meer gelinkte gevallen (cluster), zijn eventueel maatregelen te nemen.

Ga bij een melding van een cluster van gastro-enteritis steeds na:

- Zouden de infecties kunnen voedselgerelateerd zijn? Dit is wanneer de infecties op min of meer hetzelfde moment startten, bij meerdere personen die dezelfde voedingsbron nuttigden. Indien er een vermoeden is dat het om een voedselinfectie gaat:
 - Neem zo snel mogelijk contact op met het team infectieziektebestrijding.
 - Bewaar het verdachte voedsel in de koelkast in een afgesloten recipiënt met duidelijke aanduiding dat het niet mag geconsumeerd worden.
 - Volg verder de richtlijn [voedselinfectie](#).
- Gaat het om een uitbraak van gastro-enteritis, dwz 3 of meer gevallen?
- Wat is de link tussen de verschillende gevallen (vrienden, gezin, vrijetijdsactiviteiten...)? Enkel indien de transmissie vermoedelijk op school is gebeurd spreken we in deze context van epidemiologisch gelinkte gevallen. Indien het om gevallen binnen eenzelfde gezin gaat is de transmissie niet op school gebeurd.
- Is de oorzakelijke pathogeen gekend? Zo ja, over welke pathogeen gaat het?
- Wat is de duur van de klachten? Wat is de ernst van de klachten?

Gevalsdefinitie van een gastro-intestinale infectie:

CRITERIA
Epidemiologische criteria Minstens één van de volgende: <ul style="list-style-type: none">• transmissie van mens naar mens• blootstelling via omgeving
Criteria voor laboratoriumconfirmatie <ul style="list-style-type: none">• isolatie of positieve PCR van een gastro-intestinaal pathogeen agens in bloed, maagvocht of feces
GEVALSDEFINITIE
Waarschijnlijk <ul style="list-style-type: none">• patiënt met passend klinisch beeld EN epidemiologische criteria
Bevestigd <ul style="list-style-type: none">• patiënt met passend klinisch beeld EN laboratoriumconfirmatie

STAP 2: Meldingsplicht

- Op basis van het Ministerieel Besluit van 19 juni 2009 tot bepaling van de lijst van infecties die gemeld moeten worden (gewijzigde lijst per 1.01.2017), is gastro-enteritis verplicht te melden

vanaf 3 of meer gelinkte gevallen (Zie STAP 1 Verheldering) met vergelijkbare symptomen binnen één klas. Om dit in de praktijk realistisch en zinvol te houden wordt melding aan het [team infectieziektebestrijding](#) gevraagd van zodra er een kiemidentificatie door middel van laboratoriumonderzoek plaatsvond bij minstens één leerling, omwille van ernst of duur van de symptomen.

- Indien het om *Shigella spp* of *Salmonella typhi* of *paratyphi* of STEC gaat, zie overeenkomstige richtlijnen.

STAP 3: Wering van school

- Zieke kinderen blijven steeds thuis van school.
- Indien een uitgebreide cluster van infecties kunnen kinderen wel geweerd worden. Dit is steeds in overleg met het team infectieziektebestrijding.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: Contactopsporing is bedoeld om de risicocontacten te verwittigen van een mogelijke blootstelling en transmissie te voorkomen.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

- De meeste van deze micro-organismen worden faeco-oraal of via besmet voedsel of water overgedragen.
- Er zijn individuele verschillen naargelang het oorzakelijk micro-organisme. Auto-infectie of transmissie van mens tot mens zijn bij sommige pathogenen mogelijk. Zie [overzichtstabel](#) van Departement Zorg.

De incubatietijd

Dit hangt af van het oorzakelijk micro-organisme.

- *Giardia lamblia*: 14 dagen
- *Cryptosporidium spp*: 4 tot 28 dagen, meestal 7-10 dagen
- Non-typhus *Salmonella*: 6-72u, meestal 24-48u
- *Campylobacter spp*: 1-7 dagen, gemiddeld 3 dagen
- Norovirus: 12-48u

Het aantal gevallen

- Vanaf 2 of meer gelinkte gevallen met
 - *Giardia lamblia* of *Cryptosporidium* binnen 1 maand
 - Non-typhus *Salmonella spp*, *Campylobacter spp* of norovirus binnen 1 week

zijn alle klasgenoten en klasleerkracht(en) contactpersonen.

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

- Informeer de (ouders van de) **klasgenoten en klasleerkracht(en)** over:
 - De toedracht van de uitbraak (gastro-intestinale infectie, oorzakelijke kiem)
 - De ziekteverschijnselen
 - Waakzaamheid en raadplegen behandelend arts
 - Goede hand- en toilethygiëne

Zie voorbeeldbrief '[Maag-darm infectie in de klas](#)'.

EPBW

Vraag de school om bij een uitbraak van gastro-enteritis ook aan de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk** van de school:

- de informatiebrieven te bezorgen die CLB aan ouders, leerlingen en personeel heeft verspreid.
- mee te delen of er zwangere personeelsleden zijn, die contactpersoon van de besmette leerling zijn

School

- Informeer en stimuleer de school tot goede hand- en toilethygiëne. De meeste van de micro-organismen worden nog lange tijd in de stoelgang uitgescheiden, ook als de symptomen al zijn opgeklaard:
 - Handhygiëne: zie fiche [basishygiëne](#)
 - Toiletgebruik:
 - Handenwassen na elk toiletgebruik
 - Gebruik bij voorkeur wegwerpluiers
 - Reinig en desinfecteer het luierkussen na ieder gebruik.
 - Verwittig het schoonmaakbedrijf en poetspersoneel en licht hen in over de besmettelijkheid. Reinig en desinfecteer minimaal 1x per dag en bij voorkeur 2x per dag het sanitair blok: het

toilet, de spoelknop, de deurklink, kranen, lichtsakelaar,... (alle frequent aangeraakte oppervlakken).

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Er is geen vaccin beschikbaar tegen de micro-organismen in deze richtlijn beschreven.
- Voor geen enkele van de micro-organismen in deze richtlijn is er levenslange immuniteit na doorgemaakte infectie. Herinfecties zijn steeds mogelijk.

STAP 7: Chemoprophylaxe

Niet van toepassing

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing.

HEPATITIS A (HAV)

Algemene informatie

Hepatitis A is een besmettelijke vorm van leverontsteking die veroorzaakt wordt door het hepatitis A-virus. Typisch begint hepatitis A met vermoeidheid, algemeen onwel zijn, koorts, misselijkheid, diarree of constipatie, gebrek aan eetlust en buikpijn. Na enkele dagen kan geelzucht optreden. Nadien volgt er een herstelperiode die enkele weken tot maanden kan aanhouden. Vermoeidheid is dan de belangrijkste klacht. Niet iedereen wordt even ziek door hepatitis A. Jonge kinderen (<6 jaar) hebben vaak weinig tot geen klachten.

Hepatitis A komt in landen met slechte sanitaire voorzieningen endemisch voor, voornamelijk bij kinderen. Daardoor kunnen er meldingen zijn die gelinkt zijn aan een reis in een endemisch gebied. In West-Europa komt Hepatitis A sporadisch en soms epidemisch voor door de lage seroprevalentie in onze bevolking.

De behandeling van een Hepatitis A infectie is puur symptomatisch. Bij een fulminant verloop is ziekenhuisopname en uitzonderlijk zelfs een levertransplantatie nodig.

Voor meer informatie zie richtlijn van het Departement Zorg [Hepatitis A | Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](https://www.zorg-en-gezondheid.be).

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

Contacteer eerst het team infectieziektebestrijding om na te gaan of er effectief sprake is van een Hepatitis A (HAV) infectie. Aangezien het om een meldingsplichtige aandoening gaat hebben zij normaal gezien de melding reeds ontvangen via de behandelend arts of het labo. Contact- en brononderzoek worden steeds gecoördineerd door het team infectieziektebestrijding. Het CLB speelt een ondersteunende rol op schoolniveau. In onderling overleg wordt afgesproken hoe het CLB die rol kan opnemen.

Gevalsdefinitie:

GEVALSDEFINITIE
Waarschijnlijk <ul style="list-style-type: none"> • patiënt met klinische criteria EN epidemiologische criteria
Bevestigd <ul style="list-style-type: none"> • patiënt met klinische criteria EN laboratoriumconfirmatie
CRITERIA
Klinische criteria <ul style="list-style-type: none"> • patiënt met vermoeidheid, abdominale pijn, eetlustvermindering, nausea, braken EN, minstens één van de volgende: <ul style="list-style-type: none"> • koorts • icterus • gestegen transaminasen
Epidemiologische criteria Minstens één van de volgende: <ul style="list-style-type: none"> • transmissie van mens naar mens • blootstelling aan een gemeenschappelijke bron • blootstelling aan besmet voedsel of drinkwater • blootstelling via omgeving
Criteria voor laboratoriumconfirmatie Ten minste één van de volgende: <ul style="list-style-type: none"> • detectie van hepatitis A-virus nucleïnezuur in serum, stoelgang of speeksel • hepatitis A-virus specifieke IgM antistofrespons in combinatie met verhoogde ALT of AST waarden • detectie van hepatitis A-virus-antigeen in stoelgang.

STAP 2: Meldingsplicht

Een Hepatitis A infectie is steeds meldingsplichtig bij het [team infectieziektebestrijding](#) .

STAP 3: Wering van school

- Kinderen mogen niet naar school komen tot één week na het begin van de icterus of koorts. Indien het kind na die week niet meer ziek is, kan het terug naar school komen.
- Wering van school draagt bij tot het inperken van epidemieën. In praktijk zijn er echter ook asymptomatische gevallen en komt wering als maatregel vaak te laat. Toch kunnen symptomatische kinderen of leerkrachten niet toegelaten worden tot de school.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: de contactopsporing is bedoeld om de onbeschermd contactpersonen binnen de 2 weken na blootstelling te kunnen vaccineren.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

- Besmetting gebeurt feco-oraal. Het virus vermenigvuldigt zich in de lever en wordt via de stoelgang uitgescheiden.
 - Directe besmetting: door slechte handhygiëne na toiletbezoek, na luierswissel
 - Indirecte besmetting: door besmet voedsel of besmet water of besmette oppervlakten.
 - Speeksel en urine zijn niet besmettelijk. Nochtans kan het virus met PCR in speeksel aangetoond worden, maar de virale lading is te laag om besmettelijk te zijn.
- De besmettelijkheid is het grootst net voor het ontstaan van de icterus, maar de besmettelijke periode gaat van 1 week voor het begin van de icterus of koorts tot 1 week na het begin van icterus of koorts.

De incubatietijd

- De incubatie is gemiddeld 28 dagen, maar varieert van 2 tot 7 weken

De aard van de contacten

- **Nauwe contactpersonen** zijn:
 - Klasgenoten en klasleerkracht(en) van een index in de kleuterklas of in een klas van kinderen met een vergelijkbare ontwikkelingsleeftijd (omwille van zorgbehoefte en type onderlinge contacten)
 - Kinderen die tijdens de besmettelijke periode samen gelogeerd hebben in schoolverband en dezelfde sanitaire voorzieningen gedeeld hebben (vb bosklassen)
 - Kinderen in de leefgroep van een index in een instelling voor personen met een mentale beperking
- Kijk de vaccinatiestatus voor hepatitis A van de nauwe contactpersonen na in Vaccinnet. Een doorgemaakte infectie of de aanwezigheid van hepatitis A IgG antistoffen is ook een bewijs van immuniteit.
- De klasgenoten en klasleerkracht(en) van één index in lager of secundair onderwijs worden opgeroepen tot waakzaamheid.

Het aantal gevallen

- Bij 2 of meer gelinkte gevallen van hepatitis A in een klas binnen 7 weken zijn de volledige klas en betrokken klasleerkracht(en) **nauwe contactpersonen**.
 - Ga na of er een gemeenschappelijke bron is op school
 - Ga na wie nog kunnen blootgesteld zijn aan deze bron
 - Kijk de vaccinatiestatus voor Hepatitis A van de nauwe contactpersonen na in Vaccinnet. Verwittig ook de klasleerkracht(en) om hun vaccinatiestatus na te kijken of op te vragen.

- Een doorgemaakte infectie of de aanwezigheid van hepatitis A IgG antistoffen is ook een bewijs van immuniteit.

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

1. Informeer bij 1 geval van Hepatitis A de (ouders van de) klasgenoten en klasleerkracht(en) in lager of secundair onderwijs over:

- De ziekteverschijnselen
- Waakzaamheid en raadplegen behandelend arts
- Vaccinatiemogelijkheden (zie STAP 6: Vaccinatie)
- Preventieve maatregelen zoals goede handhygiëne

Zie voorbeeldbrief '[Hepatitis A in de klas](#)'

2. Informeer de (ouders van de) **nauwe contactpersonen** (zie STAP 4: Contactopsporing) over:

- De ziekteverschijnselen
- Waakzaamheid en raadplegen behandelende arts
- Speekseltest (Zie STAP 8: Staalname)
- Post-exposure vaccinatie (zie STAP 6: Vaccinatie)
- Preventieve maatregelen zoals goede handhygiëne

Zie voorbeeldbrieven '[Hepatitis A in de klas, vaccin is aanbevolen](#)' en '[Jouw toestemming voor speekseltest en vaccin tegen Hepatitis A](#)'

EPBW

Vraag bij elke melding van hepatitis A in een kleuterklas of in een klas met vergelijkbare ontwikkelingsleeftijd (omwille van zorgbehoefte en type onderlinge contacten) aan de school om aan de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk (EPWB)** van de school:

- de informatiebrieven te bezorgen die CLB aan ouders, leerlingen en personeel heeft verspreid.
- mee te delen of er zwangere personeelsleden op school zijn, die nauwe contactpersoon van de besmette leerling(en) zijn

School

- Informeer de **school** over:
 - **Verhoogde waakzaamheid voor symptomen passend bij hepatitis A infectie:** Er moet na elke melding een verhoogde waakzaamheid worden ingesteld op school gedurende de maximale incubatieperiode van 7 weken.

- **Hygiënische maatregelen:** De volgende hygiënische maatregelen moeten tot 3 maanden na de laatste melding in stand gehouden worden:
 - Goede handhygiëne: zie fiche [Basishygiëne](#)
 - Toiletgebruik:
 - Handenwassen na elk toiletgebruik.
 - Gebruik bij voorkeur wegwerpluiers.
 - Reinig en desinfecteer het luierkussen na ieder gebruik.
 - Verwittig het schoonmaakbedrijf en poetspersoneel en licht hen in over de besmettelijkheid. Zij moeten ook de preventieve maatregelen gedurende 3 maanden in acht nemen.
 - **Reinig en desinfecteer minimaal 1x per dag en bij voorkeur 2x per dag het sanitair blok:** het toilet, de spoelknop, de deurklink, kranen, lichtschakelaar,... (alle frequent aangeraakte oppervlakken)
 - Ook speelgoed dat in de mond gestoken wordt (kleuterscholen!) moet goed schoongemaakt worden met warm water en zeep.
 - Was textiel dat bevuild is met stoelgang of braaksel op minimaal 40 graden op een volledig wasprogramma. Droog het daarna in de droger of strijk het zo heet mogelijk.
 - Bij zichtbare verontreiniging van oppervlakten met bloed en stoelgang moeten deze lichaamsvochten met een doekje verwijderd worden om nadien te desinfecteren met alcohol 70-80% of een chlooroplossing (1.000 ppm).

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Vaccinatie tegen HAV is niet opgenomen in het basisvaccinatieschema
- Vaccinatie bestaat uit 2 toedieningen met een interval van minstens 6 maanden
- Vaccinatie is mogelijk vanaf de leeftijd van 12 maanden. Voor kinderen <16 jaar is een vaccin met lagere dosis aangewezen (Junior)
- HAV vaccinatie geeft een levenslange bescherming, controle van de antistoftiter is niet nodig, tenzij bij immuungecompromitteerden.
- **Post-exposure vaccinatie (PEV)** vermindert het risico op infectie.
 - PEV is aanbevolen voor de nauwe contactpersonen (zie STAP 4: Contactopsporing).
 - Spreek af met het team infectieziektebestrijding om PEV zo snel mogelijk toe te dienen en uiterlijk 2 weken na het contact met de index.
 - Dit betreft slechts één toediening en is gratis. De tweede toediening voor volledige bescherming (6-12 maand na de eerste) is sterk aanbevolen indien geen infectie met HAV, maar is op kosten en initiatief van de ouders. Afhankelijk van het resultaat van de speekseltest wordt de tweede vaccinatie al dan niet aanbevolen.

- Ook de huisarts of kinderarts kan het vaccin gratis bestellen bij het team infectieziektebestrijding indien de vaccinatie kadert in een PEV. Voor de vaccinatie van de nauwe contacten op school wordt dit wel best zo veel mogelijk gecentraliseerd, vaccinatie bij de huisarts of kinderarts zorgt voor vertraging en is logistiek veel complexer. (Anderzijds moet het volledige gezin van elk secundair geval van Hepatitis A wel door de huisarts gevaccineerd worden).
- Voor de klasgenoten en leerkrachten die geen nauwe contactpersoon (zie STAP 4: Contactopsporing) zijn wordt post-exposure vaccinatie niet gratis aangeboden, maar informeer wel over de mogelijkheid om dit bij de huisarts of kinderarts te laten doen.
- Hepatitis A vaccinatie is ook beschikbaar in combinatievaccins (met Hepatitis B of met typhus). Deze combinatievaccins zijn enkel geschikt voor pre-exposure profylaxe. Omwille van de lagere dosis mogen deze niet gebruikt worden als post-exposure profylaxe.

STAP 7: Chemoprofylaxe

Postexposure vaccinatie (zie hierboven).

STAP 8: Staalname

- Bij alle nauwe contactpersonen (zie STAP 4: Contactopsporing) wordt een speekseltest afgenomen met een speciale wisser, dit is niet invasief en pijnloos. Deze test spoort op of het kind al (asymptomatisch) besmet is met hepatitis A. Het team infectieziektebestrijding voorziet het nodige materiaal en biedt ondersteuning. Spreek steeds onderling af en vraag hulp waar nodig.
- De ouders moeten toestemming geven voor deze afname en kunnen dit dus ook weigeren. Er zijn geen consequenties, maar ga zoveel mogelijk in gesprek bij weigering. Indien er hepatitis A in het gezin is, lopen de volwassenen het hoogste risico op ernstige ziekte. Om logistieke redenen is het af te raden om de speekseltest bij de huisarts te laten afnemen, de huisarts beschikt standaard niet over deze speekseltest en het staal moet naar het referentielaboratorium (Sciensano) gestuurd worden.
- De resultaten van deze testen worden via het team infectieziektebestrijding aan het betreffende CLB bezorgd en CLB brengt de ouders via brief op de hoogte. Afhankelijk van het resultaat wordt ook de tweede vaccinatie al dan niet aanbevolen in deze brief.

HEPATITIS B (HBV)

Algemene informatie

Het Hepatitis B virus (HBV) verspreidt zich via het bloed doorheen het lichaam. Indien een adequate afweerreactie zorgt voor een volledige klaring van het virus (seroconversie van HBsAg naar anti-HBs) is er enkel een acute HBV infectie. Bij een inadequate afweerreactie ontstaat chronische HBV infectie (HBsAg blijft aanwezig).

Bij ongeveer 90% van de kinderen en 60% van de volwassenen verloopt een acute HBV infectie zonder specifieke klachten of verschijnselen.

Bij ongeveer 10% van de kinderen en 40% van de volwassenen treedt een symptomatische acute hepatitis B op. Bij kinderen is het klinisch verloop meestal korter en milder dan bij volwassenen. Bij een klinisch manifeste acute HBV-infectie is de mortaliteit $\pm 0,1\%$ (fulminante hepatitis).

Wanneer het virus niet geklaard wordt evolueert de infectie naar een chronische HBV-infectie. Men spreekt van chronisch dragerschap indien HBsAg langer dan 6 maanden in het serum aantoonbaar blijft. Chronische HBV evolueert soms naar levercirrose of hepatocellulair carcinoom.

Voor meer informatie zie richtlijn van het Departement Zorg [Hepatitis B | Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](https://www.zorg-en-gezondheid.be)

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

STAP 1: Verheldering van de melding

Melding van HBV infectie aan school of CLB is niet nodig.

Op school is er geen risico op verspreiding van de ziekte.

De gebruikelijke hygiënemaatregelen ten aanzien van omgaan met bloed en het hanteren van een (prik)accidentenprotocol volstaan.

Bovendien is de overgrote meerderheid van de jongeren gevaccineerd volgens het basisvaccinatieprogramma.

Gevalsdefinitie:

CRITERIA

Criteria voor laboratoriumconfirmatie

- HBsAg + en anti-HBc IgM +
- OF
- shift HBsAg van – naar +
- OF
- shift PCR HB van – naar +

GEVALSDEFINITIE

Waarschijnlijk

- patiënt met passend klinisch beeld suggestief voor hepatitis EN HBsAg+
- OF
- patiënt met HBsAg+ EN minstens een stijging van serum alanine aminotransferase (ALT) >100 IU/L

Bevestigd

- patiënt met passend klinisch beeld EN laboratoriumconfirmatie

STAP 2: Meldingsplicht

- Acute hepatitis B infectie is meldingsplichtig bij het [team infectieziektebestrijding](#) in de provincie.
- Chronische hepatitis B infectie is niet meldingsplichtig.

STAP 3: Wering van school

Wering van school is niet nodig.

STAP 4: Contactopsporing

Niet van toepassing

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

Het is niet nodig de (ouders van) de klasgenoten te informeren.

EPBW

De **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk (EPBW)** van de school hoeft niet geïnformeerd te worden. Indien medewerkers van de school specifieke vragen hebben mogen deze wel steeds aan de EPBW gesteld worden.

School

Geen. De algemene hygiënemaatregelen zijn van toepassing. Bij contact met bloed moeten altijd wegwerphandschoenen gedragen worden. Zie [hygiënische maatregelen](#). Eetgerief wordt afgewassen zoals gebruikelijk met afwasmiddel in ruim water.

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Indien er na een doorgemaakte infectie seroconversie optreedt van HBsAg naar anti-HBs is er levenslange immuniteit. In geval van immuunsuppressie is reactivatie wel nog mogelijk.
- Vaccinatie tegen HBV is opgenomen in het basisvaccinatieschema. Het maakt deel uit van het hexavalent vaccin dat wordt toegediend op 2, 3, 4 en 15 maanden.
- indien anti-HBs titer 1 tot 3 maanden na het beëindigen van de vaccinatie >10 Units/L bedraagt, is er levenslange bescherming. Voor kinderen is geen controle van de anti-HBs titer nodig.
- Post-exposure vaccinatie is aanbevolen in combinatie met passieve immunisatie (Zie STAP 7: Chemoprofylaxe), behalve bij gekende non-responders of indien reeds gekende drager van HBV.

STAP 7: Chemoprofylaxe

Passieve immunisatie door middel van HBV Immunglobulines (HBIG) is geïndiceerd bij pasgeborenen van HBsAg+ moeder, na een prikaccident of na risicovol contact bij non-responder.

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing

HIV

Algemene informatie

Ziektebeeld

Hiv-infectie is een virale infectie die wordt veroorzaakt door het hiv-virus (human immunodeficiency virus). Enkele weken na de hiv-infectie kan er gedurende een tweetal weken een acuut mononucleose-achtig ziektebeeld optreden. Volgende symptomen zijn mogelijk: algemene malaise, vermoeidheid, myalgie, lymfadenopathie, keelpijn, pijn achter de ogen en perifere neuropathie. Dit is het acuut retroviraal syndroom.

Personen met hiv-infectie hebben vaak jarenlang geen klachten of symptomen, maar ze zijn wel besmettelijk. De infectie tast geleidelijk het immuunsysteem aan en naarmate het aantal CD4-cellen daalt treden algemene klachten op zoals vermoeidheid, huidafwijkingen, diarree, gewichtsverlies. Dit is de latente infectie.

Onbehandeld daal het aantal CD4-cellen verder en treden opportunistische infecties op die kenmerkend zijn voor aids (acquired immunodeficiency syndrome). Verschillende ziekteverwekkers waar het lichaam normaal gezien weerstand tegen kan bieden, kunnen dan leiden tot een breed spectrum van ernstige ziektebeelden, met name:

- candida oesofagitis
- tuberculose
- *Pneumocystis carinii* pneumonie
- humaan herpesvirus-8 geassocieerde Kaposi sarcoom
- lymfoom
- neurologische ziektebeelden: perifere neuropathie, hiv-encefalopathie;

Men spreekt van aids wanneer het aantal CD4+-T-lymfocyten kleiner is dan 200 cellen/mm³ of wanneer dit gepaard gaat met een aidsdefiniërende aandoening.

Tijdig de diagnose stellen en behandeling opstarten is de beste strategie om aids en opportunistische infecties te vermijden. (1)

Incubatietijd

- Van hiv-infectie tot het acuut retroviraal syndroom: 2-4 weken.

- Van hiv-infectie tot seroconversie: meestal 2-6 weken, soms langer (tot 6 maanden). Het p24 antigeen is gemiddeld 7 dagen eerder aantoonbaar dan de antistoffen.
- Van hiv-infectie tot aids: zeer uiteenlopend, onbehandeld van minder dan een jaar tot meer dan 15 jaar. (4)

Ziekteverwekker

Hiv staat voor Human Immunodeficiency Virus en behoort tot de retrovirussen. Dit zijn virussen die RNA bevatten en in de mens dit RNA omzetten in DNA. Er zijn 2 types van hiv-virus: hiv-1 en hiv-2. Elk type bestaat uit verschillende subtypes. Voor hiv-1 gaat het om de volgende subtypes: groep M (major), groep O (outlier) en groep N (new). Sommige stammen zijn moeilijk bij de bestaande subtypes in te delen. Het zijn virusrecombinanten die ontstaan uit fragmenten van verschillende subtypes. Infectie met hiv-1 komt veruit het meeste voor. Infectie met hiv-2 komt meer frequent voor in West-Afrika. (4)

Diagnostiek

Diagnose van hiv-infectie gebeurt door een screeningstest en een confirmatietest. Als screeningstest wordt de aanwezigheid van antistoffen in het serum bepaald via een ELISA-test. Deze antistoffen kunnen meestal aangetoond worden 4-6 weken na de besmetting. Tegenwoordig gebruikt men meestal gecombineerde tests die zowel antistof als antigeen opsporen, wat detectie in de meeste gevallen mogelijk maakt na 3 weken. Wanneer de ELISA-test positief is, wordt er een confirmatietest uitgevoerd via Western Blot in een aids-referentielaboratorium. Hierbij wordt de aanwezigheid van hiv-specifieke antistoffen aangetoond. Als deze confirmatietest positief is, is de diagnose bevestigd. Een tweede staal zal gevraagd worden om staalverwisseling uit te sluiten. Bij pasgeborenen die besmet werden via verticale transmissie kan de diagnose niet gesteld worden door het aantonen van antistoffen. De IgG-antistoffen van de moeder passeren transplacentair en blijven tot 18 maanden aantoonbaar in het bloed van de pasgeborene. De diagnose wordt hier gesteld door het rechtstreeks aantonen van het virus tussen de leeftijd van 6 weken en 3 maanden via PCR op lymfocyten.

De viral load (het aantal viruspartikels in het bloed) en het aantal CD4+-T-cellen zijn markers om het verloop van de hiv-infectie op te volgen. Ze worden gebruikt voor de prognose, als indicator voor het opstarten van antiretrovirale therapie en als maat voor de therapie-respons.

Besmetting

Seksueel contact is de belangrijkste manier van overdracht van hiv. Bij alle vormen van seksueel contact is transmissie mogelijk, maar het risico is veel kleiner bij orale dan bij anale of vaginale seks.

Andere mogelijke vormen van overdracht:

- percutaan: via besmette naalden of andere scherpe voorwerpen (intraveneuze druggebruikers, prikaccidenten)

- blootstelling van de beschadigde huid of van intacte slijmvliezen aan besmet bloed of besmette lichaamsvochten
- ontvangers van besmet bloed, donorsperma of donorweefsel. De kans op besmetting via bloedtransfusie is in België minimaal sinds de start van systematische screening van bloeddonoren in 1985.
- verticale overdracht: in utero via de placenta of tijdens de bevalling door contact met maternel bloed of door contact met vaginale secreties bij passage door het geboortekanaal. Ook via moedermelk kan hiv worden doorgegeven. Indien de virale lading van de seropositieve vrouw tijdens de zwangerschap ondetecteerbaar geworden is vóór de bevalling, daalt het risico op overdracht naar minder dan 0,5%. Dit op voorwaarde dat u geen borstvoeding geeft en de baby nog 4 à 6 weken geneesmiddelen inneemt. De baby zal gedurende enkele maanden na de geboorte worden opgevolgd en getest, tot men een besmetting met zekerheid kan uitsluiten. (1)

De mate van besmettelijkheid is afhankelijk van de virusconcentratie. Epidemiologisch zijn er aanwijzingen dat de besmettelijkheid groter is:

- in het begin van de infectie
- tijdens toename van de immuundeficiëntie
- bij klinische symptomen. (4)

In volgende situaties is er geen risico op hiv-besmetting:

- dagdagelijkse omgang met een persoon met hiv
- gemeenschappelijk gebruik van toilet, glazen, bestek of kledij
- hoesten, niezen, een hand geven, kussen, knuffelen
- besmet sperma op een ongeschonden huid
- een insektenbeet.(2)

Verspreiding

In 2021 werden in België 781 nieuwe hiv-diagnoses vastgesteld wat overeenstemt met gemiddeld 2 nieuwe diagnoses per dag of 67 nieuwe diagnoses per miljoen inwoners

In 2021 werden 376 nieuwe hiv-diagnoses vastgesteld bij MSM. Dit is een stijging van 9% in vergelijking met 2020, terwijl de trend over meerdere jaren nog steeds neerwaarts is.

In 2021 werden 373 nieuwe hiv-diagnoses vastgesteld bij heteroseksuelen; dit is een stabilisering in vergelijking met 2020.

In 2021 werden 17 622 hiv-patiënten medisch opgevolgd in België. In 2020 werd een lichte daling van het aantal patiënten met medische follow-up waargenomen, maar dit aantal steeg opnieuw in 2021.(3)

Behandeling

De medicamenteuze behandeling bestaat uit een combinatie van 2 of 3 actieve virusremmers die de vermenigvuldiging van het virus tegengaan. Volledige genezing is nog niet mogelijk.

Preventie

In de preventie van hiv-infectie speelt voorlichting over seksueel overdraagbare aandoeningen en veilig vrijen een belangrijke rol.

Ook contact met besmette bloedproducten, donormaterialen en patiëntensecreties wordt best vermeden.

Op scholen dient steeds een algemeen beleid aanwezig te zijn over de omgang met potentieel besmette lichaamsvochten. Dit dient geïmplementeerd te zijn in de algemene hygiënemaatregelen. Men mag niet wachten met een dergelijk beleid tot men weet dat er een hiv-geïnfecteerd kind op de school is ingeschreven.

Een actief testbeleid om hiv in een vroeg stadium op te sporen draagt bij aan secundaire preventie. Het laat stellen van de diagnose en bijgevolg ook het laat starten van de behandeling kan leiden tot hogere morbiditeit en mortaliteit.

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

STAP 1: Verheldering van de melding

- Een school moet niet op de hoogte zijn van de hiv-status van een kind. Een ongewone benadering van het kind of speciale maatregelen kunnen immers leiden tot onnodige isolatie en stigmatisering van het kind. Het aantal personeelsleden op een school dat op de hoogte is van een positieve hiv-status van een kind dient in ieder geval tot een minimum beperkt te worden.
- Er wordt wel sterk aangeraden dat ouders de hiv-status van een hiv-positief kind meedelen aan de CLB-arts.
- Varicella, mazelen, tuberculose en andere infectieziekten vormen een risico voor immuungedeprimeerde kinderen met hiv. Het is daarom van belang dat ouders hierover ingelicht worden. In bepaalde omstandigheden kan passieve immunisatie van een hiv-geïnfecteerd kind overwogen worden. Hiervoor is doorverwijzing door de CLB-arts naar de behandelende arts noodzakelijk.

- Informeren van hiv-geïnfecteerde jongeren over de transmissieroutes en over bijkomende maatregelen om verdere overdracht te vermijden: informatie over veilig vrijen, veilig spuiten, omgang met besmette lichaamsvloeistoffen, het afzien van bloed- en weefseldonatie en over de omgang met zwangerschap. Het is van groot belang deze jongeren te responsabiliseren betreffende hun seksueel gedrag. Hiv-geïnfecteerde jongeren worden best ook gescreend op andere seksueel overdraagbare aandoeningen.

STAP 2: Meldingsplicht

Er is geen meldingsplicht voor hiv.

STAP 3: Wering van school

- Een kind mag niet geweerd worden van school omdat het hiv positief is. Het type van contacten aanwezig op een school leidt niet tot hiv-transmissie.
- In sommige gevallen kan het zijn dat de gezondheid van het kind de aanwezigheid op school niet toelaat, deze beslissing wordt genomen door de behandelende arts.

STAP 4: Contactopsporing

Niet van toepassing

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

Het is niet nodig de (ouders van de) klasgenoten te informeren.

EPBW

De **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk (EPBW)** van de school hoeft niet standaard geïnformeerd te worden. Indien medewerkers van de school specifieke vragen hebben mogen deze wel steeds aan de EPBW gesteld worden.

School

Geen. De algemene hygiënemaatregelen zijn van toepassing. Bij contact met bloed moeten altijd wegwerphandschoenen gedragen worden. Zie [hygiënische maatregelen](#). Eetgerief wordt afgewassen zoals gebruikelijk met afwasmiddel in ruim water.

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Er ontstaat geen immuniteit na infectie. De gevormde antistoffen slagen er niet in het virus te neutraliseren.
- Er is nog geen vaccin tegen HIV beschikbaar.
- Vaccinatiebeleid bij hiv-geïnfecteerde kinderen:
 - Hiv-geïnfecteerde kinderen kunnen volgens de algemene richtlijnen worden gevaccineerd met de geïnactiveerde vaccins tegen difterie, tetanus, kinkhoest, polio, *H. influenzae type b*, hepatitis B, *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, hepatitis A en influenza.
 - Levend afgezwakte vaccins (mazelen, bof, rubella, rotavirus) mogen enkel toegediend worden na overleg met de behandelende arts of met gespecialiseerde centra.
 - Omwille van de verminderde reacties op vaccinatie dienen hiv-geïnfecteerde kinderen steeds beschouwd te worden als niet-gevaccineerd wanneer ze worden blootgesteld aan een infectieziekte. Men dient dan steeds postexpositieprofylaxe of passieve immunisatie te overwegen. Hiervoor is doorverwijzing naar de behandelende arts noodzakelijk.

STAP 7: Chemoprofylaxe

Bepaalde hoogerisicogroepen krijgen preventief medicatie (pre-exposure profylaxis). Ook na een gekend risicocontact wordt preventief medicatie toegediend (post-exposure profylaxis). Het opstarten van postexpositieprofylaxe gebeurt steeds in overleg met een aidsreferentiecentrum/arts en dient individueel beoordeeld te worden. Volgende factoren spelen hierbij een rol:

- de waarschijnlijkheid dat de bron hiv-geïnfecteerd is
- de waarschijnlijkheid van transmissie door de vorm van blootstelling
- het interval tussen blootstelling en opstarten van profylaxe
- de doeltreffendheid van de gebruikte profylactische middelen
- de therapietrouw van de patiënt

Zo kan postexpositieprofylaxe bijvoorbeeld nuttig zijn bij prikaccidenten (liefst binnen 2 uur, ten laatste 72 uren na het prikaccident) of bij accidenteel onveilig seksueel contact met een bekende hiv-patiënt.

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing

Bronnen

1. HIV infectie – Begrijpen en behandelen; Prof Dr Eric Van Wijngaerden, algemene interne geneeskunde UZ Leuven, 2020 [vih_gilead_interieur_nl_bd_planches.pdf \(uzleuven.be\)](#)
2. Gezondheid en wetenschap [Besmetting met hiv · Gezondheid en wetenschap](#)
3. Epidemiologie van Aids en HIV infectie in België; Rapport 2022 [Rapport_HIV_2022_NL.pdf](#)
4. LCI richtlijn [Hivinfectie | LCI richtlijnen \(rivm.nl\)](#)

HOOFDLUIZEN

Algemene informatie

Ziektebeeld

Pediculosis capitis of hoofdluisinfestatie is het aanwezig zijn van hoofdluizen op de behaarde hoofdhuid. De infestatie veroorzaakt vaak jeuk, maar ze kan ook asymptomatisch verlopen. De luizen voeden zich verschillende keren per dag door het zuigen van kleine hoeveelheden bloed bij de gastheer. Een immunologische reactie op het speeksel dat vrijkomt bij het zuigen van bloed en op de faeces van de luis, veroorzaakt de jeuk. Na een eerste transmissie kan het 4 tot 6 weken duren vooraleer de immunologische reactie en dus ook de jeuk optreedt. Vooral personen met een chronische hoofdluisinfestatie vertonen meestal weinig tot geen symptomen. De jeuk kan zeer uitgesproken zijn. Soms kunnen er krabletsels en sporadisch secundaire bacteriële infecties optreden. Soms is er een lichte zwelling van de lymfeklieren in de nek of in de hals aanwezig.

Hoofdluizen zitten bij voorkeur op warme, vochtige en donkere plaatsen zoals achter de oren, in de nek of onder de froufrou. Ze zitten meestal dicht tegen de haarwortel waardoor ze moeilijk te zien zijn. Eerder zeldzaam zitten ze ook in de wenkbrauwen, de wimpers of in de baard.

Hoofdluizen zijn niet verantwoordelijk voor de verspreiding van andere ziekten, maar hoofdluizen kunnen wel betrokken zijn bij de mechanische overdracht van opportunistische bacteriën.

Ziekteverwekker

De hoofdluis of *Pediculus humanus capitis* is een insect dat behoort tot de orde van de *Phthiraptera* en de familie van de *Anoplura*. De hoofdluis is nauw verwant aan de kleepluis terwijl de schaamluis behoort tot dezelfde onderorde, maar tot een andere familie, namelijk Phtiridae. Deze luizensoorten zijn ectoparasitaire insecten, die zich voeden met menselijk bloed dat met de zuignuit wordt opgezogen uit de hoofdhuid.

Luizen maken geen onderscheid tussen schoon of vies, lang of kort haar. Ze kunnen zich met hun pootjes heel stevig aan het haar vasthouden, ook tijdens het wassen. Regelmatig wassen van het haar helpt niet tegen hoofdluis.

De levenscyclus van een luis bestaat uit drie stadia, namelijk larve, nimf en luis. De eitjes van een luis, de larven in hun neet, zijn ovaalvormig en ongeveer 0,8 mm groot. In de neet ontwikkelt de larve zich tot nimf. De nimf breekt uit de neet. De lege neten blijven achter op de haarschacht. Nimfen zien eruit als volwassen luizen, maar ze zijn kleiner. De nimfen groeien vervolgens uit tot volwassen luizen. Vrouwelijke luizen leggen 5 tot 8 neten per dag. Een luis heeft zes poten en is grijs-wit van kleur. Bij personen met donker haar, zijn de luizen meestal ook donkerder. Een luis

overleeft gemiddeld 20 dagen, maar dit kan variëren van 12 tot 30 dagen. Zonder bloedmaaltijden sterft een luis na twee dagen.

Besmetting

Hoofdluizen worden vooral overgedragen via direct hoofd-hoofdcontact. Luizen kunnen niet springen of vliegen. Ze lopen over van de ene persoon naar de andere. Een typische hoofdluisinfestatie bevat minder dan 10 levende luizen.

Transmissie via indirect contact door het gemeenschappelijk gebruik van bijvoorbeeld haarborstels, mutsen, sjaals, hoofddekseis, handdoeken, bedlinnen of knuffels is niet wetenschappelijk aangetoond, maar niet onmogelijk. Luizen kunnen namelijk wel tot 2 dagen overleven buiten de gastheer.

Luizen kunnen in theorie ook overgaan van kleding op kleding indien deze kledij dicht bij elkaar hangt, maar ook deze transmissieroute is weinig relevant in vergelijking met hoofd-hoofdcontact.

Experimenten tonen aan dat luizen wel overleven in (zwembad)water, maar dat transfer tijdens het zwemmen heel onwaarschijnlijk is gezien luizen bij onderdompeling zich onmiddellijk stevig vastklampen en niet loslaten tot kort na de onderdompeling.

Hoofdcontact met een persoon met hoofdluizen is de belangrijkste risicofactor. Hoofdluizen worden het gemakkelijkst doorgegeven wanneer veel mensen dicht bij elkaar zijn, zoals in klassen of andere groepen en in gezinnen met meerdere kinderen. Kleuters en lagere schoolkinderen hebben de grootste kans om luizen te krijgen. Maar sinds jongeren (vooral meisjes) de hoofden vaker bij elkaar steken om een selfie te nemen, of knuffelen, is dit ook een bijkomende risicogroep.

De jongste nimfen zijn redelijk immobiel en gaan niet gemakkelijk over naar een andere gastheer. Neten kunnen in theorie loskomen van het haar en nadien kan de uitgebroken nimf op zoek gaan naar een nieuwe gastheer. In de praktijk is deze kans echter zeer klein: larven hebben een voldoende hoge temperatuur en luchtvochtigheid nodig om te kunnen overleven en nimfen hebben snel na het uitbreken bloed nodig.

De haarstructuur speelt mogelijk ook een rol. Hoofdluizen worden minder frequent gevonden bij kinderen van Afrikaanse oorsprong.

De aanwezigheid van hoofdluizen heeft niets met hygiëne te maken, maar bij slechte hygiënische omstandigheden kan wel een secundaire bacteriële infectie (impetigo) ontstaan.

Verspreiding

Hoofdluizen komen wereldwijd voor. Er zijn geen cijfers over de incidentie, er wordt geschat dat wereldwijd jaarlijks 100 miljoen mensen hoofdluizen krijgen.

Diagnostiek

De diagnose van hoofdluizen kan enkel gesteld worden door het aantonen van levende luizen.

Luizen zijn zichtbaar met het blote oog, maar ze zijn moeilijk te zien omdat ze zich goed verbergen en zich zeer snel voortbewegen naar donkere plaatsen.

Het aantonen van levende luizen kan het best gebeuren door middel van nat kammen van de haren met een luizenkam. Dit noemt men de nat-kam-methode. Inspectie van de haren alleen, zonder kammen, is niet toereikend.

Het onderscheid tussen neten met een levende larve erin, neten met een dode larve erin en lege neten is met het blote oog niet te maken, daarom wordt het aantonen van 'levende' neten niet als diagnostisch beschouwd. De vrouwelijke luis plakt haar eitjes meestal 3-4 mm van de hoofdhuid op een haarschacht vast. Het duurt 1-2 weken vooraleer een nimf uitkomt. De neten groeien met het haar mee. Een haar groeit ongeveer 1cm per maand. Hoe verder de neet zich van de hoofdhuid bevindt, hoe meer kans dat ze leeg is. Bij opgestoken haar kunnen levende neten ook verder van de hoofdhuid zitten. Neten moeten ook gedifferentieerd worden van hoofdroos of zandkorrels.

De nat-kam-methode gaat als volgt:

- Was de haren met een gewone shampoo. Spoel de shampoo uit, maar droog de haren niet.
- Breng een ruime hoeveelheid crèmespoeling of conditioner aan in de natte haren. Het is de bedoeling dat alles mooi aan elkaar kleeft en de luizen in hun beweging geremd worden. Spoel deze niet uit.
- Kam met een gewone kam alle knopen uit de haren.
- Vraag het kind om het hoofd goed naar voor te buigen, met de kin naar de borst. Kam nu systematisch met een luizenkam van het ene oor naar het andere oor en van achter naar voor. Inspectie achter de oren en in de nek is zeer belangrijk. Druk hierbij de luizenkam goed tegen de hoofdhuid aan. Veeg na elke kambeweging de kam af op wit keukenpapier om te kijken of er luizen aanwezig zijn.
- Kam de haren opnieuw, eerst met een gewone kam, daarna met de luizenkam. Nu houdt het kind het hoofd gewoon recht. Kam nu van voor naar achter en veeg opnieuw de kam na elke kambeweging af op wit keukenpapier.
- Spoel de crèmespoeling uit en droog de haren met een handdoek.

Behandeling

Een behandeling is enkel aangewezen als er levende luizen zijn vastgesteld.

Het is weinig waarschijnlijk dat een luis een gezond hoofd verlaat, tenzij het om een zeer uitgebreide infestatie gaat. De focus van behandeling moet dan ook liggen op het reduceren van het aantal luizen op het hoofd van de index en op het vermijden van hoofd-hoofd contact.

Er zijn 2 behandel mogelijkheden, beide zijn mechanische methoden. Daarnaast zijn ook aanvullende maatregelen essentieel.

1. De eerste is de nat-kam-methode en dit geniet de voorkeur. Zie onder Diagnostiek voor de werkwijze. Gedurende 14 dagen moeten de haren om de 4 dagen (dag 1, 5, 9 en 13) behandeld worden volgens de nat-kam-methode. Voor zeer uitgebreide infestaties is dit vaak nog onvoldoende. Als er na 14 dagen nog steeds levende luizen worden opgemerkt, moet er opnieuw voor 14 dagen om de 4 dagen gekamd worden volgens de nat-kam-methode.

De nat-kam-methode heeft enkele belangrijke voordelen:

- Goedkoop
- Geen resistentie ontwikkeling
- Geen nevenwerkingen

Het belangrijkste nadeel is dat het zeer arbeidsintensief is.

Er zijn in de handel zowel plastic als metalen luizenhammen te verkrijgen. Er is geen wetenschappelijke evidentie die aantoont dat er een voorkeur is voor de metalen of de plastic kammen. Het voornaamste is dat de kammen intact zijn, d.w.z. dat er geen tandjes afgebroken of scheef zijn.

2. De tweede behandeloptie is met dimeticon. Dit product legt een verstikkende film rond de luizen. De luizen kunnen geen resistentie ontwikkelen tegen dimeticon. Belangrijke nadelen van dimeticon zijn:

- Het kan jeuk en irritatie op de hoofdhuid veroorzaken.
- Het is sterk ontvlambaar.

Beide behandelingen kunnen ook gecombineerd worden.

De pediculiden malathion en permethrine 1% zijn in België van de markt gehaald omwille van resistentie ontwikkeling, nevenwerkingen als allergische reacties, jeuk en irritatie en de beschikbaarheid van een betere behandeling, namelijk de nat-kam methode.

Het hoofd volledig kaalscheren is een 100% doeltreffende, maar wel zeer drastische behandelingsoptie.

Aanvullende maatregelen.

Naast de bovenstaande behandeling zijn ook aanvullende maatregelen nodig.

- Controleren van overige gezinsleden. Als er bij een gezinslid luizen en/of neten worden gevonden is het erg belangrijk dat ook de overige gezinsleden op **dezelfde** dag, en 7 en 14 dagen later nog een keer, gecontroleerd worden met de nat-kam-methode.
- Waarschuwen van de directe omgeving. Het is belangrijk aan iedereen in de directe omgeving te laten weten dat iemand hoofdluis heeft. De school moet het bijvoorbeeld weten en ook sportclubs, opa's en oma's, de crèche, kinderopvang en peuterspeelzaal, oppassen, BFF's en ouders van vriendjes en vriendinnetjes. Anderen kunnen dan ook controleren.
- Het intensief reinigen van kleding, beddengoed, sjaals, knuffels enzovoort door te wassen, bevriezen of dit luchtdicht te verpakken en het stofzuigen van meubilair is doorgaans niet nodig. Het is nooit bewezen dat luizen op deze wijze overlopen van de ene naar de ander, maar bij hardnekkige uitbraken kan dit toch worden overwogen.

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

STAP 1: Verheldering van de melding

Hoofdluizen zijn zeer veel voorkomend, voornamelijk in basisscholen. Het is niet nodig dat een school de aanwezigheid van luizen meldt aan het CLB.

Als de school contact opneemt met het CLB dan gaat het meestal om een hardnekkig luizenprobleem bij een individuele leerling, in een bepaalde klas of in een bepaald gezin.

Verken het probleem, wat is precies de vraag van de school en wat heeft de school reeds ondernomen:

- Is er al een brief verspreid aan alle ouders? Welke brief? Hoe vaak? Is er voldoende aandacht voor taalbarrières?
- Gaat het om één of meer klassen? Zijn er linken tussen deze klassen?
- Gaat het om herbesmettingen? Bijvoorbeeld omdat niet alle besmette kinderen gelijktijdig worden behandeld? Of wordt de behandeling niet correct uitgevoerd?

- Is er vermoeden van één of meer haardgezinnen? Heeft de school de ouders reeds aangesproken?
- Heeft de school een schoolbeleid rond luizen. Zo ja, wat is afgesproken? Zie [Hoofdluizenbeleid op school](#).

STAP 2: Meldingsplicht

Er is geen meldingsplicht voor hoofdluizen.

STAP 3: Wering van school

- Weren van kinderen met hoofdluizen is niet effectief en niet aangewezen.
- Kinderen met luizen mogen aan alle activiteiten deelnemen, ook turnen en zwemmen.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: Het doel is om de aanwezigheid van luizen te beheersen op school door zoveel mogelijk besmette personen op te sporen en te behandelen. Een volledig luizenvrije school is niet altijd haalbaar.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

Een persoon kan luizen doorgeven zolang er in het haar levende luizen of neten aanwezig zijn.

De incubatietijd

- Een cyclus van eitje (neet met larve) tot eitje duurt gemiddeld 3 weken.
- De ontwikkeling van larve tot nimf duurt 7 tot 10 dagen, op dat moment breekt de nimf uit de neet. De ontwikkeling van nimf tot volwassen luis duurt 1 tot 2 weken.
- Enkel volwassen luizen kunnen eitjes leggen.
- Na een eerste transmissie duurt het enkele weken vooraleer de jeuk optreedt.

De aard van de contacten

De ouders van **alle klasgenoten** van de leerling met luizen worden opgeroepen om met de natkam-methode na te gaan of hun kind luizen heeft.

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

- Informeer (de ouders van) de klasgenoten over:
 - De aanwezigheid van luizen in de klas
 - Oproep om met de nat-kam-methode de aanwezigheid van luizen op te sporen.
 - Zie [flyer nat-kam-methode](#).
 - Op de website van Klasse is een Youtube instructiefilmpje te vinden. Tevens zijn instructiefiches in meerdere talen beschikbaar. Zie [Communiceren met ouders in andere talen: download vertaalfiches – Klasse](#).
 - Indien hoofdluis wordt gevonden bij hun kind, behandeling door middel van de nat-kam-methode toepassen op dag 1, 5, 9 en 13.
 - Informeer ouders dat bij het vinden van luizen bij hun kind ook de andere gezinsleden moeten nagekeken worden met de nat-kam-methode en dit te herhalen na 7 en 14 dagen. Zo nodig moeten de gezinsleden ook behandeld worden. Het is van groot belang dat iedereen die besmet is met luizen binnen eenzelfde klas en binnen eenzelfde gezin gelijktijdig behandeld wordt

Zie voorbeeldbrief [Luizen in de klas](#).

Zie ook '[Aanbieden van modelbrieven voor ouders](#)'.

EPBW

De **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk (EPBW)** van de school hoeft niet standaard geïnformeerd te worden. Indien medewerkers van de school specifieke vragen hebben mogen deze wel steeds aan de EPBW gesteld worden.

School

- Informeer de school over:
 - Hygiënische maatregelen
 - vermijd zoveel mogelijk hoofd-hoofd-contact
 - vermijd gemeenschappelijk gebruik van haarborstels, mutsen, sjaals, hoofddeksels, handdoeken, bedlinnen of knuffels
 - De educatie van leerlingen, ouders, leerkrachten en verzorgers over de diagnose, de behandeling en de preventieve maatregelen is zinvol. Het opmaken van een schoolbeleid rond luizen is aan te bevelen indien dit nog niet gebeurd is. Het CLB ondersteunt de school om een preventief luizenbeleid op te zetten. Dit kan worden opgenomen bij de samenwerkingsafspraken. Zie [Hoofdluizenbeleid op school](#).
 - Enkel bij hardnekkige epidemieën kan intensief reinigen aangewezen zijn om herinfectie te vermijden. Kledij, handdoeken, beddengoed en knuffels die tot 48 uur voor de start van een

behandeling gebruikt werden, moeten gewassen worden op 60°C. Na één week dient opnieuw alles op 60°C gewassen te worden. Materialen die niet in de wasmachine mogen, kunnen ook buiten gelucht worden gedurende 48 uur, in de diepvriezer op -18°C geplaatst worden gedurende 24 uur of in een afgesloten plastic zak bewaard worden gedurende twee weken.

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

Er wordt geen immuniteit tegen luizen opgebouwd. Er is geen vaccinatie.

STAP 7: Chemoprophylaxe

Het preventief gebruik van hoofdluismiddelen heeft geen enkel nut.

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing.

Hoofdluizenbeleid op school

Informereren

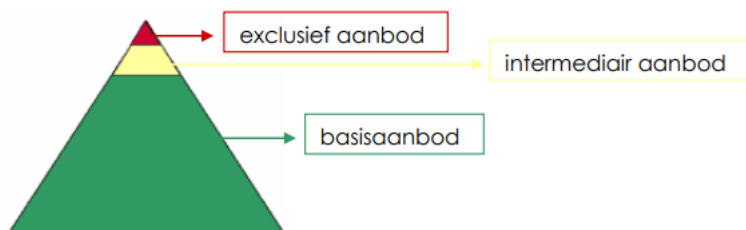
- Er bestaat nog veel taboe rond hoofdluizen, zowel bij ouders, leerlingen als leerkrachten. Een eerste stap om dit te doorbreken is het geven van juiste informatie. Zie voorbeeldbrief '[Afspraken rond hoofdluizen](#)'.
- De school informeert alle ouders bij het begin van elk schooljaar en bij elke nieuwe inschrijving over het schoolbeleid rond hoofdluizen.
 - Ouders zijn zelf verantwoordelijk voor de vaststelling en de behandeling van luizen bij hun kind(eren). Het is belangrijk dat zij hierover voldoende en correcte kennis hebben. De school is uitstekend geplaatst om deze informatie aan te bieden. De school informeert alle ouders over de diagnose en behandeling van hoofdluizen. De nat-kam-methode is de aangewezen methode. Een CLB heeft toegang tot de meest recente wetenschappelijke informatie rond hoofdluizen.
 - Ouders zijn zelf in staat om deze diagnose te stellen, maar eventueel moeten ouders hierin ondersteund worden. Op de website Klasse is een instructiefilmpje beschikbaar, zie [\(33\) Luizen? Met dit stappenplan pak je ze aan // Ziezo! 3 - YouTube](#). Voor anderstalige ouders kan de ondertiteling aangepast worden in tal van verschillende talen. Daarnaast zijn ook instructiefiches beschikbaar in het Nederlands, Frans, Engels, Duits, Russisch, Arabisch,

Turks, Spaans, Pools, Kroatisch, Bulgaars en Slowaaks, zie [Communiceren met ouders in andere talen: download vertaalfiches – Klasse](#).

- De school spoort de ouders aan om de haren van hun kind(eren) regelmatig te controleren met de nat-kam-methode. Eventueel kunnen vaste tijden worden afgesproken, bijvoorbeeld na elke schoolvakantie. De school probeert zoveel mogelijk tot samenwerking met de ouders te komen hierover.
- De school spreekt af met de ouders om bij vaststelling van luizen bij hun kind steeds de leerkracht, de school of het CLB op de hoogte te brengen.
- Spoor scholen aan tot een snelle en open communicatie met leerlingen, ouders en leerkrachten. Betrek ouders zo veel mogelijk. Door over luizen te praten alvorens er een probleem is, is het onderwerp ook makkelijker bespreekbaar indien er wel een luizenprobleem is. Er kan bijvoorbeeld ook in de klas over luizen geleerd worden.
- Informatie rond de diagnose en behandeling van luizen en rond het schoolbeleid kan opgenomen worden op de website van de school.
- Een CLB kan de weg wijzen naar allerlei initiatieven van andere instanties (bv initiatieven van lokale Logo's, ...)

Ondersteuning bij het opstellen van een schoolbeleid

- Stimuleer scholen om een visie te ontwikkelen op het thema hoofdluizen en een schoolbeleid op te stellen. Laat de school dit opnemen in hun gezondheidsbeleid. Een schoolbeleid – op maat – omvat alle actiepunten die eenzelfde doel (of doelencluster) ondersteunen. Doel hier is „het luizenprobleem beheersbaar houden“. Hieronder vind je enkele modellen om dit te doen:
 - A. Een schoolbeleid kan afgetoetst worden aan de **gezondheidsmatrix** van het Vlaams Instituut Gezond Leven. Meer uitleg vind je op: [Wat is een gezondheidsbeleid op school? | Gezond Leven](#). Plaats de actiepunten in de matrix. De kans op doelmatigheid van het schoolbeleid neemt toe naarmate meer elementen in de matrix een invulling kregen. In [bijlage 1](#) vind je een ingevulde matrix ter illustratie.
 - B. Het **response to intervention-model** (RTI) is ook een toepasbaar werkkader voor het schoolbeleid rond hoofdluizen. Dit model met een getrapt aanbod, vergelijkbaar met het zorgcontinuüm, is erg toepasbaar op alle aspecten van de jeugdgezondheidszorg. Het model presenteert verschillende niveaus van preventie en interventie die we in het kader van de jeugdgezondheidszorg respectievelijk kunnen vertalen in een basisaanbod, een intermediair aanbod en een exclusief aanbod dat via het CLB en de school wordt gerealiseerd.



Figuur: De 3 niveaus van preventie en interventie volgens het RTI-model. Bron: www.pbis.org

Het RTI-model kan dienen als werkkader voor het scholengezondheidsbeleid en dus ook voor het beleid rond hoofdluizen. Het **basisaanbod** is een preventief en pro-actief beleid dat zich richt tot de ganse schoolpopulatie en is dus voor iedereen gelijk. Het is in hoofdzaak een taak voor de school. Het basisaanbod bevat o.a. het verspreiden van informatie. Wanneer het basisaanbod ontoereikend is voor een bepaalde leerling of een bepaalde klas, gaat men over naar het **intermediair aanbod**. Door een leerling/klas tijdelijk intensiever te begeleiden, is het meestal mogelijk om daarna terug te keren naar het basisaanbod. Het intermediair aanbod kan deels ingevuld worden door de school en deels kan hiervoor een beroep gedaan worden op het CLB. Zo kan een school een klas gedurende een bepaalde tijd nauwer opvolgen na de melding van luizen bij een leerling. Wanneer na een afgesproken tijd de luizen nog niet weg zijn uit de klas, wordt het CLB ingeschakeld. Voor sommige leerlingen zullen het basisaanbod en het intermediair aanbod niet genoeg zijn om het probleem in te dijken. In een **exclusief aanbod** worden externe hulpverleners ingeschakeld om de school en het CLB bij te staan in de begeleiding van individuele leerlingen en hun gezin (zie [Ondersteuning op maat](#)).

- C. Een CLB kan een school ondersteunen bij het opstellen van een **stappenplan**. Een stappenplan is een zinvol instrument bij de aanpak van hoofdluizen. Het beschrijft de verschillende stappen die genomen zullen worden wanneer er luizen opduiken op school. Een stappenplan op maat houdt rekening met bepaalde kenmerken van een school, zoals het aantal leerlingen (per klas), de ruimte van de klassen, de frequentie waarmee luizen worden gesignaleerd, de respons van de ouders op een melding, enz. Een stappenplan zal evolueren over de jaren heen in functie van de veranderende logistieke- en populatiekenmerken. Waak erover dat het stappenplan zo duidelijk en concreet mogelijk is en niet op meerdere manieren geïnterpreteerd kan worden. Een voorbeeld van een stappenplan vind je in [bijlage 2](#).

Aanbieden van modelbrieven voor ouders

- Modelbrieven over:
 - Informatie over hoofdluizen
 - Melding van hoofdluizen in de klas

- De nat-kam-methode

zijn beschikbaar bij het Draaiboek Infectieziekten voor CLB (2023), en in het tijdschrift Klasse (in negen talen).

- Het is af te raden dat een school eigen brieven gebruikt (bv. van een farmaceutische firma). Deze zijn mogelijk onvolledig of onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd en het aanbod van correcte modelbrieven is voldoende groot. Wanneer een school er toch voor kiest om eigen brieven te gebruiken is het belangrijk dat de inhoud van deze brieven gecontroleerd wordt zodat er geen foutieve informatie wordt verspreid.

Ondersteuning op maat

Een school kan ondersteuning vragen aan het CLB in geval van een hardnekkig hoofdluizenprobleem bij een individuele leerling, in een bepaalde klas of in een haardgezin. Spreek af met de school wanneer de hulp van het CLB wordt ingeroepen. Neem de afspraken (vb het stappenplan) op in de samenwerkingsakkoorden of afsprakennota/bijzondere bepalingen bij het beleidsplan/beleidscontract.

Haardgezin

- Hanteer de principes van het handelingsgericht werken bij de ondersteuning van een complexe situatie zoals in een zogenaamd **haardgezin**. In een haardgezin is de aanwezigheid van luizen bij één of meer van de gezinsleden per definitie geen alleenstaand probleem (vaak kansarmoede, financiële problemen, ingewikkelde gezinssituaties, taalbarrière, andere normen over hygiëne, ...). Vaak heeft een dergelijk gezin te kampen met meerdere problemen op hetzelfde moment en vormt de aanwezigheid van luizen geen prioriteit. Wil men dit gezin ondersteunen, dan kan men zich niet beperken tot het luizenprobleem. Een multidisciplinaire aanpak op maat dringt zich op. Handelingsgericht werken is een zeer goede methodiek om met deze problematiek aan de slag te gaan. Een transparante communicatie en duidelijke afspraken, het ontwikkelen van een vertrouwensrelatie met de ouders zijn belangrijke troeven in deze. Samenwerken met andere hulpverleners is aangewezen, denk aan de huisarts, thuisverpleging, een CAW, een wijkgezondheidscentrum, gezinsondersteuning, Kind en Gezin, ...
- In het RTI-model valt de begeleiding van haardgezinnen onder het exclusieve aanbod. Het is individueel maatwerk door het CLB in samenwerking met externe hulpverleners.
- CLB-medewerkers ervaren soms hindernissen in hun aanpak:
 - huisbezoek is niet gewenst, niemand thuis bij afspraak, telefoon wordt niet beantwoord
 - ontkenning van het probleem

- te weinig mogelijkheden om het probleem aan te pakken, producten zijn te duur, nat-kam-methode is te arbeidsintensief, er is geen stromend water
- viseren van bepaalde gezinnen leidt zelfs tot veranderen van school
- verschillende kinderen uit 1 gezin in verschillende scholen
- weinig contact tussen ouders en school
- scholen zijn niet altijd even tolerant ten opzichte van deze gezinnen voor wie de behandeling van luizen geen prioriteit heeft
- Extra tips van CLB-medewerkers om hieraan tegemoet te komen zijn:
 - Stigmatisering van leerlingen uit haardgezinnen of andere leerlingen met hoofdluizen moet absoluut vermeden worden.
 - Houd de begeleiding zoveel mogelijk buiten de school.
 - Volg het gezin nauw op. Contacteer hen persoonlijk, ga op huisbezoek. Wees beschikbaar.
 - Benader hen steeds positief, niet stigmatiserend. Vertrek vanuit de positieve kenmerken en sterktes van het gezin om het doel te bereiken.
 - Luister naar het gezin, laat hen hun verhaal doen.
 - Laat het gezin zoveel mogelijk zelf doen.
 - Demonstreer de nat-kam-methode indien nodig
 - Ga na of ouders over de juiste benodigdheden beschikken
 - Vraag stalen bij firma's
 - Voorzie zo nodig instructies in een aangepaste taal

Op klasniveau

- Indien luizen aanwezig blijven in een bepaalde klas kan dit zijn omdat niet alle besmette leerlingen (gelijktijdig) behandeld worden. Eventueel kunnen volgende stappen overwogen worden:
 - Ouders een antwoordstrook laten invullen waarin ze verklaren hun kind onderzocht te hebben met de nat-kam-methode en waarin ze ook weergeven of er wel of niet luizen of neten gevonden werden
 - Dit na 7 en na 14 dagen te herhalen, gezien er mogelijk een recente infectie is die nog niet aantoonbaar was
 - Ouders die niet deelnemen persoonlijk aanspreken
 - Bij de kinderen bij wie luizen zijn vastgesteld de behandeling opvolgen

Andere

- In samenspraak met een school kan beslist worden om nog andere ondersteuning te bieden. Een school kan er bijvoorbeeld voor kiezen om regelmatige controles voor hoofdluizen te organiseren op school. Meestal kiest men dan voor de visuele inspectie, dit is een minder betrouwbare techniek om levende luizen op te sporen, aangezien de luizen heel snel wegkruipen. Moedig dit niet aan. Zie [bijlage 3](#) voor een bespreking van deze aanpak.
- De school kan een intern luizenteam oprichten en/of een luizenverantwoordelijke aanduiden. Zij zijn onder andere verantwoordelijk voor alle communicatie. Ze vormen het aanspreekpunt rond hoofdluizen. Ze zorgen voor de verspreiding van correcte informatie naar leerlingen, ouders en schoolpersoneel. Wanneer een school geen nood heeft aan een verantwoordelijke, kan deze taak uitgevoerd worden door de individuele klasleerkracht.

Bronnen

- UpToDate Pediculosis capitis
- Gezondheid en wetenschap – Hoofdluizen, 2021. [Luizen · Gezondheid en wetenschap](#)
- LCI-richtlijn (RIVM) – Hoofdluis, 2012. [Hoofdluis | LCI richtlijnen \(rivm.nl\)](#)
- Draaiboek hoofdluisbestrijding GGD [KMS staand GGD \(ggdtwente.nl\)](#)
- Klasse <https://www.klasse.be/4472/meertalig-communiceren-met-ouders-met-vertaalfiches/#h-luizen-natkamtest>
- ECDC: [Lice \(Phthiraptera\) - Factsheet for health professionals \(europa.eu\)](#)
- Kurt O, Balcioglu IC, Limoncu ME et al. Treatment of head lice (Pediculus hymanus captitis) infestation: Is regular combin lone with a special detection comb effective at all levels? Parasitol Rs .2015;114:1347-53
- Burgess IF, Silverston P. Head Lice. Clin Evid. 2015;1703:1-15
- Alster SJ, McDonald MB, Schloemer J, Simon R, Trevina J. Common Child and Adolescent Cutaneous Infestations and Fungal Infections. Cur Probl Pediatr Adolesc Health Car. 2018; 1-25
- Coates SJ, Thomas C, Chosidow O et al. Ectoparasites – Pediculosis and tungiasis. J. Am Acad Dermatol. 2020;82:551-69
- Nolt D, Moore S, Yan AC. Head Lice. Pediatrics. 2022;150:1-14
- Ibarra J, et al. Overcoming health inequalities by using the Bug Busting 'whole-school approach' to eradicate head lice. J Clin Nurs. 2007;16(10):1955-65

IMPETIGO (KRENTENBAARD)

Algemene informatie

Impetigo of krentenbaard is een bacteriële huidinfectie die meestal wordt veroorzaakt door *Staphylococcus aureus*, maar in ongeveer 10 % van de gevallen gaat het om een *Streptococcus pyogenes* of groep A Streptokokken (GAS) infectie. Ook een mengbeeld van beide is mogelijk. De bulleuze variant van impetigo is steeds te wijten aan *S. aureus*, hier gaat het om oppervlakkige kleine of grote blaren met gelig vocht. Deze blaren ruptureren vaak spontaan en hebben een schilferige rand. Er zijn meestal ook systemische symptomen (koorts, malaise). De non-bulleuze impetigo begint als een erythemateuze macula die evolueert naar een pustel of vesikel. Deze bevatten een sereus vocht, na ruptureren ontstaat er een gelige korst. Er is geen tot minimale erythemateuze rand. Er zijn meestal geen systemische symptomen.

Deze beide oorzakelijke kiemen kunnen ook aanleiding geven tot tal van andere ziektebeelden.

Staphylococcus aureus wordt ook geassocieerd met:

- andere huidinfecties zoals folliculitis, cellulitis, paronychium, karbonkel en furonkel, wondinfecties, ...
- invasieve infecties zoals sepsis, osteomyelitis, endocarditis, abscessen, ...
- voedselinfecties en Staphylococcal Toxic Shock Syndrome.

GAS wordt ook geassocieerd met:

- respiratoire infecties zoals nasofaryngitis
- andere huidinfecties zoals scarlatina, erysipelas, pyoderma, cellulitis, ...
- niet-infectieuze complicaties zoals acuut reuma en glomerulonefritis
- invasieve infecties zoals sepsis, meningitis, fasciitis necroticans en Streptococcal Toxic Shock Syndrome

Voor de te nemen maatregelen bij andere ziektebeelden door GAS verwijzen we naar de richtlijn '[Scarlatina en invasieve GAS infecties](#)'.

Voor meer informatie over *S. aureus* en GAS, zie de respectievelijke richtlijnen van het Departement Zorg [Groep A-streptokokkeninfectie \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)

[Staphylococcus aureus | Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)

Voor informatie specifiek over de behandeling zie Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk, 2021, [Bapcoc](#)

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

Ga vooraleer eventuele maatregelen op te starten steeds na of het inderdaad om een impetigo gaat.

Verzamel betrouwbare informatie over:

- Het aantal gevallen van impetigo de voorbije maand in deze klas
- De diagnose, verifieer eventueel bij de behandelend arts
- Is de oorzakelijk kiem gekend?
- De (duur van de) klachten
- De eventuele behandeling van de indexleerling
- Zijn er de voorbije maand meldingen van GAS infecties geweest in deze klas met eventueel een andere ziektebeeld?

STAP 2: Meldingsplicht

- Impetigo is geen meldingsplichtige ziekte.
- Contacteer wel steeds het [team infectieziektebestrijding](#) bij een epidemische verheffing, namelijk 4 of meer gevallen van impetigo in 1 maand tijd in 1 klasgroep.

STAP 3: Wering van school

- Geïsoleerde gevallen van impetigo moeten niet geweerd worden van school. Letsels moeten wel zoveel mogelijk afgedekt worden met een los verband (in het aangezicht, rond de mond, meestal niet mogelijk).
- Indien een kind heel uitgebreide laesies heeft is het aan te bevelen dat het kind geweerd wordt tot 24u na start van de antibioticabehandeling.

- Bij een epidemische verheffing worden de nieuwe geïnfecteerde gevallen geweerd van school tot 24u na start van de antibiotische behandeling.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: de contactopsporing bij een epidemische verheffing is bedoeld om geïnfecteerde kinderen te identificeren en behandelen en zo verdere verspreiding van de bacterie te voorkomen.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

- Besmetting gebeurt hoofdzakelijk door direct contact via de handen. Kinderen herbesmetten zichzelf door aan de letsels te krabben. Vooral het vocht uit de huidlaesies zijn zeer besmettelijk. Besmetting door indirect contact is ook mogelijk, *S. aureus* kan 7 dagen tot 7 maanden overleven in de omgeving.
- 24u na start van antibiotische behandeling is de index niet meer besmettelijk, hoewel neusdragerschap niet steeds geëlimineerd is na antibioticabehandeling.
- Ingedroogde impetigoblaasjes zijn niet besmettelijk.
- Asymptomatisch neusdragerschap is frequent zowel bij *S. aureus* als GAS. Chronische dragers zijn veel minder besmettelijk dan een persoon met acute infectie. Kinderen met bestaande huidlaesies (vb eczema, psoriasis) zijn meer vatbaar.

De incubatietijd

- Gezien infecties veelal vanuit dragerschap ontstaan (endogene infectie) is incubatietijd moeilijk te definiëren.
- Voor exogene infecties is de incubatietijd slechts enkele dagen.

De aard van de contacten

- Bij geïsoleerde gevallen van impetigo is geen contactopsporing nodig, tot 3 gevallen in één maand in één klas vraagt geen extra maatregelen behalve aandacht voor een goede handhygiëne.

Het aantal gevallen

- Vanaf een epidemische verheffing van impetigo (zie STAP 2: Meldingsplicht) zijn alle klasgenoten en klasleerkracht(en) nauwe contactpersonen. Zij worden opgeroepen tot verhoogde waakzaamheid. De behandelende arts wordt gevraagd om elk nieuw geval van impetigo te behandelen met per orale antibiotica en een wisser van het letsel af te nemen (zie STAP 8: Staalname).

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

- Informeer steeds de (ouders van de) **nauwe contactpersonen** (zie STAP 4: Contactopsporing) over:
 - Ziekteverschijnselen
 - Waakzaamheid en consulteren behandelend arts
 - Geef duidelijke informatie mee, die bestemd is voor **de behandelende arts**. Omwille van het epidemisch karakter van de besmettingen is staalname voor verdere typering van de stam noodzakelijk (zie STAP 8: Staalname). Er wordt aanbevolen om deze kinderen steeds met **perorale** antibiotica te behandelen, hoewel bij geïsoleerde gevallen normaal met topische antibiotica (fusidinezuur) behandeld wordt. Het resultaat van de cultuur moet niet afgewacht worden.

Zie voorbeeldbrief '[Krentenbaard in de klas](#)'

EPBW

De **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk (EPBW)** van de school hoeft niet standaard geïnformeerd te worden. Indien medewerkers van de school specifieke vragen hebben mogen deze wel steeds aan de EPBW gesteld worden.

School

- Informeer de **school** over hygiënische maatregelen:
 - Stimuleer goede handhygiëne: Zie fiche [Basishygiëne](#)
 - Adviseer om wondjes steeds te bedekken met een los verband. Te strak afdekken is niet aangewezen, want dit werkt infectie in de hand. In het aangezicht, rond de mond is dit vaak niet mogelijk.

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Er is geen vaccinatie tegen *S. aureus* en GAS.
- Tegen *S. aureus* worden er geen beschermende antistoffen gevormd, opeenvolgende infecties komen dus voor.
- Immuniteit tegen GAS is typespecifiek, daardoor kan iemand opeenvolgend met verschillende types geïnfecteerd worden.

STAP 7: Chemoprophylaxe

Dekolonisatie om neusdragerschap te elimineren is uitzonderlijk aanbevolen en dit enkel in gezinsverband. Bij vragen hierover kan er steeds advies gevraagd worden aan het team infectieziektebestrijding. Er is in deze context bijkomend onderzoek nodig: typering en toxinebepaling door nationaal referentiecentrum voor *Staphylococcus aureus*.

STAP 8: Staalname

- Bij een epidemische verheffing van impetigo wordt er geen klassikaal onderzoek en/of collectieve staalname door CLB en het team infectieziektebestrijding georganiseerd. Ouders worden wel opgeroepen om waakzaam te zijn op verdachte symptomen en de behandelende arts te raadplegen.
- Omwille van het epidemisch karakter wordt aan de behandelende arts gevraagd:
 - om elk verdacht klinisch letsel steeds te behandelen met **perorale** antibiotica
 - om ook steeds een staalname (wisser voor bacteriële cultuur) te doen van het verdachte huidletsel.
- Deze stammen van *S. aureus* of GAS moeten steeds naar het Nationaal Referentiecentrum gestuurd worden zodat de epidemische link tussen de verschillende stammen kan bevestigd of uitgesloten worden. Bovendien kan de typering aantonen of er sprake is van een stam die vaker complicaties veroorzaakt. Geef steeds de naam en contactgegevens van de behandelend arts van de gemelde gevallen door aan het team infectieziektebestrijding, die dit coördineren.

MAZELEN (RUBEOLA)

Algemene informatie

Dit is een virale infectie die gekenmerkt wordt door huiduitslag en koorts. Meestal begint de ziekte met neusloop, hoesten, ontsteking van het oogslimvlies en algemeen onwel zijn. Er kunnen ook ernstige complicaties optreden zoals pneumonie en encefalitis, vooral bij volwassenen, immuungecompromitteerden en jonge kinderen. De mortaliteit door mazelen is leeftijdsafhankelijk en is het hoogste bij jonge kinderen (<1 jaar).

Voor meer informatie zie richtlijn van het Departement Zorg [Mazelen | Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](#).

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

Contacteer eerst het team infectieziektebestrijding om na te gaan of er effectief sprake is van een mazelen infectie. Aangezien het om een meldingsplichtige aandoening gaat hebben zij normaal gezien de melding reeds gekregen via de behandelend arts of het labo. Contact- en brononderzoek worden steeds gecoördineerd door het team infectieziektebestrijding. Het CLB speelt een ondersteunende rol op schoolniveau. In onderling overleg wordt afgesproken hoe het CLB die rol kan opnemen.

Gevalsdefinitie:

GEVALSDEFINITIE
Mogelijk <ul style="list-style-type: none">• patiënt met klinische criteria
Waarschijnlijk <ul style="list-style-type: none">• patiënt met klinische criteria EN epidemiologische criteria
Bevestigd <ul style="list-style-type: none">• patiënt met klinische criteria EN laboratoriumconfirmatie

CRITERIA
<p>Klinische criteria</p> <ul style="list-style-type: none"> • koorts (>38°C) <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none"> • maculo-papulaire rash <p>EN minstens één van de volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hoest, • coryza, • conjunctivitis
<p>Epidemiologische criteria</p> <ul style="list-style-type: none"> • contact met waarschijnlijk of bevestigd geval
<p>Criteria voor laboratoriumconfirmatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • aantonen van mazelenvirus via PCR <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> • aantonen van mazelen IgM antistoffen in serum of speeksel <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> • viervoudige titerstijging van mazelen specifieke antilichamen in serum

STAP 2: Meldingsplicht

- Mazelen is steeds meldingsplichtig bij het [team infectieziektebestrijding](#) .
- Wacht niet op bevestiging, neem zo snel mogelijk contact met het [team infectieziektebestrijding](#) bij een vermoeden van mazelen.

STAP 3: Wering van school

- Kinderen mogen niet naar school komen tot minstens 4 dagen na het begin van het exantheem.
- Kinderen met vermoeden van mazelen (mogelijks geval) worden ook al geweerd in afwachting van zekerheid over de diagnose.
- Het weren van niet gevaccineerde kinderen uit de klas bij een geval wordt geadviseerd indien de vaccinatiegraad < 95% bedraagt of ongekend is.
 - Concreet: wanneer de groep van nauwe contactpersonen kleiner is dan 50 personen, dan wordt wering reeds aanbevolen vanaf 1 niet gevaccineerde nauwe contactpersoon.
 - Overleg met Departement Zorg is aangewezen.
 - De duur van de wering is 21 dagen na het laatste geval.
 - Indien er naar aanleiding hiervan geopteerd wordt voor inhaalvaccinatie dan moet vaccinatie binnen de 72u na blootstelling zijn toegediend om wering onnodig te maken, zie post-exposure profylaxe onder STAP 6: Vaccinatie en immuniteit.
- Wering van gevaccineerde contacten is niet aangewezen. Ook indien de vaccinatiegraad in de klas >= 95% bedraagt is wering van niet-gevaccineerde contactpersonen niet aangewezen.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: de contactopsporing is bedoeld om onbeschermd contactpersonen zo snel mogelijk te vaccineren.

Bij een melding van (vermoeden van) mazelen wordt de contactopsporing steeds gecoördineerd door het team infectieziektebestrijding. Ook doen zij het brononderzoek. Het CLB speelt een ondersteunende rol op schoolniveau. Het CLB gaat na of het kind aanwezig was in de klas tijdens de besmettelijke periode (van 4 dagen vóór tot 4 dagen na start exantheem).

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

- Mazelen is zeer besmettelijk. Transmissie vindt plaats via druppelinfectie uit de neus- of keelholte. Naast directe overdracht (via de handen) is ook indirecte overdracht via besmette oppervlakken (vb deurknoppen) mogelijk. Ook verspreiding via de lucht is mogelijk. Het virus kan tot enkele uren in druppeltjes in de lucht overleven.
- De besmettelijke periode is van 4 dagen vóór tot 4 dagen na het ontstaan van het exantheem.

De incubatietijd

- De incubatieperiode van blootstelling tot begin van de prodromale fase (zie richtlijn Departement Zorg voor ziektebeeld) duurt gemiddeld 10 tot 12 dagen (7-14 dagen). De incubatieperiode van blootstelling tot begin van het exantheem bedraagt gemiddeld 14 dagen (7-21 dagen).

De aard van de contacten

- Alle personen die vanaf 4 dagen voor het ontstaan van de huiduitslag bij de index in dezelfde ruimte verbleven als de index zijn **nauwe contactpersonen**. Dit geldt in elk geval voor de klasgenoten en klasleerkracht(en). Indien hierover twijfel ontstaat, ga dan in overleg met het team infectieziektebestrijding.
- Kijk bij een melding van mazelen steeds de vaccinatiestatus van de klasgenoten en andere nauwe contactpersonen na in Vaccinnet. Roep via de school ook de betrokken klasleerkracht(en) op om hun vaccinatiestatus voor mazelen op te zoeken of op te vragen en de arbeidsgeneeskundige dienst van de school hiervan op de hoogte te brengen.
- Een doorgemaakte infectie of de aanwezigheid van mazelen IgG antistoffen is ook een bewijs van immuniteit.

Het aantal gevallen

- Bij elk bijkomend geval worden de **nauwe contactpersonen** opgespoord zoals bij het eerste geval (zie hierboven).

- De richtlijn voor post-exposure vaccinatie wijzigt wel in functie van het aantal gevallen (zie STAP 6: vaccinatie).

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

- Informeer alle (ouders van de) **nauwe contactpersonen** (zie STAP 4: Contactopsporing) over:
 - De ziekteverschijnselen
 - Verhoogde waakzaamheid en raadplegen behandelend arts bij symptomen. Contacteer de arts op voorhand zodat de zieke leerling niet in de wachtzaal moet plaatsnemen.
 - Vaccinatieadvies (Zie STAP 6: Vaccinatie)
 - Beveel preventieve wering van school aan voor de niet gevaccineerde kinderen gedurende 21 dagen na het laatste geval indien de vaccinatiegraad in de klas <95% bedraagt. Indien de groep nauwe contactpersonen minder dan 50 personen telt geldt dit al vanaf 1 niet gevaccineerde nauwe contactpersoon.
 - Preventieve hygiënemaatregelen

Zie voorbeeldbrieven '[Mazelen in de klas](#)' en '[Jouw toestemming voor een vaccin tegen mazelen](#)'

EPBW

Vraag de school om bij elke melding van mazelen ook aan de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk** van de school:

- de informatiebrieven te bezorgen die CLB aan ouders, leerlingen en personeel heeft verspreid.
- mee te delen of er zwangere personeelsleden zijn, die contactpersoon van de besmette leerling(en) zijn

School

- Informeer de **school** over:
 - **Verhoogde waakzaamheid:** Er moet na elke melding een verhoogde waakzaamheid voor symptomen passend bij mazelen worden ingesteld op school gedurende de maximale incubatieperiode van 3 weken, dit onafhankelijk van de vaccinatiestatus van de leerlingen.
 - Hygiënische maatregelen:
 - Personen met een verhoogd risico op ernstig verloop van mazelen, met name (nog) ongevaccineerde jonge kinderen, niet-immune zwangeren en immuungecompromitteerde personen moeten contact met zieken vermijden.
 - Goede ventilatie van de klaslokalen
 - Stimuleer goede hoest- en nieshygiëne: Zie fiche [Basishygiëne](#)

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Mazelenvaccin is een levend verzwakt vaccin en maakt deel uit van de MBR-vaccinatie tegen mazelen, bof en rubella. Een vaccin dat alleen de mazelencomponent bevat is in Vlaanderen niet meer verkrijgbaar.
- MBR vaccinatie maakt deel uit van het basisvaccinatieschema en wordt aangeboden op 12 maanden en in het 4^{de} leerjaar. Er kan een vervroegde vaccinatie gegeven worden tussen 6 en 12 maand in geval van reëel risico op mazelen (vb o.w.v. reizen naar endemisch gebied), maar dit geldt niet als volwaardige dosis en moet herhaald worden na de eerste verjaardag.
- Het doormaken van mazelen geeft doorgaans levenslange immuniteit, herinfectie is zeldzaam. Na vaccinatie komt herinfectie regelmatig voor maar dit verloopt meestal asymptomatisch of mild. Deze herinfecties geven een booster aan de mazelen specifieke immuunrespons.
- Primair vaccinfalen treedt op bij ca. 5% van de gevaccineerden.
- Bied steeds zo snel mogelijk (bij voorkeur <24u na blootstelling) **postexposure vaccinatie** (PEV) aan:
 - Aan alle niet of onvolledig gevaccineerde **nauwe contactpersonen**. Kinderen en jongeren die in het verleden om een bepaalde reden geen gebruik gemaakt hebben van het (volledige) gratis aanbod tot vaccinatie, hebben recht op gratis inhaalvaccinatie. Volgende richtlijn geldt: [Zie richtlijn Departement Zorg: tabel 2 Aanbevolen inhaalvaccinatie na blootstelling](#).
 - Toediening binnen de 72u na blootstelling heeft als doel om alle secundaire gevallen te verhinderen (= post-exposure profylaxe). Deze PEV biedt echter niet altijd voldoende bescherming, en wordt best zo snel mogelijk toegediend.
- Ook na 72u blijft vaccinatie en vervolledigen van de vaccinatiestatus zo snel mogelijk aanbevolen, hier is het doel om verdere transmissie na het laatste geval te voorkomen en een uitbraak te voorkomen (= pre-exposure profylaxe).

STAP 7: Chemoprofylaxe

Postexposure vaccinatie (zie hierboven).

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing

MENINGITIS EN MENINGOKOKKENZIEKTE

Algemene informatie

Meningitis of hersenvliesontsteking kan door veel verschillende micro-organismen veroorzaakt worden. Enerzijds onderscheiden we de **bacteriële** verwekkers, waarvan

- *Neisseria meningitidis* of meningokokken
- *Haemophilus influenzae* type b (Hib)
- *Streptococcus pneumoniae* of pneumokokken

de belangrijkste zijn in de schoolcontext.

Neisseria meningitidis kent 12 verschillende subtypes, waarvan A, B, C, W en Y de belangrijkste zijn. Sinds de veralgemeende vaccinatie tegen type C komt deze veel minder voor en is het meest voorkomende type in België type B, goed voor ongeveer de helft van de gevallen. Meningitis door meningokokken kent een piekincidentie bij kinderen jonger dan 5 jaar en bij tieners en jongvolwassenen.

Haemophilus influenzae type b kan naast meningitis ook een levensbedreigende epiglottitis veroorzaken. Sinds veralgemeende vaccinatie van jonge kinderen komen Hib infecties nog zelden voor. Ongevaccineerde kinderen <4 jaar zijn meest vatbaar voor invasieve infectie.

Streptococcus pneumoniae wordt frequent geassocieerd met niet-invasieve infecties zoals otitis media, sinusitis en pneumonie, maar ook invasieve infecties als meningitis en sepsis zijn mogelijk. Jonge kinderen <2 jaar en ouderen >65 jaar zijn meest vatbaar voor deze invasieve infecties, tevens personen met een onderliggende aandoening.

Voor zowel meningokokken, pneumokokken als Hib geldt dat asymptomatisch nasopharyngeaal dragerschap frequent voorkomt. Keel- of neuswisser om dragerschap op te sporen is dan ook niet zinvol. Enkel isolatie uit een normaal steriel compartiment (vb. bloed, lumbaalvocht) is diagnostisch van belang.

Anderzijds zijn er ook tal van **virale** verwekkers mogelijk, zoals enterovirussen, mazelen, bof, Herpes simplex, varicella, Epstein Barr virus.... Voor de te nemen maatregelen naar aanleiding van een melding van virale meningitis door mazelen, varicella of bof verwijzen we naar de overeenkomstige richtlijn.

Voor meer informatie zie de overeenkomstige richtlijnen van het Departement Zorg:

- Meningokokken: [Meningokokken invasieve infecties | Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)
- Haemophilus influenzae type b: [Haemophilus influenzae type b | Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)
- Pneumokokken: [Pneumokokken \(invasieve\) | Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

Ga vooraleer eventuele maatregelen op te starten steeds na of er effectief sprake is van een meningitis en over welk oorzakelijk micro-organisme het gaat. Het is ook mogelijk dat het oorzakelijk micro-organisme (nog) niet gekend is.

Indien het om een invasieve meningokokkeninfectie gaat wordt de contactopsporing steeds gecoördineerd door het team infectieziektebestrijding. Het CLB speelt een ondersteunende rol op schoolniveau. In onderling overleg wordt afgesproken hoe het CLB die rol kan opnemen.

Indien het om een ander oorzakelijk micro-organisme gaat, verzamel betrouwbare informatie over:

- Verifieer steeds bij de behandelend arts of het oorzakelijk micro-organisme gekend is. Indien nog niet gekend, spreek af hoe op de hoogte te blijven.
- Indien 2 of meer gevallen in dezelfde klas, waarbij symptomen binnen 1 maand na de eerste ziektedag van de index begonnen, verzamel dan ook de eventuele link(en) tussen die gevallen (vrienden, gezin, vrijetijdsactiviteiten...). Enkel indien de transmissie vermoedelijk op school is gebeurd spreken we in deze context van epidemiologisch gelinkte gevallen. Indien het om 2 gevallen van eenzelfde gezin gaat is de besmetting niet op school gebeurd.
- De diagnose. Voor andere invasieve infecties zoals sepsis, septische arthritis, ... veroorzaakt door meningokokken gelden dezelfde maatregelen als voor meningokokkenmeningitis (zie gevalsdefinitie).

Gevalsdefinitie meningokokken:

GEVALSDEFINITIE

Mogelijk

- patiënt met klinische criteria

Waarschijnlijk

- patiënt met klinische criteria EN waarschijnlijk labocriterium
- OF
- patiënt met klinische criteria EN epidemiologisch criterium

Bevestigd

- patiënt met klinische criteria EN laboratoriumconfirmatie

CRITERIA

Klinische criteria

Minstens één van de volgende:

- meningeale prikkeling
- petechiën, purpura t.h.v. de huid
- septische shock
- syndroom van Waterhouse – Friedrichsen
- septische arthritis
- pneumonie (enkel met positieve hemocultuur)

Epidemiologische criteria

- nauw contact met bevestigd geval

Laboratoriumcriteria

Waarschijnlijk labocriterium

- aanwezigheid van gramnegatieve diplokokken in cerebrospinaal vocht, bloed of uitstrijkje/biopt van petechiën

OF

- positieve antigenetest voor *N. meningitidis*

Laboratoriumconfirmatie

- isolatie van *N. meningitidis* uit een medium dat normaal steriel is (bloed, cerebrospinaal vocht, gewricht, pleura, pericard)

OF

- positieve PCR

STAP 2: Meldingsplicht

- Niet elk geval van meningitis is meldingsplichtig. De meldingsplicht hangt af van het oorzakelijke micro-organisme.
- Bacteriële meningitis door ***Neisseria meningitidis*** (meningokokkeninfectie) en door ***Haemophilus influenzae type b*** is steeds meldingsplichtig bij het [team infectieziektebestrijding](#). Ook andere invasieve infecties (dwz isolatie uit een normaal steriel compartiment, vb. sepsis, septische arthritis, epiglottitis) door deze kiemen zijn meldingsplichtig. Contacteer in dit geval zo snel mogelijk het [team infectieziektebestrijding](#).
- Andere verwekkers zoals **pneumokokken** of **enterovirus** zijn niet meldingsplichtig, maar elk vermoeden van een ernstige infectie die een epidemisch karakter dreigt aan te nemen of aangenomen heeft, is ook meldingsplichtig.

STAP 3: Wering van school

- Kinderen met meningitis of andere invasieve infectie worden gehospitaliseerd en zijn te ziek om naar school te komen.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: Contactopsporing is bedoeld om personen voor wie antibioticaprofylaxe aangewezen is te identificeren.

Een contactopsporing houdt rekening met:

Het oorzakelijk micro-organisme

- Bij **pneumokokken** is geen contactopsporing nodig.
- Bij **virale meningitis** is geen contactopsporing nodig.
- Bij een melding **meningokokkeninfectie** wordt de contactopsporing steeds gecoördineerd door het team infectieziektebestrijding. Brononderzoek is niet nodig. Het CLB speelt een ondersteunende rol op schoolniveau. In onderling overleg wordt afgesproken hoe het CLB die rol kan opnemen.
- Aangezien invasieve Hib infecties zeer zeldzaam geworden zijn en vooral kinderen tot 18 maanden treft zijn er in de schoolcontext geen maatregelen te nemen.

De besmettelijkheid van de indexleerling

- De bacteriën worden van mens op mens overgedragen via druppeltjes vanuit de neus-keelholte, bij langdurig en intensief contact door bijvoorbeeld hoesten, niezen, spreken of door direct contact (bijvoorbeeld zoenen, mond-op-mondbeademing). Indirecte overdracht via voorwerpen is zeer zeldzaam.
- De index is besmettelijk zolang de bacterie zich in de neus of keel bevindt en tot 24u na het instellen van antibiotica die dragerschap elimineert.

De incubatietijd

- De incubatietijd is wisselend naargelang het micro-organisme, maar varieert van 1 tot 5 dagen, bij meningokokken kan dit evenwel oplopen tot maximaal 10 dagen.

Aard van de contacten

- Bij een geïsoleerd geval van **meningokokkeninfectie** zijn **nauwe contactpersonen** de huisgenoten ofwel knuffelcontacten (gezinsleden en anderen die gezamenlijk met de index een huishouden deelden, inclusief oppas en logerende vrienden), die zeer nauw of intensief contact met de index hebben gehad in de periode vanaf 7 dagen vóór de index ziek werd tot 24 uur nadat de index is gestart met antibioticum. Normaal gezien wordt er geen profylaxe opgestart binnen een klas tenzij er een situatie optreedt dat lijkt op een gezinssituatie zoals kinderen die

tijdens de besmettelijke periode samen gelogeed hebben in schoolverband (vb. bosklassen, internaat).

- Bij een geïsoleerd geval van **Hib infectie** zijn er nooit contactpersonen op school.

Het aantal gevallen

- De meeste gevallen zijn geïsoleerd, secundaire gevallen komen meestal binnen de 2 weken voor.
- Een cluster van **meningokokkeninfectie** in een onderwijsinstelling wordt gedefinieerd als **2 of meer gelinkte gevallen** van meningokokken in dezelfde school binnen een periode van 4 weken.
- Bij een cluster van meningokokkeninfectie wordt contactopsporing steeds gecoördineerd door het team infectieziektebestrijding. Brononderzoek is niet nodig. Het CLB speelt een ondersteunende rol op schoolniveau. Spreek onderling af welke rol het CLB opneemt.

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

1. Enkel bij **meningokokkeninfectie** moeten alle (ouders van de) **klasgenoten en klasleerkracht(en) opgeroepen** worden tot waakzaamheid. Informeer over:
 - De ziekteverschijnselen
 - Verhoogde waakzaamheid gedurende 1 maand en raadplegen behandelend arts bij symptomen.
 - Preventieve hygiënemaatregelen

Zie voorbeeldbrief '[Hersenvliesontsteking door meningokokken in de klas](#)'

2. Bij meningitis door een andere pathogeen (**HiB, pneumokok, viraal**) is waakzaamheid vanuit volksgezondheidsperspectief niet nodig. Informeren kan zinvol zijn om ongerustheid bij de ouders weg te nemen, maar is strikt genomen niet nodig. Contacteer wel het team infectieziektebestrijding bij elk vermoeden van een ernstige infectie die een epidemisch karakter dreigt aan te nemen of aangenomen heeft (zie STAP 2: Meldingsplicht)

Zie voorbeeldbrief '[Informatie over hersenvliesontsteking in de klas](#)'

3. De **nauwe contactpersonen** (zie STAP 4: Contactopsporing) worden gecontacteerd door het team infectieziektebestrijding

EPBW

Vraag de school om bij elke melding van meningokokken infectie ook aan de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk** van de school:

- de informatiebrieven te bezorgen die CLB aan ouders, leerlingen en personeel heeft verspreid.
- mee te delen of er zwangere personeelsleden zijn, die contactpersoon van de besmette leerling zijn

School

- Informeer de **school** over waakzaamheid en hygiënische maatregelen:
 - In geval van **meningokokkeninfectie** vraag de school op om extra waakzaam te zijn op alarmsymptomen: een kind dat op korte tijd erg ziek wordt met koorts, nekstijfheid, verminderd bewustzijn of rode vlekjes op de huid. In dit geval moeten onmiddellijk de huisarts of de spoeddienst en de ouders verwittigd worden.
 - Goed ventilatie van de klaslokalen
 - Stimuleer goede hoest-, snuit- en nieshygiëne: Zie fiche [Basishygiëne](#)

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

Meningokokken

- Het doormaken van een infectie is geen garantie voor voldoende beschermende immuniteit, en is mogelijk een indicatie voor een verhoogd risico op het nogmaals ontwikkelen van meningokokkenziekte. Daarom is vaccinatie van de index ook aanbevolen bij type A, C, W of Y. De **nauwe contacten** (zie STAP 4: Contactopsporing) die chemoprophylaxe krijgen, komen ook in aanmerking voor **postexposure vaccinatie** bij meningokokken type A, C, W of Y. Team infectieziektebestrijding krijgt de resultaten van de typering en communiceert hierover met de betrokkenen.
- Bied naar aanleiding van een geval van meningokokkeninfectie, inhaalvaccinatie voor MenACWY aan niet of onvolledig gevaccineerde kinderen in de klas aan. Gebruik hiervoor het standaard toestemmingsformulier voor inhaalvaccinaties.

Haemophilus influenzae type b

- Er wordt geen postexposure vaccinatie aanbevolen voor Hib.

Pneumokokken

- Er wordt geen postexposure vaccinatie aanbevolen voor pneumokokken.

STAP 7: Chemoprophylaxe

Doel: chemoprophylaxe is bedoeld om dragerschap bij de contactpersonen te elimineren en zo ziekte te voorkomen.

Meningokokken:

- Er is geen profylaxe nodig voor de klasgenoten en klasleerkracht(en).

- Aan de **nauwe contactpersonen** (zie STAP 4: Contactopsporing) dient antibioticaprofylaxe aangeboden te worden bij voorkeur opgestart binnen 24u en uiterlijk binnen 2 weken nadat de diagnose bij de index is gesteld. Team infectieziektebestrijding zal hierover communiceren met de betrokkenen.
- Voor profylaxe door postexposure vaccinatie, zie STAP 6: Vaccinatie.

Haemophilus influenzae type b:

- Antibioticaprofylaxe is uitsluitend van toepassing binnen het gezin of bij een cluster in een kinderdagverblijf. Zie richtlijn Departement Zorg.

Pneumokokken

- Voor pneumokokken is geen antibioticaprofylaxe aanbevolen.

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing

MOLLUSCA CONTAGIOSA (PARELWRATJES)

Algemene informatie

Ziektebeeld

Mollusca contagiosa (MC) of parelwrattjes kent ook nog tal van andere benamingen, zoals waterwrattjes, mosselwrattjes, bolhoedwrattjes of luchtpukkels. Het zijn bolvormige letseltjes, meestal met een centrale indeuking die ontstaan door hypertrofie en hyperplasie van de epidermis. Ze hebben vaak een glinsterend aspect. De diameter varieert gemiddeld van 2 tot 6 mm, vooral bij personen met immuunsuppressie kunnen de wrattjes tot 1 cm diameter zijn. Ze zijn huidskleurig tot licht doorschijnend. Ze komen typisch voor bij kinderen op de romp, in de oksel, in de knieholte of de elleboogplooi. Ze kunnen ook in het gezicht, de mond of conjunctiva voorkomen. Ze komen vaak in groepjes voor en het aantal varieert van enkele tot meer dan honderd. Kinderen op de leeftijd van 1 tot 5 jaar worden vaakst getroffen omdat ze nog geen antistoffen hebben ontwikkeld tegen het molluscum contagiosum virus (MCV). Kinderen met atopisch eczeem zijn voorbeschikt en hebben ook uitgebreidere erupties. In 10% van de gevallen ontstaat ook een eczemateuze dermatitis rond de laesies.

De aandoening is zelflimiterend, maar de duur kan sterk variëren van enkele maanden tot 2 jaar. De infectie houdt zichzelf in stand via auto-inoculatie.

Ook volwassenen kunnen MC krijgen, maar dan is het meestal een SOA en situeren de wrattjes zich typisch op de genitaliën, liezen of anaal.

Immuundeficiënte personen (vb HIV) hebben een verhoogd risico op MC, ze hebben vaker grotere laesies die niet spontaan genezen.

Ziekteverwekker

MC wordt veroorzaakt door een virus, het *molluscum contagiosum virus* (MCV), behorend tot het genus *molluscipox viridae*, en de familie van de pokkenvirussen. Er bestaan 4 subtypes, MCV I, MCV II, MCV III en MCV IV. Het klinisch beeld is niet verschillend. MCV I komt meest frequent voor, maar er zijn regionale verschillen in voorkomen.

Diagnostiek

De diagnose wordt klinisch gesteld. Bij twijfel wordt het wrattje verwijderd en naar het laboratorium gestuurd voor verder onderzoek.

Besmetting

Het virus wordt overgedragen door

- direct huidcontact met een besmet persoon
- indirect via handdoeken, speelgoed of via zwembadbezoek
- auto-inoculatie

De kans op besmetting is groter in vochtig milieu en als de huid beschadigd is, zoals bijvoorbeeld bij eczeem.

Per jaar krijgt ongeveer 1 kind op 100 MC.

Verspreiding

MC komt wereldwijd voor, maar is frequenter in tropische gebieden.

Behandeling

- Aangezien MC zelflimiterend is kan een afwachtende houding worden aangenomen. In sommige gevallen dringt behandeling zich op omwille van de uitgebreidheid van de letsels of omwille van immuunsuppressie. Andere redenen om te behandelen kunnen zijn: esthetisch, discomfort, risico op besmetting of stigma.
- De eerstelijnsbehandeling is aanstippen met KOH (5 of 10%).
- Andere behandelopties zijn met curette uitlepelen, cryotherapie, lasertherapie, podophilline, cantharidin, antiviraal (vb cidofovir), immunomodulator (vb imiquimod).

Preventie

- Vermijd het gemeenschappelijk gebruik van handdoeken, washandjes. Zet kinderen niet samen in bad.
- Raad aan niet te krabben aan de letsels om surinfectie te voorkomen.

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

STAP 1: Verheldering van de melding

- Gezien de diagnose klinisch wordt gesteld en gezien het veelvuldig voorkomen van parelwrattjes bij (jonge) schoolgaande kinderen is verheldering standaard niet nodig.
- Het is niet nodig dat een school parelwrattjes meldt aan het CLB.
- Als de school contact opneemt met het CLB dan gaat het meestal om een hardnekkig of zeer uitgebreid probleem van parelwrattjes. Geruststelling en correcte informatie zijn belangrijk.

STAP 2: Meldingsplicht

Er is geen meldingsplicht voor parelwrattjes.

STAP 3: Wering van school

- Hoewel er een potentieel risico bestaat dat er transmissie ontstaat naar andere klasgenoten is het niet aangewezen om kinderen met parelwrattjes te weren van school. Het is een onschuldige aandoening.
- Bij zeer uitgebreide letsels, verwijst door naar de behandelende arts.
- Hoewel er meer risico is op transmissie in vochtig milieu mag de index wel zwemmen.

STAP 4: Contactopsporing

Niet van toepassing

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

Het is niet nodig de (ouders van de) klasgenoten te informeren.

EPBW

De **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk (EPBW)** van de school hoeft niet standaard geïnformeerd te worden. Indien medewerkers van de school specifieke vragen hebben mogen deze wel steeds aan de EPBW gesteld worden.

School

- Informeer de school over hygiënische maatregelen:
 - vermijd zoveel mogelijk direct huidcontact, zeker in het zwembad
 - vermijd gemeenschappelijk gebruik van handdoeken, (bad)kledij
- Stel de school gerust over de onschuldige aard van de aandoening

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

Er is geen vaccinatie.

STAP 7: Chemoprophylaxe

Niet van toepassing

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing

Bronnen

- www.huidziekten.nl
- Mandell G. L., Bennett J.E., Dolin R. (2010). *Principles and practices of Infectious Diseases* (7th edition). [boek]. Churchill Livingstone Elsevier.
- Lacarrubba F, Micali G, Calogero Trecarichi A, Quattrocchi E, Monfrecola G, Verzi AE. New Developing Treatments for Molluscum Contagiosum. *Dermatol Ther.* 2022; 12:2669-78
- Hanson D, Diven DG. Molluscum Contagiosum. *Derm Online.* 2003;9(2):2
- www.gezondheidenwetenschap.be – Parelwratjes
- van der Wouden JC, van der Sande R, Kruihof EJ, Sollie A, van Suijlekom-Smit LWA, Koning S. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum (Review). *Cochr Libr.* 2017

PARVOVIRUS B19 (ERYTHEMA INFECTIOSUM – 5^{DE} KINDERZIEKTE)

Algemene informatie

Ziektebeeld

Een infectie met parvovirus B19 verloopt vaak asymptomatisch of subklinisch, maar kan ook gepaard gaan met klinische infectie.

Erythema infectiosum of de 5^{de} kinderziekte is het meest voorkomende ziektebeeld. De prodromale fase kenmerkt zich door een kort, mild, non-specifiek ziektebeeld met milde koorts, malaise, spierpijn, hoofdpijn en jeuk. De 5^{de} kinderziekte manifesteert zich 5 tot 7 dagen later met een fijnvlekkig vliedervormig exantheem dat begint in het gezicht: ‘slapped cheeks’ of appelwangen. Het exantheem kan zich uitbreiden over de romp en de extremiteiten (vooral de strekzijde) en eventueel ook op de handpalmen en voetzolen. Dit exantheem verdwijnt gewoonlijk binnen een week, maar kan tot drie weken herhaaldelijk terugkomen als reactie op warmte, koude, inspanning of stress. Bij 5 tot 10% van de kinderen zijn er ook gewrichtsklachten van handen, voeten, knieën en polsen.

Bij volwassen patiënten, voornamelijk bij vrouwen, staan gewrichtsklachten op de voorgrond.

Personen met een onderliggende aandoening kunnen een ernstige infectie met parvovirus B19 doormaken.

- Bij personen met chronische hemolytische anemie (o.a. sikkelcelziekte, thalassemie en hereditaire sferocytose) kan parvovirus B19 een snel levensbedreigende aplastische crisis veroorzaken. Met een adequate behandeling is de prognose wel gunstig.
- Personen met een congenitale of verworven immuunstoornis (vb acute lymfatische leukemie), ontwikkelen een chronische infectie met chronische anemie.

Het doormaken van een infectie met parvovirus B19 in het begin van de zwangerschap kan spontane abortus veroorzaken, waarbij multipole congenitale afwijkingen bij de foetus worden gevonden. Het doormaken van een infectie met parvovirus B19 tijdens het tweede trimester van de zwangerschap en tot en met 20 weken kan leiden tot hydrops foetalis. Het risico op hydrops foetalis na infectie is 3% (12). In milde gevallen kan hydrops foetalis spontaan herstellen, in ernstigere gevallen kan het leiden tot intra-uteriene vruchtdood.

Bij infectie van de moeder na de twintigste week van de zwangerschap is er geen verhoogd risico op intra-uteriene vruchtdood meer. Bij de kinderen die levend ter wereld kwamen, zijn er geen aanwijzingen gevonden voor een relatie tussen parvovirus B19-infectie en congenitale afwijkingen.

Incubatietijd

De incubatietijd is 1-3 weken.

Ziekteverwekker

Parvovirus B19 is een enkelstrengig DNA-virus. Het humane parvovirus B19 behoort tot de familie van de *Parvovirusviridae*. Niet-humane parvovirussen zijn het caniene parvovirus (CPV) en het feliene panleukopenievirus (FPV). Mensen zijn niet vatbaar voor infectie met dierlijke parvovirussen.

Diagnostiek

Diagnose van de 5^{de} kinderziekte is klinisch op basis van de vrij specifieke slapped cheeks en erythema. Bevestiging van een parvovirus B19 infectie door middel van serologie is mogelijk, namelijk detectie van IgM- en IgG-antistoffen. IgM-antistoffen zijn aantoonbaar vanaf 1-2 weken na de infectie. Dit tijdstip valt ongeveer samen met het ontstaan van de ziekteverschijnselen bij erythema infectiosum. IgM-antistoffen blijven 2 tot 6 maanden aantoonbaar. Specifieke IgG-antistoffen verschijnen enkele dagen na de IgM-antistoffen en blijven levenslang aanwezig.

In geval van hydrops foetalis en bij patiënten met verminderde afweer kunnen IgM-antistoftiters laag of afwezig blijven. Bij deze patiëntengroepen is serologie daarom ongevoelig en is DNA-detectie betrouwbaarder. Tijdens de acute infectie ontstaan hoge concentraties parvovirus B19-virus in het bloed, die gemakkelijk aantoonbaar zijn door middel van moleculaire diagnostiek. Deze technieken kunnen ook gebruikt worden om viraal DNA aan te tonen in bloed- of weefselmonsters, in vruchtwater en foetaal bloed. Van belang is het om te weten dat na de acute infectie ook bij gezonde personen parvovirus B19 DNA nog jarenlang in lage concentraties aantoonbaar kan blijven in bloed en weefsels zonder verdere klinische symptomen.

Het parvovirus B19 kan niet met behulp van de conventionele viruskweek aangetoond worden.

Besmetting

- Overdracht van parvovirus B19 gebeurt via druppelinfectie. Vertikale transmissie is mogelijk tijdens de zwangerschap. Overdracht via besmette bloedproducten en als laboratoriuminfectie is beschreven.
- Tijdens de viremische fase zijn geïnfecteerde personen besmettelijk voor hun omgeving. De viremische fase begint ongeveer een week na de besmetting en duurt bij immunocompetente personen enkele dagen tot een week. **Patiënten met erythema infectiosum zijn de week vóór de symptomen besmettelijk, maar eens het exantheem, en eventueel de gewrichtspijn, verschijnen, zijn ze niet meer besmettelijk.** Personen met een aplastische

crisis moeten als besmettelijk worden beschouwd tot een week na het begin van de symptomen. Immuuncompromitteerde personen met een chronische infectie kunnen maanden tot jaren infectieus blijven.

Verspreiding en seroprevalentie

Parvovirus B19 komt wereldwijd epidemisch voor, maar ook geïsoleerde gevallen zijn beschreven. Epidemieën komen om de 3 tot 5 jaar voor, vooral in de winter en het voorjaar.

Seroepidemiologisch onderzoek uit 2007 toont aan dat ongeveer 26% van de zwangere vrouwen in België seronegatief is en dus nog vatbaar is voor een parvovirus B19 infectie. Het risico om parvovirus B19 door te maken tijdens de zwangerschap wordt geschat op 0,61%, of nog, in 1 op 643 zwangerschappen in België komt een infectie met parvovirus B19 voor. (1) Het risico voor een seronegatieve zwangere om een seroconversie door te maken tijdens de zwangerschap is 2,4% (8)

Vergelijkbaar Europees onderzoek tonen een seroconversiegraad van 71% van de zwangere vrouwen in Frankfurt am Main (3) en 70% in Nederland (8). Een Duitse studies toonde een hogere prevalentie bij zwangere vrouwen die reeds 2 of meer kinderen hadden, namelijk 81,6%, en 88,9% bij vrouwen die beroepsmatig in contact komen met jonge kinderen. (9)

Onderzoek naar de seroprevalentie bij vrouwen die in de kinderopvang werken ten opzichte van een controlegroep toont een verschil van 79,4% versus 68% in Frankrijk (6) en 77% versus 71% in Nederland (7), beiden zijn niet significant. Een andere Nederlands studie toont wel een significant verband aan (10).

De seroprevalentie bij bloed- of plasmadonoren bedroeg 47% in Nederland (2) en 79,1% in Italië (11).

Seroprevalentiestudies in de totale volwassen bevolking bedroeg 75% van de >45-jarigen in Engeland en Wales (4), 72,1% in Duitsland (9) en 61% in Amsterdam (5).

Behandeling

Parvovirus B19-infectie is meestal een onschuldige infectie waarvoor geen behandeling nodig is. Er bestaat geen specifieke antivirale therapie. Symptomatische behandeling van een kind met de 5^{de} kinderziekte is zelden nodig. Bij volwassenen kunnen NSAID's gebruikt worden voor gewrichtspijn.

Een aplastische crisis wordt behandeld met bloedtransfusies. Immungecompromitteerde personen met een chronische infectie krijgen intraveneuze immuunglobulinen om de viremie te beëindigen en de erythrocytenindices te verbeteren.

Bij progressieve hydrops foetalis of ernstige foetale anemie wordt eventuele intra-uteriene bloedtransfusie gegeven. Hydrops foetalis komt typisch voor in het 2^{de} trimester van de

zwangerschap, maar intra-uterine transfusie is pas ten vroegste mogelijk op 18-20 weken zwangerschap.

Preventie

Pre- of postexpositieprofylaxe in de vorm van immuunglobuline is theoretisch mogelijk maar wordt in de praktijk niet toegepast.

Er bestaat geen vaccinatie tegen parvovirus B19.

Preventie van transmissie van parvovirus B19 in de algemene bevolking is vrijwel onmogelijk. Indien er een uitbraak is, zou exclusie van medewerkers die minder dan 21 weken zwanger zijn en in nauw contact komen met kinderen, overwogen kunnen worden. **Belangrijk hierbij op te merken is dat de uitbraak overeenkomt met de situatie in de algemene bevolking. Het vermijden van contact met kinderen op school zal niet noodzakelijk het risico verminderen**, indien deze zwangere regelmatig in contact komt met kinderen in andere settings.

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

STAP 1: Verheldering van de melding

- De 5^{de} kinderziekte moet niet gemeld worden aan het CLB.
- Gezien de diagnose van de 5^{de} kinderziekte pas gesteld wordt na het verschijnen van de slappede cheeks en de leerling dan niet meer besmettelijk is, zijn weringsmaatregelen om infectie te voorkomen niet zinvol.
- Indien een geval van de 5^{de} kinderziekte op school gemeld wordt, raad je best aan de school aan om de arbeidsgeneeskundige dienst te informeren over het voorkomen van parvovirus B19 op school met als focus het beleid rond zwangere personeelsleden.
- Bij twijfel of vragen vanuit de school kan steeds overleg met het CLB plaatsvinden. Bij twijfel of onduidelijkheid over de diagnose verhelder je best wel de melding, contacteer in dit geval de ouders en eventueel de behandelende arts.

STAP 2: Meldingsplicht

Infectie met parvovirus B19 is niet meldingsplichtig.

STAP 3: Wering van school

Kinderen met parvovirus B19 infectie mogen naar school indien zij zich niet te ziek voelen.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: niet van toepassing

STAP 5: Informeren

Informeren kan overwogen worden enerzijds om gerust te stellen of anderzijds om zwangere personen te wijzen op de mogelijkheid van miskraam of hydrops foetalis bij een parvovirus B19 infectie bij de niet-immune zwangere. Belangrijk op te merken is wel dat er nauwelijks interventies mogelijk zijn en dat informeren net tot meer ongerustheid kan leiden omdat:

- Er geen interventies zijn die een miskraam kunnen voorkomen.
- Hydrops foetalis komt slechts voor in 3% van de zwangerschappen met infectie door parvovirus B19 en de behandeling via bloedtransfusie is pas mogelijk vanaf 18-20 weken zwangerschap.
- Preventie van transmissie van parvovirus B19 in de algemene bevolking is vrijwel onmogelijk.

De situatie van een zwangere leerkracht of schoolmedewerker verschilt op twee punten van de situatie van een zwangere ouder.

- Bij een epidemie op school heeft het personeel gedurende een langere periode contact met steeds weer nieuwe besmettelijke leerlingen.
- Besmetting met parvovirus B19 is voor de schoolmedewerker een beroepsrisico. De werkgever is verantwoordelijk voor de bescherming van zijn werknemer tegen beroepsziekten.

Vermijden van het contact met besmettelijke leerlingen is mogelijk, maar de uitbraak komt wel overeen met de situatie in de algemene bevolking. Het vermijden van contact met kinderen op school zal niet noodzakelijk het risico verminderen indien de werknemer regelmatig in contact komt met kinderen in andere settings. De arbeidsgeneeskundige dienst beslist over het te voeren beleid.

Contactpersonen

De (ouders van) contactpersonen moeten niet geïnformeerd te worden.

EPBW

Adviseer de school om bij elke melding van 5^{de} kinderziekte aan de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk** van de school mee te delen of er zwangere personeelsleden zijn, die contactpersoon van de besmette leerling zijn.

School

- Er zijn geen extra hygiënische maatregelen nodig.
- Motiveer de **school** tot:
 - goede ventilatie van het klaslokaal
 - goede hoest-, nies- en snuithygiëne en handhygiëne: zie fiche Basishygiëne

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Personen die een infectie met het parvovirus B19 doormaakten en antistoffen hebben tegen parvovirus B19 zijn levenslang beschermd.
- Er is geen vaccinatie tegen parvovirus B19

STAP 7: Chemoprophylaxe

Niet van toepassing

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing

Bibliografie

1. Mossing J, Hens N, Friederichs V, Davidkin I, Brom M, Litwinska P, Siennick J, Trzcinska A, Van Damme P, Beutels P, Yse A, Shkedy Z, Aerts M, Massari M, Gabutti G. Parvovirus B19 infection in five European countries: seroepidemiology, force of infection and maternal risk of infection. *Epidemiol Infect.* 2008;136:1059-1068
2. Zaaijer HL, Koppelman MHGM, Farrington CP. Parvovirus B19 viraemia in Dutch blood donors. *Epidemiol Infect.* 2004;132:1161-1166
3. Reinheimer C, Allwinn R, Doerr HW, Wittek M. Seroepidemiology of parvovirus B19 in the Frankfurt am Main area, Germany: evaluation of risk factors. *Infection.* 2010;38:381-385

4. Vyse AJ, Andrews NJ, Hesketh LM, Pebody R. The burden of parvovirus B19 infection in women of childbearing age in England and Wales. *Epidemiol Infect.* 2007;135:1354-1362
5. Van Rijckevorsel GGC, Sonder GJB, Schim van der Loeff MF, van den Hoek JAR. Population-Based Study on the Seroprevalence of parvovirus B19 in Amsterdam. *J Med Virol.* 2009;81:1305-1309
6. Billet de Villemeur A, Gratacap-Cavallier B, Casey R, Baccard-Longerec M, Goiranda L, Seigneurin JM, Morand P. Occupational risk for cytomegalovirus, but not for parvovirus B19 in child-care personnel in France. *J Inf,* 2011;63:457-467
7. Stelma FF, Smismans A, Goossens VJ, Bruggeman CA, Hoebe CJP. Occupational risk of human Cytomegalovirus and Parvovirus B19 infection in female day care personnel in the Netherlands; a study based on seroprevalence. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2009;28:393-397
8. Van Gessel PH, Gaytant MA, Vossen ACTM, Galama JMD, Ursem NTC, Steegers EAP, Wildschut HIJ. Incidence of parvovirus B19 infection among an unselected population of pregnant women in the Netherlands: A prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006;128:46-49
9. Röhrer C, Gärtner B, Sauerbrei A, Böhm S, Hottenträger B, Raab U, Thierfelder W, Wutzler P, Modrow S. Seroprevalence of parvovirus B19 in the German population. *Epidemiol Infect.* 2008;136:1564-1575
10. Van Rijckevorsel GGC, Bovée LPMJ, Damen M, Sonder GJB, Schim van der Loeff MF, van den Hoek A. Increased seroprevalence of IgG-class antibodies against cytomegalovirus, parvovirus B19, and varicella-zoster virus in women working in child day care. *BMJ Public Health.* 2012;12:475
11. Manaresi E, Gallinella G, Morselli Labate AM, Zucchelli P, Zaccarelli D, Ambretti S, Delbarba S, Zerbini M, Musiani M. Seroprevalence of IgG against conformational and linear capsid antigens of parvovirus B19 in Italian blood donors. *Epidemiol Infect.* 2004;132:857-862

PERTUSSIS (KINKHOEST)

Algemene informatie

Kinkhoest is een bacteriële luchtweginfectie. Het begint als een gewone verkoudheid, en gaat daarna over in een hardnekkige hoest. Bij jonge ongevaccineerde kinderen komen na 1 tot 2 weken de typisch hevige hoestbuien voor met gierende inademing. Het hoesten is 's nachts vaak het felst en kan maanden aanhouden. Heel jonge baby's kunnen soms stoppen met ademen of blauw verkleuren, zonder daarbij te hoesten. Oudere (gevaccineerde) kinderen en (jong)volwassenen hebben vaak enkel een langdurige prikkelhoest.

De behandeling van pertussis met antibiotica is enkel zinvol binnen 3 weken na het begin van de symptomen. In de beginfase wordt vaak nog niet aan pertussis gedacht omdat de symptomen in deze fase vrij aspecifiek zijn (neusverkoudheid, malaise, harde droge prikkelhoest, die vooral 's nachts optreedt). Na een 3-tal weken is de bacterie meestal niet meer aantoonbaar, behalve bij heel jonge kinderen, en dan heeft behandeling met antibiotica ook geen zin meer. Het is niet duidelijk of behandeling met antibiotica de ziekteduur relevant verkort of de ernst van de symptomen vermindert. Behandeling heeft voornamelijk als doel de verspreiding tegen te gaan, gezien het wel tot een eliminatie van de bacterie leidt.

Voor meer informatie zie richtlijn van het Departement Zorg [Pertussis \(kinkhoest\) | Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

Contacteer eerst het team infectieziektebestrijding. Aangezien het om een meldingsplichtige aandoening gaat hebben zij mogelijk de melding reeds ontvangen via de behandelend arts of het labo. Spreek onderling af wie de verheldering van de melding zal doen.

Indien wordt afgesproken dat CLB de melding verheldert ga dan steeds na of er effectief sprake is van pertussis of kinkhoest vooraleer eventuele maatregelen op te starten. Er worden uitsluitend maatregelen genomen indien:

- het om een positieve PCR voor *B. pertussis* (bevestigd geval) gaat
- er in het gezin reeds een lid met een labobevestiging is en het om een secundair geval met een passend klinisch beeld gaat (waarschijnlijk geval).

Verzamel betrouwbare informatie over:

- De diagnose; verifieer eventueel bij de behandelend arts of het gaat om een mogelijke, waarschijnlijke of bevestigde diagnose.
- De (duur van de) klachten
- De eventuele behandeling van de indexleerling
- Indien 2 of meer gevallen in een klas, waarbij symptomen binnen de 3 weken begonnen, worden gemeld, verzamel dan ook de eventuele link(en) tussen die gevallen (vrienden, gezin, vrijetijdsactiviteiten...). Enkel indien de transmissie vermoedelijk op school is gebeurd spreken we in deze context van epidemiologisch gelinkte gevallen. Indien het om 2 gevallen van eenzelfde gezin gaat is de besmetting niet op school gebeurd.

Gevalsdefinitie:

GEVALSDEFINITIE	
Mogelijk	<ul style="list-style-type: none"> • patiënt met klinische criteria EN mogelijk labocriterium
Waarschijnlijk	<ul style="list-style-type: none"> • patiënt met klinische criteria EN epidemiologische criteria
Bevestigd	<ul style="list-style-type: none"> • patiënt met klinische criteria EN laboratoriumconfirmatie

CRITERIA
<p>Klinische criteria</p> <ul style="list-style-type: none"> • aanhoudende hoestbuien > 2 weken * <p>EN minstens één van de volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • paroxysmale hoest (expiratoire hoeststoten), • piepende inhalatie, • braken na hoest <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> • apnoe episodes bij kind < 1 jaar <p>*Nota: Alle personen, inclusief volwassenen, adolescenten of gevaccineerde kinderen, kunnen atypische symptomen vertonen. Hoest moet worden onderzocht vooral als de hoest paroxysmaal van aard is, 's nachts toeneemt en optreedt in afwezigheid van koorts.</p>
<p>Epidemiologische criteria</p> <ul style="list-style-type: none"> • contact met bevestigd geval (binnen de drie weken)
<p>Laboratoriumcriteria</p> <p><i>Mogelijk labocriterium</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • éénmalige titer tussen 50 en 125 IE/ml afgenomen op < 4 weken van het begin van de hoest bij een persoon die niet binnen het jaar gevaccineerd werd tegen kinkhoest <p><i>Laboratoriumconfirmatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • isolatie van <i>B. pertussis</i> <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> • positieve PCR voor <i>B. pertussis</i> <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> • éénmalige titer ≥ 125 IE/ml bij persoon die niet binnen het afgelopen jaar gevaccineerd werd tegen kinkhoest <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> • titerstijging tot ≥ 125 IE/ml bij een tweede bloedname afgenomen minstens 4 weken na het begin van de hoest

STAP 2: Meldingsplicht

- Pertussis door de bacterie *Bordetella pertussis* is steeds meldingsplichtig bij het [team infectieziektebestrijding](#).
- Infectie met *Bordetella parapertussis* is niet meldingsplichtig.

STAP 3: Wering van school

Wering van school is niet nodig. Als de diagnose kinkhoest wordt gesteld, is de meest besmettelijke periode meestal al verstreken of heeft mogelijke besmetting al plaatsgevonden.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: de contactopsporing is bedoeld om ernstige complicaties bij risicopersonen te voorkomen. Gezien kinkhoest frequent niet herkend wordt als kinkhoestinfectie hebben maatregelen naar aanleiding van het relatief kleine aantal gemelde gevallen geen effect op de circulatie van *B. pertussis*.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

- Besmetting gebeurt via druppelinfectie.
- De besmettelijkheid is het grootst in het begin van het catarrale stadium, voordat de typische hoestbuien beginnen, en duurt tot 3 weken nadat deze hoestbuien begonnen zijn. Door antibioticatherapie wordt de besmettelijkheid teruggebracht tot 5 à 7 dagen na de start van de therapie.

De incubatietijd

- De incubatie is 7 tot 10 dagen, nooit langer dan 21 dagen.

De aard van de contacten

- Bij één geval van kinkhoest in de klas worden volgende groepen als nauwe contactpersonen beschouwd:
 - Klasgenootjes bij een index in de kleuterklas of in een klas van kinderen met een vergelijkbare ontwikkelingsleeftijd (omwille van zorgbehoefte en type onderlinge contacten).
 - Kinderen die tijdens de besmettelijke periode samen gelogeed hebben in schoolverband (vb bosklassen).
- Bij één geval in de klas in het lager of secundair onderwijs worden de klasgenoten en klasleerkracht(en) niet als nauwe contactpersonen beschouwd.

Het aantal gevallen

- Bij 2 of meer gelinkte gevallen van kinkhoest in de klas binnen 3 weken worden alle klasgenoten en klasleerkracht(en) als nauwe contactpersonen beschouwd, zowel in kleuterklas, lager en secundair onderwijs.
- In geval van een epidemische verheffing in de school/regio kunnen meer uitgebreide groepen als contactpersonen beschouwd worden. De contactopsporing wordt dan steeds gecoördineerd door het team infectieziektebestrijding.

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

- Informeer de (ouders van de) **nauwe contactpersonen** (zie STAP 4: Contactopsporing) over:
 - De ziekteverschijnselen
 - Mogelijk ernstig verloop bij ongevaccineerde kinderen < 1 jaar, kinderen met ernstige hart- of longafwijkingen en kinderen die op het punt staan geboren te worden (zwangerschap > 34 weken)
 - Waakzaamheid en raadplegen behandelend arts

- Vaccinatiemogelijkheden (zie STAP 6: Vaccinatie)
- Goede hoest-, snuit- en nieshygiëne

Zie voorbeeldbrief '[Kinkhoest in de klas](#)'

EPBW

Vraag de school om vanaf 2 of meer gelinkte gevallen van pertussis op school aan de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk** van de school:

- de informatiebrieven te bezorgen die CLB aan ouders, leerlingen en personeel heeft verspreid.
- mee te delen of er zwangere personeelsleden zijn, die contactpersoon van de besmette leerling zijn

School

- Informeer de **school** over hygiënische maatregelen:
 - Goed ventilatie van de klaslokalen
 - Stimuleer goede hoest-, snuit- en nieshygiëne: Zie fiche [Basishygiëne](#)

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Vaccinatie tegen kinkhoest biedt enkel bescherming tegen ernstige ziekte en sterfte, maar niet tegen (asymptomatische) infectie en dragerschap.
- Er wordt onderscheid gemaakt tussen het hoger gedoseerde pediatrisch vaccin (Pa) en het lager gedoseerde volwassen vaccin (pa).
- De duur van immuniteit na vaccinatie met het acellulair vaccin is waarschijnlijk korter dan na vaccinatie met het whole cell vaccin en wordt geschat op 3-4 jaar. In Vlaanderen is enkel het acellulaire vaccin beschikbaar. Whole cell vaccins worden niet meer gebruikt in Vlaanderen omwille van frequente nevenwerkingen. De Wereld Gezondheidsorganisatie (WGO) raadt aan de huidige vaccinatiestrategie met acellulaire vaccins aan te houden en vooral de vaccinatiegraad hoog te houden.
- Het doormaken van een kinkhoestinfectie geeft geen levenslange immuniteit.
- Na elk hernieuwd contact met *B. pertussis* treedt een boostereffect op en is men weer tijdelijk immuun.
- Zuigelingen kunnen eventueel vervroegd gevaccineerd worden, vanaf de leeftijd van zes weken.
- Bied naar aanleiding van één of meer gevallen van kinkhoest op school, inhaalvaccinatie van niet of onvolledig gevaccineerde kinderen aan. Gebruik hiervoor het standaard toestemmingsformulier voor inhaalvaccinaties.

STAP 7: Chemoprophylaxe

Antibioticaprofylaxe is uitzonderlijk aanbevolen en dit enkel in gezinsverband. Zie richtlijn Departement Zorg.

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing

POLIOMYELITIS (KINDERVERLAMMING)

Algemene informatie

Poliomyelitis, ook kortweg polio, is een virale infectieziekte die ernstige verlamming kan veroorzaken. Deze verlamming treedt heel snel op, we spreken van acute slappe verlamming (AFP; acute flaccid paralysis). Polio wordt ook kinderverlamming genoemd, hoewel ook volwassenen polio kunnen krijgen en hoe ouder hoe meer kans op paralyse en complicaties.

De meerderheid van de infecties (90-95%) verloopt asymptomatisch. Symptomen zijn meestal een griepachtig ziektebeeld, diarree en keelpijn. Verlamningsverschijnselen, die ook kunnen optreden bij personen die tot dan toe geen klachten hadden, treden op bij 1 op 100 tot 1 op 200 geïnfecteerden (0,5-1%), afhankelijk van de leeftijd.

Voor meer informatie zie richtlijn van het Departement Zorg [Polio\(myelitis\), inclusief acute slappe parese | Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

Contacteer eerst het team infectieziektebestrijding van Departement Zorg om na te gaan of er effectief sprake is van een poliomyelitis infectie. Aangezien het om een meldingsplichtige infectie gaat hebben zij normaal gezien de melding reeds ontvangen via de behandelend arts of het labo. Contact- en brononderzoek worden steeds gecoördineerd door het team infectieziektebestrijding. Het CLB speelt een ondersteunende rol op schoolniveau. In onderling overleg wordt afgesproken hoe het CLB die rol kan opnemen.

Gevalsdefinitie:

CRITERIA
Klinische criteria <ul style="list-style-type: none"> • persoon met acute slappe paralyse aan één of meer extremiteiten met verminderde/afwezige peesreflexen, zonder gevoels- of cognitieve stoornissen
Epidemiologische criteria Minstens één van de volgende:
<ul style="list-style-type: none"> • transmissie van mens naar mens • verblijf in een gebied waar polio endemisch is, of in een gebied met waarschijnlijke/bevestigde polio gevallen
Criteria voor laboratoriumconfirmatie <ul style="list-style-type: none"> • virusisolatie uit feces en/of cerebrospinaal vocht OF <ul style="list-style-type: none"> • aantonen van poliovirus via PCR in klinische stalen
GEVALSDEFINITIE
Mogelijk <ul style="list-style-type: none"> • patiënt met klinische criteria
Waarschijnlijk <ul style="list-style-type: none"> • patiënt met klinische criteria EN epidemiologische criteria
Bevestigd <ul style="list-style-type: none"> • patiënt met klinische criteria EN laboratoriumconfirmatie

STAP 2: Meldingsplicht

Wacht niet op bevestiging, alle gevallen van acute slappe parese zijn meldingsplichtig bij het [team infectieziektebestrijding](#), zodat polio steeds kan uitgesloten worden. Neem zo snel mogelijk contact op om na te gaan of ze de melding al eerder ontvingen. Zij zullen de bronbevraging en contactopsporing opstarten indien nodig.

STAP 3: Wering van school

- De index wordt geweerd van school en mag terug naar school op advies van de behandelende arts in afstemming met het team infectieziektebestrijding.
- Bij een uitbraak (meer dan 1 geval) behoort een sluiting van de school tot de mogelijkheden, het team infectieziektebestrijding wordt hierin bijgestaan door de Risk Assessment Group (RAG).

STAP 4: Contactopsporing

Doel: na bevestiging van de polio infectie is de contactopsporing bedoeld om te weten bij wie staalname noodzakelijk is (stoelgang).

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

- Besmetting gebeurt:

- Voornamelijk faeco-oraal, ook via toilet, speelgoed, ...
- Aërogeen via druppelinfectie, vooral in het begin van de infectie
- Het poliovirus kan worden aangetoond in het keelslijmvlies van de index na 36 uur en gemiddeld gedurende 2 weken. In de faeces van de index kan het virus worden aangetoond vanaf 72 uur na besmetting en gedurende 3 tot 7 weken.

De incubatietijd

- De incubatietijd is 7 tot 14 dagen, met uiterste spreiding van 3 tot 35 dagen.
- De verlamingsverschijnselen treden meestal op na 11 tot 17 dagen, uiterste spreiding van 8 tot 38 dagen na besmetting.

De aard van de contacten

- Alle personen die enkele dagen voor tot 4 weken na het begin van de symptomen langer dan 4 uur aaneengesloten in dezelfde kamer met de index hebben doorgebracht zijn **nauwe contactpersonen**. Dit geldt in elk geval voor de klasgenoten en klasleerkracht(en).
- Kijk de vaccinatiestatus van **alle** leerlingen op school na in Vaccinnet.
- Roep via de school ook alle personeel op om hun vaccinatiestatus voor polio op te zoeken. Contacteer de arbeidsgeneeskundige dienst van de school om dit mee na te kijken.

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

12. Informeer alle (ouders van de) **nauwe contactpersonen** (zie STAP 4: Contactopsporing) over:

- De ziekteverschijnselen
- Verhoogde waakzaamheid en raadplegen behandelend arts bij symptomen.
- Staalname via stoelgangsonderzoek (Zie STAP 8: Staalname)
- Vaccinatieadvies (Zie STAP 6: Vaccinatie)
- Preventieve hygiënemaatregelen

Zie voorbeeldbrieven '[Polio in de klas](#)' en '[Jouw toestemming voor een vaccin tegen polio](#)'

13. Informeer alle (ouders van de) **leerlingen op school** (zie STAP 4: Contactopsporing) over:

- De ziekteverschijnselen
- Verhoogde waakzaamheid en raadplegen behandelend arts bij symptomen.
- Vaccinatieadvies (Zie STAP 6: Vaccinatie)
- Preventieve hygiënemaatregelen

Zie voorbeeldbrieven '[Polio in de school](#)' en '[Jouw toestemming voor een vaccin tegen polio](#)'

EPBW

- Contacteer zo snel mogelijk de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk** van de school om de poliovaccinatiestatus van alle personeelsleden na te kijken en inhaalvaccinatie aan te bieden.
- Vraag de school om ook aan de Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk van de school:
 - de informatiebrieven te bezorgen die CLB aan ouders, leerlingen en personeel heeft verspreid.
 - mee te delen of er zwangere personeelsleden zijn, die contactpersoon van de besmette leerling(en) zijn

School

- Informeer en stimuleer de school tot goede hand- en toilethygiëne:
 - Handhygiëne: zie fiche [basishygiëne](#)
 - Goede ventilatie van de klaslokalen
 - Goede hoest-, snuit- en nieshygiëne: zie fiche [basishygiëne](#)
 - Toiletgebruik:
 - Handenwassen na elk toiletgebruik
 - Gebruik bij voorkeur wegwerpluiers
 - Reinig en desinfecteer het luierkussen na ieder gebruik.
 - Verwittig het schoonmaakbedrijf en poetspersoneel en licht hen in over de besmettelijkheid. Reinig en desinfecteer minimaal 1x per dag en bij voorkeur 2x per dag het sanitair blok: het toilet, de spoelknop, de deurklink, kranen, lichtschakelaar,... (alle frequent aangeraakte oppervlakken).

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Immuniteit van doorgemaakte infectie is levenslang.
- Een volledige poliovaccinatie biedt bescherming tegen klinische ziekte, maar niet tegen dragerschap en uitscheiding in de omgeving.
- Het poliovaccin dat in Vlaanderen wordt toegediend sinds 2001 is een geïnactiveerd trivalent vaccin (tegen de 3 serotypes PV1, PV2 en PV3). Het poliovaccin kan gecombineerd worden toegediend (trivalente, tetravalente of hexavalente vaccins) maar ook een vaccin dat alleen de poliocomponent bevat is in Vlaanderen verkrijgbaar.

- Polio vaccinatie maakt deel uit van het basisvaccinatieschema sinds 1963 en wordt sinds 2004 aangeboden op 8, 12 en 16 weken, 15 maanden en in het 1ste leerjaar. In het kader van een inhaalschema volstaan 3 toedieningen (0, 2, 8 maanden) voor volledige bescherming. De herhalingsdosis rond de leeftijd van 6 jaar is essentieel om van volledige vaccinatie te spreken in de context van een poliogeval op school.
- Polio is de enige wettelijk verplichte vaccinatie in België (minstens 3 toedieningen).
- Bied naar aanleiding van polio op school, inhaalvaccinatie (snelste schema is 0-2-8 maanden) van niet of onvolledig gevaccineerde kinderen aan.

STAP 7: Chemoprofylaxe

Niet van toepassing

STAP 8: Staalname

Bij nauwe contactpersonen (zie STAP 4: Contactopsporing) wordt een faecesstaal afgenomen voor PCR. Team infectieziektebestrijding zal hierover communiceren met de betrokkenen.

RUBELLA (RODE HOND)

Algemene informatie

Rubella of rode hond is een virale infectie gekenmerkt door koorts, lymphadenopathie en maculopapuleuze rash. In de Engelse literatuur wordt rubella nog soms German measles genoemd omdat het klinisch beeld niet steeds goed te onderscheiden is van mazelen, maar ook van andere erythemateuze infectieziekten.

Over het algemeen verloopt rubella mild of zelfs subklinisch. Het congenitaal rubella syndroom (CRS) veroorzaakt daarentegen zeer ernstige afwijkingen bij de foetus en neonaat met een mortaliteitsrisico van 10%. Sinds de veralgemeende vaccinatie komt CRS in België nog zeer zelden voor.

Voor meer informatie zie richtlijn van het Departement Zorg [Rubella \(rode hond\) | Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

Ga vooraleer eventuele maatregelen op te starten steeds na of er effectief sprake is van rubella.

Verzamel betrouwbare informatie over:

- De diagnose, verifieer eventueel bij de behandelende arts of het gaat om een mogelijke, waarschijnlijke of bevestigde diagnose. Indien er sprake is van een solitair geval dat niet met andere bevestigde gevallen in verband gebracht kan worden, is het van belang dat de diagnose wordt bevestigd door laboratoriumdiagnostiek. Indien laboratoriumonderzoek negatief is, moet ook een mazeleninfectie worden uitgesloten.
- De (duur van de) klachten
- Indien 2 of meer gevallen in een klas worden gemeld, waarbij symptomen binnen de 4 weken begonnen, verzamel dan ook de eventuele link(en) tussen die gevallen (vrienden, gezin, vrijetijdsactiviteiten...). Enkel indien de transmissie vermoedelijk op school is gebeurd spreken

we in deze context van epidemiologisch gelinkte gevallen. Indien het om 2 gevallen van eenzelfde gezin gaat is de transmissie niet op school gebeurd.

Gevalsdefinitie:

Mogelijk geval: patiënt met klinisch verdacht beeld.

Waarschijnlijk geval: patiënt met klinisch verdacht beeld, epidemiologisch gelinkt aan een bevestigd geval.

Bevestigd geval: klinisch compatibel geval met laboratoriumconfirmatie (positieve IgM en/of PCR)

STAP 2: Meldingsplicht

Rubella is niet meldingsplichtig in Vlaanderen, maar het is wel meldingsplichtig in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

STAP 3: Wering van school

Wering van school is niet zinvol. De besmettelijke periode begint reeds ruim voordat er klinische verschijnselen zijn opgetreden. Veelal is het verloop bij schoolgaande kinderen subklinisch en de diagnose wordt buiten de epidemische perioden zelden met zekerheid gesteld.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: de contactopsporing is bedoeld om contact met niet-immune zwangere vrouwen op te sporen.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

- Besmetting gebeurt via druppelinfectie vanuit de neus- en keelholte (hoesten, niezen). Ook transmissie via besmette handen is mogelijk. Personen die een re-infectie doormaken spelen geen rol van betekenis in de transmissie.
- De index is besmettelijk via de luchtwegen vanaf ongeveer 10 dagen voor tot 7 dagen na het begin van de huiduitslag. Urine blijft mogelijk langer infectieus. De besmettelijkheid is het grootst vlak voor de huiduitslag optreedt.

De incubatietijd

- De incubatietijd tot de prodromale fase is 10 dagen, tot de huiduitslag en de koorts is de incubatietijd 14-16 dagen, maximaal variërend van 12-23 dagen.

De aard van de contacten

- Alle klasgenoten en klasleerkracht(en) zijn nauwe contactpersonen.

- Ga na of de index contact had met een zwangere persoon op school. Vooral vrouwen in de vroege zwangerschap moeten opgespoord worden, waarbij de zwangerschap dus nog niet zichtbaar is, of waarbij de vrouw mogelijks zelf nog niet weet of ze zwanger is. Dit kan over zwangere personeelsleden gaan, maar denk ook aan de mogelijkheid van zwangere klasgenoten.
- Kijk steeds de vaccinatiestatus voor mazelen-bof-rubella na bij alle klasgenoten en biedt inhaalvaccinatie aan indien onvolledig (niet in geval van zwangerschap).

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

- Informeer de (ouders van) de nauwe contactpersonen (zie STAP 4: Contactopsporing) over:
 - De ziekteverschijnselen
 - Risico voor de foetus en ongeboren kind (tot 20 weken zwangerschap)
 - Waakzaamheid en raadplegen behandelend arts
 - Vaccinatiemogelijkheden (zie STAP 6: Vaccinatie)
 - Goede hoest-, snuit- en nieshygiëne

Zie voorbeeldbrief '[Rubella in de klas](#)'.

- Indien gekend is dat een klasgenote zwanger is én zij heeft een onvolledige vaccinatiestatus voor mazelen-bof-rubella, stuur dan aan op extra gynaecologische opvolging.

EPBW

Vraag de school om bij elke melding van rubella ook aan de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk** van de school:

- de informatiebrieven te bezorgen die CLB aan ouders, leerlingen en personeel heeft verspreid.
- mee te delen of er zwangere personeelsleden zijn, die contactpersoon van de besmette leerling zijn

School

- Er zijn geen extra hygiënische maatregelen nodig.
- Motiveer de **school** tot:
 - Ventilatie van de klaslokalen
 - Goede handhygiëne en hoest-, nies en snuithygiëne: Zie fiche [Basishygiëne](#).

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Rubellavaccin is een levend verzwakt vaccin en maakt deel uit van de MBR-vaccinatie tegen mazelen, bof en rubella. Een vaccin dat alleen de rubellacomponent bevat is in België niet meer verkrijgbaar.
- MBR vaccinatie maakt deel uit van het basisvaccinatieschema en wordt aangeboden op 12 maanden en in het 4^{de} leerjaar.
- Vaccinatie tijdens de zwangerschap is tegenaangewezen. De gevaccineerde wordt gevraagd om gedurende 4 weken na vaccinatie zwangerschap te vermijden. Er zijn geen gevallen van CRS beschreven na accidentele vaccinatie tijdens de zwangerschap, er is dan ook geen indicatie voor een abortus indien vaccinatie onbedoeld wel heeft plaatsgevonden.
- Bied naar aanleiding van één of meer gevallen van rubella op school, inhaalvaccinatie van niet of onvolledig gevaccineerde klasgenoten aan. Gebruik hiervoor het standaard toestemmingsformulier voor inhaalvaccinaties.

STAP 7: Chemoprophylaxe

Niet van toepassing

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing

SCABIËS (SCHURFT)

Algemene informatie

Schurft is een besmettelijke huidaandoening veroorzaakt door de schurftmijt met als belangrijkste klacht jeuk, die voornamelijk 's avonds en 's nachts optreedt. Schurft is heel vervelend, maar meestal wel onschuldig.

Voor meer informatie zie richtlijn van het Departement Zorg <https://www.zorg-en-gezondheid.be/scabies>.

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

Ga vooraleer eventuele maatregelen op te starten steeds na of er effectief sprake is van scabiës. Het kan gaan om een waarschijnlijk of bevestigd geval, maar het kan ook om een vermoedelijke diagnose gaan aangezien laboratoriumconfirmatie niet steeds haalbaar is.

Verzamel betrouwbare informatie over:

- De (duur van de) klachten
- Gaat het om een eerste episode of herinfectie? Welke behandeling(en) zijn bij vorige episodes toegediend? Aangezien er meldingen zijn van therapiefalen is het belangrijk dit in kaart te brengen
- De diagnose; verifieer eventueel bij de behandelend arts (dermatoloog of huisarts?) de diagnose en eventuele confirmatie (microscopisch of enkel klinisch?)
- De aard van de contacten met een bevestigd geval om na te gaan of dit inderdaad de vermoedelijke bron is
- De voorgeschreven of reeds uitgevoerde behandeling van de leerling en van de gezinsleden of vergelijkbare contacten tijdens de huidige episode. Om herinfectie te voorkomen is het belangrijk dat huishoudcontacten en andere nauwe contacten geïnformeerd en zo nodig gelijktijdig

behandeld worden. De behandeling van scabiës wordt steeds gecombineerd met bijkomende hygiënemaatregelen (zie [folder scabiës](#)).

- Indien 2 of meer gevallen van scabiës binnen 6 weken in dezelfde klas worden gemeld, verzamel dan ook de eventuele link(en) tussen die gevallen (vrienden, gezin, vrijetijdsactiviteiten...). Enkel indien de transmissie vermoedelijk op school is gebeurd spreken we in deze context van epidemiologisch gelinkte gevallen. Indien het om 2 gevallen van eenzelfde gezin gaat is de besmetting niet op school gebeurd.
- Bij een uitbraak wordt er naar gestreefd om bij minstens één index wel een laboconfirmatie te bekomen

Gevalsdefinitie:

GEVALSDEFINITIE
Waarschijnlijk <ul style="list-style-type: none">• patiënt met klinisch compatibel beeld EN epidemiologische criteria
Bevestigd <ul style="list-style-type: none">• patiënt met klinisch compatibel beeld EN laboratoriumconfirmatie
CRITERIA
Epidemiologische criteria <ul style="list-style-type: none">• contact met een bevestigd geval
Criteria voor laboratoriumconfirmatie <ul style="list-style-type: none">• aantonen van <i>Sarcoptes scabiei var hominis</i> en/of de eieren in schraapsels huidletsels

STAP 2: Meldingsplicht

- Eén geval van gewone scabiës is niet meldingsplichtig bij het [team infectieziektebestrijding](#).
- Voor één geval van scabiës crustosa wordt gevraagd om steeds te overleggen met het [team infectieziektebestrijding](#). Omwille van de hoge besmettelijkheid zijn verdergaande maatregelen nodig.
- Bij 2 of meer gevallen in een collectiviteit binnen 6 weken (vb. klas, leefgroep) geldt wel een meldingsplicht, op voorwaarde dat het gaat om 2 gelinkte gevallen, waarvan de besmetting via de school is kunnen gebeuren. Neem steeds contact op met het [team infectieziektebestrijding](#) voor de melding, en zo nodig overleg en advies.

STAP 3: Wering van school

- Wering van een kind met 'gewone' scabiës is niet zinvol, want er is reeds blootstelling geweest. Het is wel essentieel dat het kind behandeld wordt. Verifieer dit bij de ouders en adviseer om dit op een tijdstip te plannen dat past voor het gezin (vb vrijdagavond), zodat deze moeilijke behandeling op gezinsniveau kan uitgevoerd worden. Zowel de medicamenteuze behandeling als

de hygiënische maatregelen moeten gelijktijdig plaatsvinden. Het is belangrijker dat de behandeling grondig kan gebeuren, dan dat ze zo snel mogelijk gebeurt.

- Indien (nog) geen behandeling (inclusief hygiënische maatregelen) gestart is én er is een verhoogd risico op besmetting; zoals het geval is bij **scabiës crustosa** (waarbij huidbeschadigingen met een sterk verdikte hoornlaag (hyperkeratose), papels en noduli aanwezig zijn) kan een kind geweerd worden tot 12 uur na de start van de behandeling. Indien het om scabiës crustosa gaat is dit steeds onder opvolging van de dermatoloog. Overleg zo nodig met de dermatoloog of langduriger wering aangewezen is.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: de contactopsporing is bedoeld om alle mogelijk besmette personen op te sporen en te behandelen.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

- De besmettelijkheid van scabiës is afhankelijk van het aantal mijten dat iemand bij zich heeft en van de duur en intensiteit van het contact. Gewone scabiës is weinig besmettelijk, terwijl scabiës crustosa ook na vluchtig contact, na contact met besmette materialen en zelfs via de lucht besmettelijk is.
- Een patiënt is besmettelijk (besmettelijke periode) zolang er mijten aanwezig zijn en dit is vanaf 1 à 2 weken na de besmetting. In principe is iemand met gewone scabiës niet meer besmettelijk vanaf 12u na de start van de behandeling.

De incubatietijd

- De incubatietijd is 2 tot 6 weken, met maximum van 1 tot 10 weken.

De aard van de contacten

- Bij gewone scabiës zijn contactpersonen personen die intensief en langdurig (> 15 minuten) huidcontact met een indexpatiënt hebben gehad tijdens de besmettelijke periode. We onderscheiden daarin 2 groepen contactpersonen:
 - **Huishoudcontacten en vergelijkbare contactpersonen:**
 - kinderen die samen gelogeed hebben binnen schoolverband (vb bosklassen, zeeklassen, internaat ...) tijdens de besmettelijke periode en nauw contact hadden. Dit zijn de:
 - Kamergenoten
 - Personen die intensief gebruik maakten van dezelfde handdoek, beddengoed,...
 - Kleuters die op school een middagdutje doen en lakens deelden met de indexleerling tijdens de besmettelijke periode.

- Deze huishoudcontacten en vergelijkbare contactpersonen moeten preventief behandeld worden (zie STAP 7: Chemoprophylaxe).
- **Nauwe contactpersonen:**
 - Onafscheidelijke speelkameraadjes, zowel binnen als buiten de eigen klas, d.w.z. kinderen die minstens 15 minuten aaneensluitend huidcontact hadden.
 - Kinderen die (verkleed)kleren delen
 - Klasgenootjes bij een index in kleuterklas of in een klas met vergelijkbare ontwikkelingsleeftijd (omwille van zorgbehoefte en type onderlinge contacten)
 - Leerlingen of personeel die de index verzorgd hebben. Dit kan zowel gaan om noodzakelijke verzorging van de leerling als om verzorging in het kader van een praktijkles (vb haarzorg, schoonheidsverzorging).
- Klasgenoten bij een index in het lager of secundair onderwijs, met <15 minuten aaneensluitend huidcontact, worden **niet** als contactpersonen beschouwd.

Het aantal gevallen in een collectiviteit

- Bij **2 of meer gelinkte gevallen in de klas in 6 weken** is er een vermoeden van transmissie in de klas, er zijn immers al twee gelinkte gevallen (gelinkt wil zeggen dat er een vermoeden is dat transmissie op school plaatsvond, dit geldt dus niet voor 2 gevallen uit eenzelfde gezin):
 - Alle klasgenoten en betrokken leerkrachten zijn **nauwe contactpersonen** en worden opgeroepen tot verhoogde waakzaamheid. Zorg dat er een duidelijk aanspreekpunt is. Herevalueer na elk bijkomend geval.
 - Indien de indexen samen gelogeerd hebben binnen schoolverband (vb bosklassen, zeeklassen, internaat ...) tijdens de besmettelijke periode dan zijn alle klasgenoten of leefgroepgenoten **huishoudcontacten en vergelijkbare contactpersonen**, zij moeten preventief behandeld worden (zie STAP 7: Chemoprophylaxe).
- Neem indien advies nodig contact op met het team infectieziektebestrijding.
- Neem in geval van scabiës crustosa, steeds contact met het team infectieziektebestrijding en overleg op welke manier de contactopsporing dient te gebeuren. In geval van scabiës crustosa worden alle leerlingen en personeelsleden van hetzelfde schoolgebouw als contactpersonen beschouwd.

Scabiës crustosa	
Contactopsporing wordt gecoördineerd door team infectieziektebestrijding.	
Gewone scabiës	
Nauwe contactpersonen	<ul style="list-style-type: none"> • Medeleerlingen van een indexleerling in de kleuterklas of klas met vergelijkbaar ontwikkelingsniveau • Leerlingen die (verkleed)kleding hebben gedeeld met de indexleerling • Personeelsleden of medeleerlingen die de indexleerling lichamelijk verzorgden • Leerlingen en personeelsleden die ook samen gelogeerd hebben (vb bosklassen, zeeklassen, ...) maar geen kamergenoten of beste vriend(inn)en waren • Onafscheidelijke speelkameraadjes; kinderen die minstens 15 minuten aaneensluitend huidcontact hadden • Klasgenoten en klasleerkracht(en) indien er 2 of meer gelinkte gevallen zijn in de klas in 6 weken
Huishoudcontacten en vergelijkbare contactpersonen	<ul style="list-style-type: none"> • Kleuters die op school slapen en lakens deelden met de index tijdens de besmettelijke periode • Leerlingen die samen gelogeerd hebben (intensief gebruik van elkaars handdoeken, beddengoed,... tijdens bosklassen, zeeklassen, internaat...) in de periode waarin de indexleerling besmettelijk was. <ul style="list-style-type: none"> • Eén geval -> enkel de kamergenoten • Twee of meer gevallen in 6 weken -> de hele klas/groep

Samenvattende tabel contactpersonen

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

Geef samen met de brief ook steeds de '[folder schurft](#)' van het Departement Zorg mee. Er zijn ook vertalingen (Frans, Engels, Arabisch, Turks, Farsi, Pasjtje) beschikbaar via: [Scabiës \(schurftmijt\) \(zorg-en-gezondheid.be\)](#).

1. Informeer de (ouders van de) **nauwe contactpersonen** (zie STAP 4: Contactopsporing) over:
 - het ziektebeeld
 - advies een arts te raadplegen bij symptomen

Zie voorbeeldbrief '[Schurft in de klas](#)'.

2. Informeer de (ouders van de) **huishoudcontacten en vergelijkbare contactpersonen** (zie STAP 4: Contactopsporing) over:
 - het ziektebeeld
 - advies een arts te raadplegen bij symptomen
 - preventieve behandeling (zie STAP 7: Chemoprophylaxe)

Zie voorbeeldbrief '[Schurft in de klas. Ga naar de huisarts](#)' en voorbeeldbrief '[Schurft informatie voor de behandelende arts](#)'. Pas de brieven zo nodig aan, zie ook de fiches van Departement Zorg over 'Preventieve behandeling' [op Scabiës \(schurftmijt\) \(zorg-en-gezondheid.be\)](#).

- Overweeg om ouders van de huishoudcontacten en vergelijkbare contactpersonen telefonisch te contacteren opdat de maatregelen voor preventieve behandeling goed begrepen worden.
3. Wanneer er veel ongerustheid bij ouders, leerlingen of schoolpersoneel heerst, kan de CLB-arts toch de niet-contactpersonen informeren om paniek te voorkomen, ook al is het risico op transmissie verwaarloosbaar.

Zie voorbeeldbrief '[Informatie over schurft](#)'

EPBW

Vraag de school om bij 2 of meer gelinkte gevallen van scabiës op school aan de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk** van de school:

- de informatiebrieven te bezorgen die CLB aan ouders, leerlingen en personeel heeft verspreid.
- mee te delen of er zwangere personeelsleden zijn, die contactpersoon van de besmette leerling zijn

School

- Informeer de **school** over hygiënische maatregelen op school:
 - Vermijd langdurig lichamelijk contact met een patiënt met scabiës en huidcontact met diens kleding en beddengoed.
 - Bij **1 geval van scabiës in de klas** dienen geen bijkomende hygiënische maatregelen getroffen te worden op school, tenzij in geval van scabiës crustosa.
 - Bij **2 of meer gelinkte gevallen van scabiës in de klas** binnen de 6 weken worden om (her)infectie van anderen te voorkomen daar waar de indexleerling(en) langdurig of intensief lichamelijk contact had maatregelen genomen. Alle informatie over de hygiënische

maatregelen is te vinden op deze [link](#). Bekijk samen met de school welke maatregelen voor hen van toepassing zijn.

- Bij scabiës crustosa zijn er meer uitgebreide hygiënische maatregelen noodzakelijk omdat er een grote verspreiding van de scabiësmijt is. Pleeg in dit geval steeds overleg met het team infectieziektebestrijding.

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

Er is geen vaccinatie tegen scabiës, er wordt ook geen immuniteit gevormd. Bij een herbesmetting is de incubatietijd meestal wel korter. De jeuk kan dan al na één tot vier dagen optreden zonder zichtbare gangetjes.

STAP 7: Chemoprophylaxe

Een preventieve behandeling buiten het gezin is soms aangewezen:

- **Huishoudcontacten en vergelijkbare contactpersonen** (zie STAP 4: Contactopsporing) worden preventief behandeld tegen schurft .
 - Indien het contact 'éénmalig' was, zoals het geval bij bos- of zeeklassen, dan is een simultane behandeling van alle contactpersonen minder belangrijk, omdat het gezins-like contact in het verleden ligt.
 - Op een internaat is het contact repetitief en is het wel sterk aan te bevelen om de behandeling van alle contactpersonen simultaan (in het weekend) uit te voeren.
- Het is essentieel dat zowel de medicamenteuze behandeling als de hygiënische maatregelen gelijktijdig uitgevoerd worden. Alle informatie over preventieve en curatieve behandeling is te raadplegen via deze link: [Scabiës \(schurftmijt\) \(zorg-en-gezondheid.be\)](#).
- Evalueer, in overleg met team infectieziektebestrijding, wie best geplaatst is om de preventieve behandeling op te starten. Er kan voor gekozen worden om alle leerlingen naar de huisarts te verwijzen. Aangezien het om een preventieve behandeling gaat kan dit ook door de CLB-arts opgenomen worden. Aangezien de CLB-arts uitzonderlijk voorschrijft mag dit op papier. Je kunt papieren voorschriften op naam uitprinten via progezondheid ([ProGezondheid - RIZIV \(fgov.be\)](#)). Eventueel kan voor een gemengde aanpak gekozen worden. Pas de brieven aan. Houd rekening met:
 - Over hoeveel leerlingen gaat het? Gaan deze leerlingen naar dezelfde (beperkt aantal) huisarts(en)? Overleg eventueel eerst met deze huisarts(en).
 - Zijn er (veel) leerlingen die geen huisarts hebben of de huisarts vermoedelijk niet zullen raadplegen?

- Als er een sprake is van een schurft infectie bij een huishoudcontact of vergelijkbaar contact, dan wordt dit een curatieve behandeling en moet heel het gezin behandeld worden. Hier moet steeds de huisarts betrokken zijn.
- Wat is de beste kans om de moeilijk bereikbare gezinnen te informeren? Vaak is een brief onvoldoende en is een individuele aanpak wenselijk. Vraag eventueel aan de gemeente of aan de eerstelijnszone of ondersteuning mogelijk is.
- Na een curatieve behandeling kan de jeuk de eerste week verergeren door een allergische reactie op de schurftmijt. Deze jeuk kan 4 weken aanhouden. Een jeukwerend middel kan verlichting bieden.

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing

INDIEN DE INDEXLEERLING IN EEN INTERNAAT VERBLIJFT

- Zie brochure scabiës in een leefgemeenschap.
- Het decreet voor leerlingenbegeleiding bepaalt dat het CLB een opdracht heeft in de profylaxe van besmettelijke ziekten voor leerlingen in het basisonderwijs en in het secundair onderwijs. Ook al valt de context van het internaat in strikte zin niet binnen de bevoegdheid van de CLB-arts, zal de CLB-arts gezien de nauwe contextuele band tussen school en internaat sowieso een rol opnemen in de beheersing van de infectie.
- Bij scabiës op een internaat kan het team infectieziektebestrijding steeds gecontacteerd worden voor advies (door de directie van het internaat of door de CLB-arts)
- Vanaf 2 of meer gelinkte gevallen van scabiës binnen een leefgroep wordt tijdelijk een uitbraakteam samengesteld, bestaande uit minstens de directie van het internaat, de verantwoordelijke voor de huishoudelijke organisatie in het internaat (was, poets, ...), de arts op wie het internaat gewoonlijk beroep doet wanneer een kind ziek is en de CLB-arts verbonden aan de school van het(de) betrokken kind(eren). Het uitbraakteam behartigt in onderling overleg de aanpak van de (potentiële) uitbraak en kan zo nodig versterkt worden met een dienst voor thuisverpleging. De CLB-arts en het team infectieziektebestrijding maken afspraken over wie hierin een trekkende rol opneemt.

SCARLATINA (ROODVONK) EN INVASIEVE GAS INFECTIES

Algemene informatie

Scarlatina of roodvonk wordt veroorzaakt door *Streptococcus pyogenes* of Groep A Streptokokken (GAS), een bacterie die ook nog een veel andere infecties kan veroorzaken.

Acuut reuma en glomerulonefritis zijn laattijdige niet-infectieuze complicaties van een GAS infectie, en kunnen voorkomen na nasofaryngitis, na impetigo, maar ook na asymptomatische infectie of na meer ernstige GAS infectie.

Voor **impetigo of krentenbaard**, dat ook kan veroorzaakt worden door *Staphylococcus aureus*, verwijzen we naar de richtlijn '[Impetigo \(krentenbaard\)](#)'.

Voor **meningitis of hersenvliesontsteking** door GAS, zie ook de richtlijn '[Meningitis \(hersenvliesontsteking\) en meningokokkenziekte](#)'.

Tot de besmettelijke invasieve infecties behoren **fasciitis necroticans** en **Streptococcal Toxic Shock Syndrome (STSS)**.

Andere mogelijke infecties door GAS zijn **erisypelas, cellulitis, nasofaryngitis, faryngotonsillitis, pneumonie** ... deze infecties vereisen op zichzelf geen maatregelen. Het is echter wel essentieel om al deze ziektebeelden mee in kaart te brengen indien er sprake is van een epidemische verspreiding van GAS.

Voor meer informatie zie richtlijn van het Departement Zorg [Groep A-streptokokkeninfectie \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)

Voor informatie specifiek over de behandeling zie Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk, 2021, [Bapcoc](#)

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

Ga vooraleer eventuele maatregelen op te starten steeds na of het inderdaad om een GAS infectie gaat, en zo ja dewelke. Roodvonk komt typisch voor bij kinderen van 3 tot 6 jaar en gaat meestal gepaard met een nasofaryngitis of faryngotonsillitis (angina). Acute glomerulonefritis komt typisch voor bij kinderen van 2 tot 6 jaar en acute reuma komt typisch voor bij kinderen van 6 tot 10 jaar.

Indien het om een invasieve GAS infectie gaat (STSS of fasciitis necroticans) wordt de contactopsporing steeds gecoördineerd door het team infectieziektebestrijding. Het CLB speelt een ondersteunende rol op schoolniveau. In onderling overleg wordt afgesproken hoe het CLB die rol kan opnemen.

Indien het om een niet-invasieve GAS infectie gaat, verzamel betrouwbare informatie over:

- De diagnose; verifieer eventueel bij de behandelend arts
- Zijn er de voorbije maand nog meldingen van infecties passend bij GAS in dezelfde klas
- De (duur van de) klachten
- De eventuele behandeling van de indexleerling
- Zijn er complicaties, zoals acute glomerulonefritis of acuut reuma
- Indien er meer gevallen in een klas worden gemeld, waarbij symptomen binnen de maand begonnen, verzamel dan ook de eventuele link(en) tussen die gevallen (zelfde klas, vrienden, gezin, vrijetijdsactiviteiten...) en hoeveel gevallen er zijn in welk tijdsverloop. Enkel indien de transmissie vermoedelijk op school is gebeurd spreken we in deze context van epidemiologisch gelinkte gevallen. Indien het om 2 gevallen van eenzelfde gezin gaat is de besmetting niet op school gebeurd.

STAP 2: Meldingsplicht

- De **invasieve infecties door GAS**: fasciitis necroticans en Streptococcal Toxic Shock Syndrome (STSS), zijn steeds meldingsplichtig bij het [team infectieziektebestrijding](#).
- Roodvonk, acuut reuma en glomerulonefritis en andere **niet-invasieve infecties door GAS** zijn **niet** meldingsplichtig. Contacteer wel steeds [team infectieziektebestrijding](#) bij een epidemische verheffing van roodvonk, acuut reuma of glomerulonefritis.
- We spreken van epidemische verheffing:
 - Vanaf 2 gevallen van STSS of fasciitis necroticans binnen 1 maand in een klas
 - Vanaf 4 of meer gevallen van roodvonk in 1 maand in een klas

- Vanaf 2 of meer gevallen van acut reuma of glomerulonefritis of 1 geval van acut reuma of glomerulonefritis in combinatie met een niet-invasieve GAS-infectie in 1 maand in een klas

STAP 3: Wering van school

- Kinderen met roodvonk mogen naar school als zij zich niet te ziek voelen. Indien de uitbraak niet onder controle geraakt kan het team infectieziektebestrijding adviseren om kinderen met roodvonk pas toe te laten 24u na start van de behandeling met antibiotica.
- Acut reuma en acute glomerulonefritis zijn niet-infectieuze laattijdige complicaties, deze zijn niet besmettelijk en de indexgevallen mogen naar school komen.
- Bij roodvonk in een instelling met kwetsbare bewoners valt isolatie tot 24 uur na aanvang van de behandeling te overwegen. Contacten zonder klachten hoeven geen bijzondere voorzorgen in acht te nemen ter voorkoming van verspreiding naar anderen.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: Contactopsporing is bedoeld om verdere verspreiding van de bacterie te voorkomen indien er sprake is van een epidemische verheffing (zie definitie STAP 2: Meldingsplicht) en/of een invasieve infectie (STSS, fasciitis necroticans). Beide kunnen namelijk een indicatie zijn dat het om een zeer virulente stam gaat.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

- Besmetting gebeurt via druppelinfectie vanuit de keel
- 24-48u na start van antibiotische behandeling is de index niet meer besmettelijk, hoewel neusdragerschap niet steeds geëlimineerd is na antibioticabehandeling. Chronische dragers zijn wel veel minder besmettelijk dan een persoon met een acute infectie.

De incubatietijd

- De incubatietijd van roodvonk is 2 tot 7 dagen en van streptokokkenfaryngitis 2 tot 4 dagen.
- Acute glomerulonefritis kan tot 10 dagen na faryngitis ontstaan en acut reuma treedt meestal 2 tot 3 weken (range: 1 tot 5 weken) na een streptokokkenkeelinfectie op.
- Voor invasieve infecties is de incubatietijd moeilijk te bepalen.

Het ziektebeeld

- Bij geïsoleerde gevallen van **scarlatina** (en andere niet-invasieve infecties indien gekend) worden de klasgenoten en klasleerkracht(en) geïnformeerd en opgeroepen tot waakzaamheid.

- Bij 1 geval van **fasciitis necroticans of STSS** in een klas:
 - Bij dergelijke invasieve infectie wordt de contactopsporing steeds gecoördineerd door het team infectieziektebestrijding. Brononderzoek is niet nodig. Het CLB speelt een ondersteunende rol op schoolniveau. In onderling overleg wordt afgesproken hoe het CLB die rol kan opnemen.
 - Worden alle klasgenoten en klasleerkracht(en) opgeroepen tot verhoogde waakzaamheid voor symptomen passend bij een (ernstige) GAS infecties: faryngitis, roodvonk, huidinfectie, hoge koorts, sufheid, ademnood.
 - Zijn de kamergenootjes bij overnachtingen in schoolverband (vb bosklassen, internaten) vanaf 7 dagen voor het begin van de symptomen tot 24u na start van de antibiotica **nauwe contactpersonen** (= gelijkgestelde huishoudcontacten). Zij komen in aanmerking voor profylaxe (zie STAP 7: Profylaxe).

Het aantal gevallen

- Vanaf een epidemische verheffing (zie definitie in STAP 2: Meldingsplicht) van **scarlatina** worden alle klasgenoten en klasleerkracht(en) opgeroepen tot verhoogde waakzaamheid. De behandelende arts wordt opgeroepen om elk nieuw geval van roodvonk te behandelen met antibiotica.
- Bij een epidemische verheffing van **STSS of fasciitis necroticans** wordt de contactopsporing steeds gecoördineerd door het team infectieziektebestrijding. Brononderzoek is niet nodig. Het CLB speelt een ondersteunende rol op schoolniveau. In onderling overleg wordt afgesproken hoe het CLB die rol kan opnemen. De **nauwe contactpersonen** (= gelijkgestelde huishoudcontacten) rond de indexleerlingen worden in kaart gebracht om profylaxe op te starten (zie STAP 7: Chemoprofylaxe).

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

1. Informeer de (ouders van de) **klasgenoten en klasleerkracht(en)** bij één geval van STSS of fasciitis necroticans over:
 - Ziekteverschijnselen; zij dienen geïnformeerd te worden over de symptomen van invasieve GAS-infecties.
 - Verhoogde waakzaamheid; zij moeten gestimuleerd worden hun gezondheidstoestand goed in de gaten te houden (tot 30 dagen na het laatste contact met index) en vroegtijdig contact opnemen met de huisarts zodra er symptomen zijn.

Zie voorbeeldbrief '[Infectie met streptokokken in de klas](#)'

2. Informeer de (ouders van de) **klasgenoten en klasleerkracht(en)** bij een eerste geval van scarlatina over (het is niet nodig dit bij het tweede en derde geval in 1 maand te herhalen):

- Ziekteverschijnselen
- Verhoogde waakzaamheid en wanneer de behandelend arts te consulteren.

Zie voorbeeldbrief '[Roodvonk in de klas](#)'

3. Informeer de (ouders van de) **klasgenoten en klasleerkracht(en)** van een epidemische verheffing van scarlatina (zie STAP 2: Meldingsplicht) over:

- Ziekteverschijnselen
- Verhoogde waakzaamheid en wanneer de behandelend arts te consulteren.
- Geef duidelijke informatie mee, die bestemd is voor **de behandelende arts**. Omwille van het epidemisch karakter van de besmettingen wordt aanbevolen om deze kinderen steeds met perorale antibiotica te behandelen, terwijl dit bij geïsoleerde gevallen normaal niet wordt aanbevolen.

Zie voorbeeldbrief '[Meerdere gevallen van roodvonk in de klas](#)'

4. De **nauwe contactpersonen** (zie STAP 4: Contactopsporing) worden gecontacteerd door het team infectieziektebestrijding.

EPBW

Vraag de school om bij een uitbraak van scarlatina en bij elke melding van invasieve GAS infectie ook aan de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk** van de school:

- de informatiebrieven te bezorgen die CLB aan ouders, leerlingen en personeel heeft verspreid.
- mee te delen of er zwangere personeelsleden zijn, die contactpersoon van de besmette leerling zijn

School

- Informeer **de school** over hygiënische maatregelen:
 - Goed ventilatie van de klaslokalen
 - Stimuleer goede handhygiëne en hoest-, snuit- en nieshygiëne: Zie fiche [Basishygiëne](#)

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Er is geen vaccinatie tegen GAS
- Immuniteit is typespecifiek, daardoor kan iemand opeenvolgend met verschillende types geïnfecteerd worden. Er wordt toenemende immuniteit tegen één of meerdere erytrogene toxines gevormd, waardoor scarlatina na het zesde levensjaar minder voorkomt. De kans op keelontsteking blijft bestaan.

STAP 7: Chemoprofylaxe

- Er is geen profylaxe nodig voor de klasgenoten en klasleerkracht(en).
- Aan de **nauwe contactpersonen** dient antibioticaprofylaxe aangeboden te worden binnen de 7 dagen na het contact met de indexleerling. Zie richtlijn Departement Zorg.

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing.

SHIGELLA

Algemene informatie

De *Shigella* bacterie is een gramnegatieve bacterie die een milde tot ernstige colitits kan veroorzaken. Er zijn 4 subtypes te onderscheiden, namelijk *S. dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. sonnei* en *S. boydii*. Infectie door *S. dysenteriae* kan ook het typisch beeld van dysenterie veroorzaken, met bloed en slijm in de stoelgang.

Voor meer informatie zie richtlijn van Departement Zorg [Shigellose | Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](https://www.zorg-en-gezondheid.be)

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

Contacteer eerst het team infectieziektebestrijding. Aangezien het om een meldingsplichtige aandoening gaat hebben zij mogelijk de melding reeds ontvangen via de behandelend arts of het labo. Spreek onderling af wie de verheldering van de melding zal doen.

Indien wordt afgesproken dat CLB de melding verheldert ga dan steeds na of er effectief sprake is van een *Shigella* infectie vooraleer eventuele maatregelen op te starten.

Verzamel betrouwbare informatie over:

- De diagnose. Verifieer zo nodig bij de behandelende arts.
- Wat is de duur van de klachten? Wat is de ernst van de klachten?
- Is er behandeling opgestart?
- Is de bron gekend? Was er een recente reis naar het buitenland?
- Indien 2 of meer gevallen in een klas, waarbij symptomen binnen de week begonnen, worden gemeld, verzamel dan ook de eventuele link(en) tussen die gevallen (vrienden, gezin, vrijetijdsactiviteiten...). Enkel indien de transmissie vermoedelijk op school is gebeurd spreken

we in deze context van epidemiologisch gelinkte gevallen. Indien het om 2 gevallen van eenzelfde gezin gaat is de besmetting vermoedelijk niet op school gebeurd.

Gevalsdefinitie:

CRITERIA
Klinische criteria Minstens één van de volgende: <ul style="list-style-type: none">• diarree• koorts• braken• abdominale pijn
Epidemiologische criteria Minstens één van de volgende: <ul style="list-style-type: none">• transmissie van mens naar mens• blootstelling aan een gemeenschappelijke bron• blootstelling aan gecontamineerd eten of drinkwater• blootstelling via omgeving
Criteria voor laboratoriumconfirmatie <ul style="list-style-type: none">• isolatie van <i>Shigella</i> spp. uit een klinisch staal

GEVALSDEFINITIE
Waarschijnlijk <ul style="list-style-type: none">• patiënt met klinische criteria EN epidemiologische criteria
Bevestigd <ul style="list-style-type: none">• patiënt met klinische criteria EN laboratoriumconfirmatie

STAP 2: Meldingsplicht

Shigellose is steeds meldingsplichtig bij het [team infectieziektebestrijding](#).

STAP 3: Wering van school

- Kleuters en kinderen met een vergelijkbare ontwikkelingsleeftijd (omwille van zorgbehoefte en type onderlinge contacten) worden geweerd tot er een negatief faecesstaal is. Dit faecesstaal wordt ten vroegste afgenomen 48u na het beëindigen van de eventuele antibioticabehandeling.
- Kinderen uit de basisschool en secundair onderwijs blijven thuis tot klinisch herstel.
- Indien broers of zussen van de index ook diarree krijgen binnen 1 week, gelden dezelfde weringsmaatregelen; d.w.z. kleuters en kinderen met vergelijkbare ontwikkelingsleeftijd worden geweerd tot de faecesweek eenmaal negatief is, kinderen met voldoende hand- en toilethygiëne blijven thuis tot klinisch herstel.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: Contactopsporing is bedoeld om alle mogelijk besmette personen op te sporen en indijkingsmaatregelen te nemen.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

- De besmetting verloopt faeco-oraal, maar kan ook indirect via besmet voedsel, water of voorwerpen.
- *Shigella spp* is zeer besmettelijk, vooral tijdens de acute fase. *Shigella spp* worden gewoonlijk 1 tot 4 weken uitgescheiden in de stoelgang, maar het kan ook langer duren.

De incubatietijd

De incubatietijd is 1 tot 7 dagen, maar meestal 1 tot 3 dagen.

De aard van de contacten

Vanaf één geval van shigellose in de klas zijn alle klasgenoten en klasleerkracht(en) **contactpersonen** die geïnformeerd moeten worden.

Het aantal gevallen

Vanaf 2 of meer gelinkte gevallen van shigellose in één klas binnen één week kunnen de maatregelen eventueel uitgebreid worden naar de school. Dit is steeds in overleg met het team infectieziektebestrijding.

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

- Informeer de (ouders van de) **klasgenoten en klasleerkracht(en)** over:
 - De ziekteverschijnselen
 - Waakzaamheid en raadplegen behandelend arts
 - Goede hand- en toilethygiëne

Zie voorbeeldbrief '[Shigella in de klas](#)'.

EPBW

Vraag de school om bij een uitbraak van *Shigella* ook aan de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk** van de school:

- de informatiebrieven te bezorgen die CLB aan ouders, leerlingen en personeel heeft verspreid.

- mee te delen of er zwangere personeelsleden zijn, die contactpersoon van de besmette leerling zijn

School

- Informeer en stimuleer de school tot goede hand- en toilethygiëne:
 - Handhygiëne: zie fiche [basishygiëne](#)
 - Toiletgebruik:
 - Handenwassen na elk toiletgebruik
 - Gebruik bij voorkeur wegwerpluiers
 - Reinig en desinfecteer het luierkussen na ieder gebruik.
 - Verwittig het schoonmaakbedrijf en poetspersoneel en licht hen in over de besmettelijkheid. Reinig en desinfecteer minimaal 1x per dag en bij voorkeur 2x per dag het sanitair blok: het toilet, de spoelknop, de deurklink, kranen, lichtschaakelaar,... (alle frequent aangeraakte oppervlakken).

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Immuniteit is typespecifiek. Een persoon kan dus meerdere infecties krijgen door verschillende serotypes.
- Er is geen vaccin beschikbaar tegen *Shigella spp.*

STAP 7: Chemoprophylaxe

Niet van toepassing

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing

STEC (SHIGA-TOXINE PRODUCERENDE *E. COLI*)

Algemene informatie

Andere benamingen voor Shiga-toxine producerende *E. coli* (STEC) zijn enterohemorragische *E. coli* (EHEC) of vero(cyto)-toxine producerende *E. coli* (VTEC).

De *E. coli* bacterie is gekend als een niet-pathogene commensale darmbacterie bij de mens. Sommige *E. coli* stammen hebben virulentiefactoren, zoals het Shigatoxine of Verocytotoxine, deze stammen leven niet als commensaal in de darm, maar komen via besmette voeding of contact met dieren in de darm terecht.

Infectie met STEC kan asymptomatisch verlopen, kan milde tot bloederige diarree (hemorrhagische colitis) veroorzaken en kan ook leiden tot hemolytisch-uremisch syndroom (HUS), bestaande uit hemolytische anemie, nierinsufficiëntie en thrombopenie. Vooral kinderen onder de 10 jaar en ouderen boven 65 jaar zijn meest vatbaar voor HUS, met een mortaliteitsrisico van 3-5%.

Voor meer informatie zie richtlijn van Departement Zorg [Infectie met E.coli-bacterie \(EHEC\): richtlijnen \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

- Contacteer eerst het team infectieziektebestrijding. Aangezien het om een meldingsplichtige aandoening gaat hebben zij mogelijk de melding reeds ontvangen via de behandelend arts of het labo. Spreek onderling af wie de verheldering van de melding zal doen.
- Indien 2 of meer gevallen in dezelfde klas of school, waarbij symptomen binnen 1 maand na de eerste ziektedag van de index begonnen, verzamel dan ook de eventuele link(en) tussen die gevallen (vrienden, gezin, vrijetijdsactiviteiten...). Enkel indien de transmissie vermoedelijk op school is gebeurd spreken we in deze context van epidemiologisch gelinkte gevallen. Indien het om 2 gevallen van eenzelfde gezin gaat is de transmissie niet op school gebeurd.

Gevalsdefinitie:

CRITERIA
Klinische criteria <ul style="list-style-type: none">• STEC diarree: diarree of abdominale pijn• HUS: acuut nierfalen met minstens één van de volgende:<ul style="list-style-type: none">○ microangiopatische hemolytische anemie○ trombocytopenie
Epidemiologische criteria <p>Minstens één van de volgende:</p> <ul style="list-style-type: none">• transmissie van mens naar mens• transmissie van dier naar mens• blootstelling aan een gemeenschappelijke bron• blootstelling aan besmet voedsel of drinkwater• blootstelling via omgeving
Criteria voor laboratoriumconfirmatie <ul style="list-style-type: none">• isolatie uit een klinisch staal van een <i>Escherichia coli</i> stam die shigatoxine produceert of <i>stx1</i> of <i>stx2</i> genen bezit• isolatie van een niet-sorbitol fermenterende (NSF) <i>Escherichia coli</i> 0157, al dan niet met bevestiging van Stx productie of aanwezigheid van het <i>stx</i> gen• directe detectie van <i>stx1</i> of <i>stx2</i> genen (zonder isolatie van de stam)• directe detectie van vrij shigatoxine in stoelgang (zonder isolatie van de stam)• specifieke AL respons bij een HUS patiënt

GEVALSDEFINITIE
Mogelijk <ul style="list-style-type: none">• patiënt met klinische criteria van HUS
Waarschijnlijk <ul style="list-style-type: none">• patiënt met passend klinisch beeld EN epidemiologische criteria
Bevestigd <ul style="list-style-type: none">• patiënt met passend klinisch beeld EN laboratoriumconfirmatie

STAP 2: Meldingsplicht

Een STEC infectie is steeds meldingsplichtig bij het [team infectieziektebestrijding](#).

STAP 3: Wering van school

- Wering wordt overwogen bij kleuters en bij mensen met weinig hygiënebesef. De wering kan gestopt worden wanneer er twee negatieve stoelgangsstalen gedocumenteerd zijn 48 uur na stop van de symptomen (met 24 uur interval). Kinderen zijn gewoonlijk 2 tot 9 dagen symptomatisch.
- Voor een index die klachtenvrij is, hygiënebesef heeft en er goede hygiënische toiletmogelijkheden zijn, is wering niet nodig.
- Antibioticabehandeling is niet aanbevolen aangezien dit het risico op HUS verhoogt.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: Contactopsporing is bedoeld om alle nauwe contactpersonen op te sporen en na te gaan of er een verhoogde kans is op transmissie.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

- Transmissie gebeurt
 - Faeco-oraal van mens op mens
 - Via onvoldoende verhit (runds)vlees, ongewassen rauwe groeten, rauwe melk en andere zuivelproducten, besmet water
 - Na contact met dieren (vb na bezoek aan kinderboerderij)
- De index is gedurende de ziekte besmettelijk voor de omgeving. Soms kan er nog een langdurige uitscheiding zijn na genezing.

De incubatietijd

Diarree begint 3 tot 4 dagen na de infectie, met een range van 1 tot 12 dagen. HUS kan zich ontwikkelen tot 14 dagen na de gastro-enteritis.

De aard van het contact

- Bij een geïsoleerd geval van STEC in de kleuterklas of in een klas van kinderen met een vergelijkbare ontwikkelingsleeftijd (omwille van zorgbehoefte en type onderlinge contacten) zijn alle klasgenoten en klasleerkracht(en) **nauwe contactpersonen**. Er wordt ingeschat of er een verhoogde kans is op transmissie.
- Bij een geïsoleerd geval van STEC in de lagere of secundaire school is geen contactopsporing nodig,

Het aantal gevallen

- Vanaf 2 gelinkte gevallen van STEC in één klasgroep in één maand zijn **nauwe contactpersonen**:
 - alle klasgenoten en klasleerkracht(en)
 - leerlingen die aan dezelfde bron zijn blootgesteld. Het team infectieziektebestrijding onderzoekt dit als kinderen kort na elkaar ziek worden. Het kan bijvoorbeeld kaderen in een bezoek aan een kinderboerderij, of na contact met dieren op school, of passen bij een voedselintoxicatie.
- Bij 2 gelinkte gevallen kan faecesonderzoek naar STEC nodig zijn bij de nauwe contactpersonen indien zij symptomen (diarree) ontwikkelen. Neem contact op met team infectieziektebestrijding.

- Bij 3 of meer gelinkte gevallen kan faecesonderzoek naar STEC overwogen worden bij alle nauwe contactpersonen (zowel symptomatisch als asymptomatisch). Dit is steeds in overleg met het team infectieziektebestrijding.

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

- Informeer de (ouders van de) **nauwe contactpersonen** (zie STAP 4 Contactopsporing) over:
 - De ziekteverschijnselen
 - Waakzaamheid en raadplegen behandelend arts
 - Eventueel faecesonderzoek

Zie voorbeeldbrief '[Ziekmakende E. coli in de klas](#)'.

EPBW

Vraag de school om bij een uitbraak van STEC ook aan de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk** van de school:

- de informatiebrieven te bezorgen die CLB aan ouders, leerlingen en personeel heeft verspreid.
- mee te delen of er zwangere personeelsleden zijn, die contactpersoon van de besmette leerling zijn

School

- Informeer en stimuleer de school tot goede hand- en toilethygiëne.
 - Handhygiëne: zie fiche [basishygiëne](#)
 - Toiletgebruik:
 - Handenwassen na elk toiletgebruik
 - Gebruik bij voorkeur wegwerpluiers
 - Reinig en desinfecteer het luierkussen na ieder gebruik.
 - Verwittig het schoonmaakbedrijf en poetspersoneel en licht hen in over de besmettelijkheid. Reinig en desinfecteer minimaal 1x per dag en bij voorkeur 2x per dag het sanitair blok: het toilet, de spoelknop, de deurklink, kranen, lichtsakelaar,... (alle frequent aangeraakte oppervlakken).

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Er is geen vaccin beschikbaar

STAP 7: Chemoprophylaxe

Niet van toepassing

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing.

TINEA (SCHIMMELINFECTIES VAN HUID EN HAAR)

Algemene informatie

Tinea is een dermatomycose van huid, haar of nagels veroorzaakt door dermatofyten. Dermatofyten zijn filamenteuze fungi of schimmels die groeien op keratine van huid, haar of nagels. Afhankelijk van de anatomische plaats spreken we van volgende klinische manifestaties:

- Epidermis of gladde huid
 - Tinea corporis: schimmel ter hoogte van de romp, nek of extremiteiten. Ook katrienewiel of ringworm genoemd.
 - Tinea manuum: schimmel op de hand
 - Tinea pedis: schimmel ter hoogte van de tenen en voetzolen
 - Tinea interdigitale: schimmel tussen de tenen (meestal tussen 4^{de} en 5^{de} teen) of Athlete's foot
 - Tinea cruris: schimmel ter hoogte van de lies
 - Tinea faciei: schimmel ter hoogte van het gelaat
- Haar
 - Tinea capitis: schimmel van het hoofdhaar of hoofdschimmel
 - Tinea barbae: schimmel van het baardhaar
- Nagel
 - Tinea unguium: schimmel van de nagel of onychomycosis

Voor meer informatie over **tinea capitis** zie richtlijn Departement Zorg [Tinea capitis \(zorg-en-gezondheid.be\)](https://www.zorg-en-gezondheid.be).

Diagnostiek en verspreiding zijn voor **tinea corporis** zeer vergelijkbaar met tinea capitis. Aanvullende relevante informatie over tinea corporis vind je hier:

- Ziektebeeld: patiënten presenteren zich met vaak jeukende laesies, typisch in de nek, de romp of de extremiteiten. De laesies zijn gewoonlijk rond of ovaal met plaques, dus ringvormig of annulair, vandaar de naam ringworm. Ze hebben een scherp afgeijnde, erythemateuze en schilferige rand. De laesies breiden uit aan de randen (centrifugale groei), terwijl er centraal een opklaring met milde schilfering optreedt. Het kan om een solitaire laesie of multipele laesies gaan. Soms zijn er kleine vesikeltjes tot ook grote pustels. De mate van inflammatie is variabel.^{1,3}

- Ziekteverwekker: De meest voorkomende oorzakelijke schimmel van tinea corporis is *Trichophyton rubrum*. *Microsporum canis* is de meest voorkomende zoöfiele dermatofyt en wordt vaak opgelopen via honden of katten.^{1,2,4}

Voor **tinea unguium** zijn er geen te nemen maatregelen op school. Tinea unguium wordt hier niet verder besproken.

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

Ga vooraleer eventuele maatregelen op te starten steeds na of het inderdaad om een tinea capitis of corporis gaat.

Verzamel betrouwbare informatie over:

- Is er al een consultatie geweest bij een arts? Wat is de diagnose? Verifieer eventueel bij de behandelende arts.
- Zijn er stalen afgenomen? Is de oorzakelijk schimmel (al) gekend? Gaat het om een antropofiele, zoöfiele of geofiele schimmel?
- De (duur van de) klachten
- De eventuele behandeling van de indexleerling
- Zijn er in deze klas nog meldingen van tinea capitis of corporis? Wat is de link tussen deze leerlingen (vrienden, gezin, vrijetijdsbesteding, ...). Is er een gemeenschappelijk bron, vb verzorging van dieren? Enkel indien de transmissie vermoedelijk op school is gebeurd spreken we in deze context van epidemiologisch gelinkte gevallen. Indien het om 2 gevallen van eenzelfde gezin gaat is de transmissie niet op school gebeurd.

STAP 2: Meldingsplicht

- Tinea is geen meldingsplichtige ziekte.
- Als zich op school 2 of meer **gelinkte** gevallen van **tinea capitis** voordoen in 1 maand tijd is er wel meldingsplicht bij het [team infectieziektebestrijding](#).

STAP 3: Wering van school

- Hoewel er een potentieel risico bestaat dat er transmissie ontstaat naar andere klasgenoten is het niet aangewezen om kinderen met schimmelinfectie te weren van school. Kinderen met klinische verschijnselen krijgen wel een behandeladvies.
- Zwemmen op zich geeft geen risico op transmissie, maar vermijd het samen omkleden van de index met andere leerlingen. Vermijd het delen van een duikbril, badmuts, kam, handdoek, kledij.
- Voor sporten met weinig contact en wanneer het letsel goed afgedekt kan worden (bijv. dragen van een persoonlijke pet of (bad)muts) is het in principe mogelijk om kinderen met een schimmelinfectie te laten deelnemen aan deze lessen.
- Leerlingen met schimmelinfectie mogen zelf actief deelnemen aan praktijklessen, maar het is aan te raden geen verzorging bij hen te laten uitvoeren door anderen. Bij nauw contact kan eventueel een hoofddeksel worden gebruikt om het tinea capitis letsel te bedekken.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: de contactopsporing is bedoeld om verdere verspreiding van de dermatofytn Infecties tegen te gaan.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

Geïnfecteerde personen zijn besmettelijk voor anderen gedurende het bestaan van de huidafwijkingen. Personen die geen klinische symptomen hebben maar van wie de kweek wel positief is ('asymptomatische dragers'), kunnen ook de infectie overdragen. Adequaat behandelde personen kunnen nog langdurig besmette haren en/of huidschilfers afscheiden, de rol hiervan in de verspreiding is onduidelijk.

De incubatietijd

De incubatieperiode is 1 tot 3 weken.

De aard van de contacten

Bij geïsoleerde gevallen van tinea is geen contactopsporing nodig en zijn er geen maatregelen te nemen.

Het aantal gevallen

- Vanaf 2 gevallen in 1 maand tijd (het tijdstip waarop symptomen begonnen geldt) van **tinea capitis** kan in samenspraak met het team infectieziektebestrijding visuele inspectie van de klasgenoten aangewezen zijn (zie STAP 8: Staalname).

- Vanaf twee gevallen van **tinea corporis** in 1 maand tijd worden de klasgenoten en (klas)leerkracht opgeroepen tot verhoogde waakzaamheid.

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

- Informeer steeds de (ouders van de) klasgenoten en klasleerkracht(en) vanaf 2 gelinkte gevallen in 1 maand tijd (zie STAP 4: Contactopsporing) over:
 - Ziekteverschijnselen
 - Vanaf twee gevallen van tinea capitis: klassikale visuele inspectie en staalname (zie STAP 8: Staalname)
 - Waakzaamheid en consulteren behandelend arts
- Zie voorbeeldbrieven
 - [‘Huidschimmel in de klas’](#)
 - [‘Hoofdschimmel in de klas’](#)
 - [‘Jouw toestemming voor een onderzoek naar hoofdschimmel’](#).

EPBW

De **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk (EPBW)** van de school hoeft niet standaard geïnformeerd te worden. Indien medewerkers van de school specifieke vragen hebben mogen deze wel steeds aan de EPBW gesteld worden.

School

- Goede handhygiëne is de belangrijkste preventiemaatregel. Zie fiche [Basishygiëne](#).
- Raad bij een uitbraak van **tinea capitis** volgende hygiënische maatregelen aan:
 - Vermijd overvolle kapstokken; kapstokhaken dienen minimaal 15 cm uiteen geplaatst te zijn.
 - Vermijd het delen van kammen, borstels, mutsen, sjaals.
 - Reinig oppervlakken die met de hoofdhuid in aanraking zijn geweest droog (stofzuigen met filter om verspreiding van sporen tegen te gaan).
 - Reinig matras- en kussenhoezen indien aanwezig
 - Was textiel zoals verkleedkleding, beddengoed, ... bij een temperatuur van minimaal 60°C. Het wordt aangeraden schoon en vuil textiel niet in dezelfde ruimte te bewaren.
 - Maak nat schoon met detergent waardoor sporen effectiever worden verwijderd. Ook de sportzaal, kleedkamers, sportuitrusting.

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

Er is geen vaccinatie. Herinfectie is mogelijk.

STAP 7: Chemoprophylaxe

Er is geen chemoprophylaxe.

STAP 8: Staalname

- Vanaf 2 of meer gevallen van **tinea capitis** in 1 maand tijd kan in samenspraak met het team infectieziektebestrijding beslist worden om een visuele inspectie te doen van de klasgenoten.
- Indien er verdachte hoofdletsels worden gezien, neem een staal.
 - Staalname gebeurt met tandenborstels die door het team infectieziektebestrijding opgestuurd worden. Wrijf met de tandenborstel voornamelijk over de rand van het letsel.
 - Draag handschoenen tijdens de staalname.
 - Deponeer de tandenborstel met borstel naar beneden in het bijgeleverde papieren zakje.
 - Markeer het zakje steeds duidelijk met naam, geboortedatum en klas van de leerling.
 - Het team infectieziektebestrijding geeft instructies en komt ook ter plekke helpen indien het CLB hierin geen ervaring heeft. Spreek steeds onderling af.
 - Verstuur alle stalen per post naar Sciensano, verzendingskosten zijn ten laste van Sciensano.
 - Na 2 weken zijn de eerste preliminaire resultaten gekend, na 3 tot 4 weken volgt het definitieve resultaat. Zowel CLB als huisarts worden geïnformeerd.
- Indien er ook staalname gebeurt (eventueel opvolgstaal) bij een reeds gekende indexleerling, verwittig dan de ouders om de topische behandeling niet aan te brengen op de dag van de staalname om vals-negatieve kweek te vermijden.
- Zijn er verdachte letsels op de huid, neem dan ook een staal van dit huidletsel en ook van de hoofdhuid. Gebruik verschillende tandenborstels.
- Vraag op voorhand toestemming van de ouders voor de visuele inspectie en de eventuele staalname.
- Indien de oorzakelijke dermatofyt bij de index gekend is en het betreft een antropofiele schimmel, dan moet het resultaat van het staal niet afgewacht te worden om behandeling op te starten bij de leerling met een verdacht letsel.

Bronnen

- UpToDate: Dermatophyte (tinea) infections, update nov 2022
- www.huidziekten.nl
- Mandell G. L., Bennett J.E., Dolin R. (2010). Principles and practices of Infectious Diseases (7th edition). [boek]. Churchill Livingstone Elsevier.
- Tinea Corporis, Garrett Yee, Ahmad M Al Aboud, PMID 31335080

TUBERCULOSE

Algemene informatie

Tuberculose, kortweg tbc, wordt veroorzaakt door *Mycobacterium tuberculosis*, ook wel de Koch-bacterie genoemd (BK).

Na infectie met de bacterie ontstaat een **primaire tbc**. De bacterie vormt een complex in een lymfeklier. Het lichaam maakt antistoffen die na 3 tot 8 weken aantoonbaar zijn met de tuberculinehuidtest of Mantoux-test. In de overgrote meerderheid gaat de infectie over in **latente tbc** ((L)TBI) en zijn er geen klachten. Bij een kleine minderheid ontstaat **primotuberculose**, waarbij er wel afwijkingen op RX zichtbaar zijn. Deze primotuberculose kan zich verder hematogeen of lymfogeen verspreiden en meningitis of pleuritis veroorzaken. Een hematogeen gedissemineerde verspreiding wordt **miliaire tbc** genoemd.

90% van de geïnfecteerde personen wordt nooit ziek. De latente tbc blijft wel levenslang aanwezig en kan activeren tot **postprimaire tbc**, in 80% van de gevallen is dat binnen de 2 jaar. Dit kan onder invloed van een verminderde afweer (vb HIV, alcohol- en drugverslaving, diabetes mellitus, corticoïdentherapie, psychische stress), maar vaak is er geen aantoonbare oorzaak. Postprimaire tbc is meest frequent **pulmonaal** waarbij necroseholtes in de longen ontstaan. Deze kunnen gesloten zijn, maar ze kunnen ook openbreken. Het is deze **open tbc** die besmettelijk is voor de buitenwereld, er kunnen in het laboratorium Koch-bacteriën in het sputum worden aangetoond. De postprimaire tbc kan ook **extrapulmonaal** zijn in de nieren, darmen, hersenen, longvliezen, skelet, deze vorm is niet besmettelijk voor de omgeving.

Voor meer informatie zie de overeenkomstige richtlijnen van het Departement Zorg [Tuberculose \(bacterie\): symptomen & behandeling \(zorg-en-gezondheid.be\)](#).

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

Contacteer onmiddellijk het team infectieziektebestrijding om na te gaan of er effectief sprake is van een **actieve** tuberculose. Aangezien het om een meldingsplichtige aandoening gaat hebben zij normaal gezien de melding reeds ontvangen via de behandelende arts of het labo. Contact- en

brononderzoek worden steeds gecoördineerd door het team infectieziektebestrijding. Het CLB speelt een ondersteunende rol op schoolniveau. In onderling overleg wordt afgesproken hoe het CLB die rol kan opnemen.

Gevalsdefinitie:

CRITERIA
<p>Klinische criteria</p> <p>Elke patiënt met de volgende twee:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tekenen, symptomen en/of radiologisch beeld passend bij actieve tuberculose <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none"> • patiënt wordt behandeld met anti-tuberculeuze medicatie <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> • een post mortem geval passend bij actieve tuberculose
<p>Laboratoriumcriteria</p> <p><i>Waarschijnlijk laboratoriumcriterium</i></p> <p>Ten minste één van volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • microscopie voor zuurvaste bacillen of een equivalent fluorescerende kleuring van bacillen onder lichtmicroscopie • aantonen van <i>M. tuberculosis</i> complex nucleïnezuur in een klinisch staal • granulomata op histologisch onderzoek <p><i>Laboratoriumconfirmatie</i></p> <p>Ten minste één van volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • isolatie van <i>M. tuberculosis</i> complex uit een klinisch staal • aantonen van <i>M. tuberculosis</i> complex nucleïnezuur in een klinisch staal EN positieve microscopie voor zuurvaste bacillen of een equivalente fluorescerende kleuring van bacillen onder lichtmicroscopie

GEVALSDEFINITIE
<p>Mogelijk</p> <ul style="list-style-type: none"> • patiënt met klinische criteria
<p>Waarschijnlijk</p> <ul style="list-style-type: none"> • patiënt met klinische criteria EN waarschijnlijk laboratoriumcriterium
<p>Bevestigd</p> <ul style="list-style-type: none"> • patiënt met klinische criteria EN laboratoriumconfirmatie

STAP 2: Meldingsplicht

- Actieve tuberculose is meldingsplichtig bij het [team infectieziektebestrijding](#). Latente tbc is niet meldingsplichtig, bij twijfel kan steeds contact opgenomen worden met het [team infectieziektebestrijding](#).
- Wacht niet op bevestiging, maar contacteer het [team infectieziektebestrijding](#) ook al bij een mogelijk of waarschijnlijk geval.

STAP 3: Wering van school

- Kinderen met besmettelijke tuberculose mogen niet naar school komen. Gewoonlijk zijn zij gehospitaliseerd. Na 2 weken adequate behandeling is de index normaal gezien niet meer besmettelijk, indien er nog een productieve hoest is wordt dit gedocumenteerd door 3 opeenvolgende negatieve ochtendspuuta (rechtstreeks microscopisch onderzoek).
- Kinderen met een niet besmettelijke tuberculose mogen naar school komen.
- De behandeling met tuberculostatica duurt minstens 6 maanden en bestaat uit verschillende medicamenten (tuberculostatica). De medicatie kan nevenwerkingen geven, onder andere vermoeidheid. Soms is schoolgaan hierdoor (tijdelijk) niet haalbaar. De behandelende arts oordeelt wanneer de index terug naar school kan, meestal is dit op het moment dat het kind het ziekenhuis verlaat.
- De huishoudcontacten van de index worden niet geweerd van school.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: Contactopsporing is bedoeld om alle mogelijk geïnfecteerde personen te identificeren en eventueel chemoprofylaxe toe te dienen.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

- De bacterie wordt aërogeen verspreid door hoesten, niezen, praten, zingen, van patiënten met een open pulmonale tuberculose. Enkel open pulmonale tuberculose kan besmettelijk zijn voor de buitenwereld. De mate van die besmettelijkheid wordt bepaald door het klinisch en radiologisch beeld in combinatie met resultaten van de labo-onderzoeken (rechtstreeks microscopisch onderzoek/PCR/cultuur).
- Ander vormen van tuberculose infectie (latent, extrapulmonaal) zijn niet besmettelijk voor de buitenwereld. Contactopsporing is hier niet nodig.

De incubatietijd

De incubatietijd duurt 8 weken tot levenslang.

Aard van de contacten

Contactopsporing wordt ingesteld volgens het ringprincipe en is afhankelijk van de mate van besmettelijkheid van de indexleerling. Het team infectieziektebestrijding coördineert de contactopsporing:

- Meestal wordt enkel de directe omgeving (de eerste ring) van de indexpersoon getest (zie STAP 8: Staalname). Indien er geen infecties worden aangetoond, wordt het onderzoek in de regel

niet verder uitgebreid naar personen met minder nauw en/of minder frequent contact (de tweede en derde ring).

- Enkel bij indexen waarvan het rechtstreeks microscopisch onderzoek positief is, worden de eerste en tweede ring gelijktijdig getest, na de incubatieperiode van 8 weken.
- Klasgenoten en klasleerkracht(en) behoren gewoonlijk tot de tweede ring.

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

1. Informeer steeds alle (ouders van de) leerlingen die volgens het ringprincipe getest moeten worden (zie STAP 4 Contactopsporing) over:

- De ziekteverschijnselen
- Waakzaamheid en raadplegen behandelend arts
- Tuberculinehuidtest (zie STAP 8: Staalname)

Zie voorbeeldbrieven '[Tuberculose in de klas](#)' en '[Toestemming tuberculinehuidtest](#)'.

2. Indien er in de klas of op school veel ongerustheid is ontstaan naar aanleiding van een open tuberculose, kan het zinvol zijn om ook ouders en leerkrachten te informeren die (nog) niet moeten getest worden (zie STAP 4 Contactopsporing).

Zie voorbeeldbrief '[Tuberculose op school](#)'

3. Indien er in geval van een niet besmettelijke (latente, extrapulmonale, ...) tuberculose infectie veel ongerustheid is ontstaan, kan het zinvol zijn om de (ouders van de) klasgenoten en klasleerkrachten te informeren.

Zie voorbeeldbrief '[Informatie over tuberculose](#)'.

EPBW

Vraag de school om bij elke melding van tuberculose ook aan de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk** van de school:

- de informatiebrieven te bezorgen die CLB aan ouders, leerlingen en personeel heeft verspreid.
- mee te delen of er zwangere personeelsleden zijn, die contactpersoon van de besmette leerling zijn

School

Er zijn geen extra hygiënische maatregelen nodig.

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Het BCG-vaccin beschermt tegen primotuberculose en miliaire tbc, maar veel minder tegen postprimaire tbc.
- In België is BCG-vaccin niet op de markt.
- Het BCG-vaccin is aanbevolen bij pasgeborenen in landen met een hoge incidentie van tuberculose.
- Personen die gevaccineerd werden met het BCG-vaccin vertonen vaak een reactie op een tuberculinehuidtest.

STAP 7: Chemoprophylaxe

Doel: profylaxe is bedoeld om de kans op ontwikkeling van infectie naar ziekte te reduceren.

- Profylaxe wordt gecoördineerd door het team infectieziektebestrijding.
- Profylaxe kan primair zijn, d.w.z. dat er nog geen infectie werd aangetoond bij de contactpersoon. Dit is geïndiceerd bij kinderen onder de 5 jaar en bij personen met een verminderde immuniteit, die volgens de contactopsporing nauw en langdurig risicovol contact hadden met de index. Indien de tuberculinehuidtest na 8 weken negatief blijkt, kan de profylaxe gestaakt worden.
- Profylaxe kan ook secundair zijn, d.w.z. dat er wel een latente tuberculose infectie werd aangetoond bij de betrokkene.

STAP 8: Staalname

- Diagnostiek door middel van tuberculinehuidtest bij de contactpersonen wordt gecoördineerd door het team infectieziektebestrijding. Het CLB speelt een ondersteunende rol op school, spreek onderling af wie welke rol opneemt.
- De tuberculinehuidtest bestaat uit het prikken van de test op dag 0 en het aflezen van de reactie 3 tot 5 dagen later.
- Ouders moeten steeds toestemming geven voor de test. Indien de ouders de test weigeren, mag het kind wel blijven naar school komen.

VARICELLA (WIND- OF WATERPOKKEN)

Algemene informatie

Varicella, ook wel windpokken of waterpokken genoemd, is een zeer besmettelijke virale ziekte, gekenmerkt door blaasjes of vesikels over heel het lichaam. De huiduitslag gaat ook soms gepaard met koorts.

Bij de meeste kinderen verloopt de infectie mild. Zuigelingen, niet-immune volwassenen (vooral zwangeren), en immuungecompromitteerde kinderen, vb door aangeboren of verworven immuundeficiëntie, in het bijzonder kinderen met orgaantransplantatie, acute leukemie, ziekte van Hodgkin of andere maligniteit), lopen het hoogste risico op complicaties. Toch komen de meeste hospitalisaties door varicella voor bij voorheen gezonde kinderen. Dit is meestal omwille van letsels in de mond waardoor een bemoeilijkte intake of door andere complicaties, waarvan surinfectie op de huid meest voorkomt.

Post-exposure vaccinatie van nauwe contactpersonen kan aangewezen zijn of overwogen worden, maar kan enkel via de behandelende arts. Zie [Advies 9212 - Varicella | FOD Volksgezondheid \(belgium.be\)](#) en [Post-exposure prophylaxis vaccine to prevent varicella \(chickenpox\) | Cochrane](#)

De verwekker is het Varicella-Zoster-Virus (VZV). Het virus blijft na infectie levenslang latent aanwezig in de sensibele ganglia en kan op oudere leeftijd of bij immuunsuppressie reacteren tot zona of gordelroos.

Voor meer informatie zie richtlijn van het Departement Zorg [Richtlijn varicella- en herpeszostervirusinfectie \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

- Gezien het veelvuldig voorkomen van varicella is het niet haalbaar dat de school elk geval van varicella meldt aan het CLB.

- Omdat ernstige complicaties door varicella steeds mogelijk zijn, moet de school wel steeds de klasgenoten, klasleerkracht(en) en arbeidsgeneeskundige dienst op de hoogte brengen van het voorkomen van varicella (zie STAP 5: Informeren). Spreek dit goed af met de school, zie ook [Maatregelen te nemen door de school in kader van het voorkomen van besmettelijke ziekten](#).
- Bij twijfel of vragen vanuit de school kan steeds overleg met het CLB plaatsvinden. Verhelder zo nodig wel de melding en contacteer in dit geval de ouders en eventueel de behandelende arts.

STAP 2: Meldingsplicht

Varicella is niet meldingsplichtig. Ook zona is niet meldingsplichtig.

STAP 3: Wering van school

- Kinderen met varicella mogen naar school indien zij zich niet te ziek voelen. De letseltjes moeten nog niet ingedroogd zijn.
- Ouders van kinderen met een verhoogd risico op ernstige complicaties door varicella moeten steeds verwittigd worden over het voorkomen van varicella in de klas. (zie STAP 5: Informeren) De behandelende arts kan zo nodig deze kinderen weren van school.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: de contactopsporing is bedoeld om immuungecompromitteerde kinderen en volwassenen te identificeren die een verhoogd risico hebben op complicaties.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De besmettelijkheid van de indexleerling

- Besmetting gebeurt aërogeen (druppelinfectie) of via direct slijmvliescontact met de inhoud van de blaasjes (zowel blaasjes van patiënt met varicella als met herpes zoster).
- De index is besmettelijk van 2 dagen voor het ontstaan van de blaasjes tot het volledig indrogen van de blaasjes (maximum 7 dagen na het ontstaan).

De incubatietijd

- De incubatie is 10 tot 21 dagen, gemiddeld 2-tal weken.

De aard van de contacten

- **Nauwe contactpersonen** van index met varicella zijn:
 - gezinscontacten, d.w.z. contacten die deel uit maken van hetzelfde huishouden als de index
 - gezichtscontacten, d.w.z. personen op < 2 meter met de index gedurende tenminste vijf minuten tijdens de besmettelijke periode

- Personen die gedurende meer dan een uur in dezelfde ruimte verblijven als de index tijdens de besmettelijke periode.
- De klasgenoten en klasleerkracht(en) worden steeds als nauwe contactpersonen beschouwd.
- Indien CLB toch gecontacteerd werd omwille van het voorkomen van varicella ga dan na of er onder de nauwe contactpersonen personen zijn met een verhoogd risico op een ernstig verloop van varicella (vb acute leukemie, Hodgkin lymfoom, aangeboren of verworven immuundeficiëntie, orgaantransplantatie, niet-immune zwangere).
 - Bevraag de school
 - Kijk na in LARS onder aandachtspunten

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

- Alle (ouders van) **nauwe contactpersonen** moeten geïnformeerd worden dat er varicella rondgaat in de klas. Gezien het veelvuldig voorkomen van varicella is het niet haalbaar dat de school elk geval meldt aan CLB (zie STAP 1: Vraagverheldering). Spreek met de school af dat zij op eigen initiatief de voorbeeldbrief '[Windpokken in de klas](#)' verspreiden indien zich een geval voordoet.
- Indien CLB op de hoogte is van een nauwe contactpersoon met een gekend verhoogd risico op ernstig verloop van varicella, contacteer dan deze ouders en adviseer om de behandelende arts te consulteren.

EPBW

Vraag de school om bij elke melding van varicella ook aan de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk** van de school mee te delen of er zwangere personeelsleden zijn, die contactpersoon van de besmette leerling zijn.

School

- Er zijn geen extra hygiënische maatregelen nodig.
- Motiveer de **school** tot
 - goede ventilatie van het klaslokaal
 - goede hoest-, nies- en snuithygiëne en handhygiëne: zie fiche Basishygiëne

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Zie advies Hoge Gezondheidsraad over Vaccinatie van kinderen, adolescenten en personen met verhoogd risico tegen varicella [HGR advies 9212 varicella.pdf \(belgium.be\)](#)

- Immuniteit van doorgemaakte infectie is levenslang. Reactivatie is wel mogelijk waarbij herpes zoster (zona) of gordelroos kan optreden.
- Immuniteit na vaccinatie (2 dosissen) wordt geschat op 10-20 jaar, maar omwille van boostereffect door circulerend wild-type VZV is het effect van het vaccin moeilijk te onderscheiden.
- Vaccinatie tegen VZV is niet opgenomen in het basisvaccinatieschema en kan enkel op individuele basis. De Hoge Gezondheidsraad adviseert om adolescenten en jong-volwassenen die nog niet immuun zijn te vaccineren tegen VZV. Hiervoor gebeurt bij voorkeur een IgG-bepaling, aangezien een aanzienlijk aandeel van de adolescenten zonder voorgeschiedenis van varicella toch antistoffen blijkt te hebben. Ook voor niet-immuun onderwijzend personeel is vaccinatie aanbevolen.
- Varicella vaccin is een levend afgezwakt vaccin en is tegenaangewezen bij een cellulair immuundefect en tijdens de zwangerschap.
- Post-exposure vaccinatie (PEV) is zinvol indien binnen de 3 tot 5 dagen na de blootstelling wordt toegediend, de doeltreffendheid is hoger naarmate het vaccin vroeger na de blootstelling wordt toegediend. De belangrijkste indicatie is:
 - De persoon heeft een verhoogd risico op een gecompliceerd verloop.
 - De persoon heeft nauw contact met een persoon met verhoogd risico op gecompliceerd verloop die zelf niet mag gevaccineerd worden.

Dit moet steeds individueel bekeken worden door de behandelende arts. Zie [Post-exposure prophylaxis vaccine to prevent varicella \(chickenpox\) | Cochrane.](#)

STAP 7: Chemoprofylaxe

Niet van toepassing

STAP 8: Staalname

Niet van toepassing

VOEDSELINFECTIE

Algemene informatie

Voedselintoxicatie wordt veroorzaakt door een hele waaier aan mogelijke pathogenen.

- Bacteriën: *Campylobacter spp*, *Shigella spp*, *Salmonella spp*, *Yersinia spp*, STEC, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens*
- Virussen: rotavirus, norovirus

Het ziektebeeld kan sterk variëren in ernst; gaande van milde maag-darmklachten met braken en diarree, tot hoge koorts, deshydratie en bloederige diarree (dysenterie), waarvoor soms hospitalisatie nodig is.

Soms kunnen deze gastro-intestinale klachten in verband gebracht worden met een **voedselinfectie** omdat de infectie min of meer gelijktijdig begon bij personen die hetzelfde voedsel nuttigden.

Voedselinfectie presenteert zich ook niet steeds met gastro-intestinale klachten.

Indien het gaat om een voedselinfectie door *Shigella spp* infectie of om een Shiga-toxine producerende *E. coli* (STEC; vroeger EHEC genoemd) verwijzen we naar de overeenkomstige richtlijnen:

- [Shigella](#)
- [STEC \(Shiga-toxine producerende E. Coli\)](#)

Voor meer informatie zie de overeenkomstige richtlijn van het Departement Zorg [Voedselinfectie \(vanaf 2 gevallen\) | Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)

Maatregelen naar aanleiding van een melding aan het CLB

Zie ook [stroomdiagram](#)

STAP 1: Verheldering van de melding

Neem zo snel mogelijk contact op met het team infectieziektebestrijding bij vermoeden van een voedselintoxicatie zodat er bijkomend brononderzoek kan gebeuren door het team

infectieziektebestrijding (humaan) en door FAVV (voedsel). Het CLB speelt een ondersteunende rol op schoolniveau. In onderling overleg wordt afgesproken hoe het CLB die rol kan opnemen.

Gevalsdefinitie van een voedselinfectie:

GEVALSDEFINITIE
Waarschijnlijk <ul style="list-style-type: none">• klinisch compatibel beeld bij minstens twee patiënten met gemeenschappelijke blootstelling aan voedsel of drinkwater al dan niet met laboratoriumconfirmatie pathoëen in een klinisch staal
Bevestigd <ul style="list-style-type: none">• klinisch compatibel beeld bij minstens twee patiënten met gemeenschappelijke blootstelling aan voedsel of drinkwater EN laboratoriumconfirmatie zelfde pathoëen in voedselstaal en klinisch staal

STAP 2: Meldingsplicht

- Op basis van het Ministerieel Besluit van 19 juni 2009 tot bepaling van de lijst van infecties die gemeld moeten worden (gewijzigde lijst per 1.01.2017), is voedselinfectie verplicht te melden vanaf 2 gevallen met gelijkaardige voedselanamnese bij [team infectieziektebestrijding](#).
- Indien het om *Shigella spp* of STEC gaat, zie overeenkomstige richtlijnen.

STAP 3: Wering van school

- Kinderen met een waarschijnlijke of bevestigde voedselinfectie én zich goed voelen moeten niet geweerd worden van school. De kans op overdracht van mens op mens is hier klein. Bij groepen waar de hygiënische maatregelen moeilijk kunnen nageleefd worden, kan het team infectieziektebestrijding toch wering adviseren.
- Zieke kinderen blijven steeds thuis van school.

STAP 4: Contactopsporing

Doel: Contactopsporing is bedoeld om de risicocontacten te verwittigen van een mogelijke blootstelling en om transmissie te voorkomen.

Een contactopsporing houdt rekening met:

De incubatietijd

Dit hangt af van het oorzakelijk micro-organisme.

- Non-typhoidale *Salmonella*: 6-72u, meestal 24-48u
- *Campylobacter spp*: 1-7 dagen, gemiddeld 3 dagen

- Norovirus: 12-48u
- *Bacillus cereus*: 30min-6u voor het hittestabiele toxine, 6-24u voor het hittelabele toxine
- *Staphylococcus aureus*: 30min – 8u, meestal 2 tot 4u
- *Clostridium perfringens*: 6u – 24u, meestal 8 tot 12u

Bron van de infectie

- Departement zorg/FAVV zullen de bronopsporing doen: weekmenu opvragen en voedsel- en humane stalen verzamelen.
- Bewaar nog beschikbaar voedsel in de koelkast in een afgesloten recipiënt met duidelijke aanduiding dat het niet mag geconsumeerd worden.

De aard van de contacten

- Alle personen die hetzelfde voedsel hebben ingenomen zijn contactpersonen.

STAP 5: Informeren

Contactpersonen

- Informeer de (ouders van de) **contactpersonen** over:
 - De toedracht van de uitbraak (voedselgerelateerde infectie, oorzakelijke kiem)
 - De ziekteverschijnselen
 - Waakzaamheid en raadplegen behandelend arts
 - Goede hand- en toilethygiëne

Zie voorbeeldbrief '[Voedselinfectie in de klas](#)'.

EPBW

Vraag de school om bij een voedselinfectie op school ook aan de **Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk** van de school:

- de informatiebrieven te bezorgen die CLB aan ouders, leerlingen en personeel heeft verspreid.
- mee te delen of er zwangere personeelsleden zijn, die contactpersoon van de besmette leerling zijn

School

- Informeer en stimuleer de school tot goede hand- en toilethygiëne. De meeste van de micro-organismen worden nog lange tijd in de stoelgang uitgescheiden, ook als de symptomen al zijn opgeklaard:

- Handhygiëne: zie fiche [basishygiëne](#)
- Toiletgebruik:
 - Handenwassen na elk toiletgebruik
 - Gebruik bij voorkeur wegwerpluiers
 - Reinig en desinfecteer het luierkussen na ieder gebruik.
- Afhankelijk van de oorzakelijke kiem: verwittig het schoonmaakbedrijf en poetspersoneel en licht hen in over de besmettelijkheid. Reinig en desinfecteer minimaal 1x per dag en bij voorkeur 2x per dag het sanitair blok: het toilet, de spoelknop, de deurklink, kranen, lichtschakelaar,... (alle frequent aangeraakte oppervlakken).

STAP 6: Vaccinatie en immuniteit

- Er is geen vaccin beschikbaar tegen de micro-organismen in deze richtlijn beschreven.
- Voor geen enkele van de micro-organismen in deze richtlijn is er levenslange immuniteit na doorgemaakte infectie. Herinfecties zijn steeds mogelijk.

STAP 7: Chemoprophylaxe

Niet van toepassing

STAP 8: Staalname

- FAVV gaat ter plaatse en zal inspectie uitvoeren van de plaats van de voedselbereiding (inclusief bevraging zieke voedselbereider). Ze zullen voedselstalen afnemen.
- Team infectieziektebestrijding coördineert het afnemen van humane stalen in samenwerking met het CLB.
- Alle beschikbare stalen worden doorgestuurd naar Sciensano voor eventuele matching.

BRIEVEN

[Logo CLB]	Bof in de klas
------------	-----------------------

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind [*heeft een leerling/hebben meerdere leerlingen*] **bof**.

Wat is bof?

- Bof krijg je door een virus. Het is heel besmettelijk.
- Deze klachten komen vaak voor:
 - Koorts
 - Zwelling voor het oor
 - Infectie van de luchtwegen
- In Vlaanderen krijgen kinderen twee vaccinaties tegen bof. Ze krijgen de eerste vaccinatie als baby en de tweede in het vierde leerjaar.

Wat kan je doen?

- Let de volgende **vier weken** goed op je kind. Heeft je kind koorts? Heeft je kind een zwelling voor het oor? Bel naar je (huis)arts. Neem zeker deze brief mee naar de arts.³
- Let samen met je kind op goede hygiëne:
 - Was vaak de handen.
 - Snuit de neus met papieren zakdoekjes.
 - Hoest en nies in de elleboog.

Wat moet je doen als je kind bof heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts.
- Verwittig het CLB.

³ Voor de arts: meer info over bof vindt u op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/infectieziekten-en-vaccinaties/bof-dikoor>

- Je kind mag niet naar school komen als het ziek is. Had je kind vijf dagen geleden al symptomen en voelt je kind zich goed? Dan mag het naar school.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Buiktyfus in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind heeft een leerling [*buiktyfus/paratyfus*].

Wat is buiktyfus/paratyfus?

- Het wordt veroorzaakt door de bacterie *Salmonella (para)typhi*.
- Je krijgt de bacterie via besmet voedsel of water.
- Deze klachten komen voor:
 - Diarree of obstipatie
 - Koorts
 - Soms sufheid, hoofdpijn, huiduitslag

Wat kan je doen?

- Heeft je kind ernstige of langdurige klachten van koorts, diarree? Maak dan een afspraak met je (huis)arts. Neem deze brief mee.⁴
- Handhygiëne:
 - Was altijd je handen en zorg dat je kind de handen wast na elk toiletgebruik, na elke luierwissel, voor het eten en koken
 - Gebruik vloeibare zeep
- Toilethygiëne:
 - Spoel het toilet door met gesloten deksel.
 - Gebruik bij voorkeur apart toilet voor de zieke. Indien dit niet mogelijk is reinig dagelijks de WC-knop, deurklinken, lichtschakelaars, waterkranen.

Wat moet je doen als je kind ook buiktyfus/paratyfus heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts. De arts kan eventueel een stoelgangstaal laten onderzoeken.
- Verwittig het CLB.

⁴ Voor de arts: meer info over *S. (para)typhi* vind je op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/perdomein/infectieziekten-en-vaccinaties/salmonella-typhi-of-salmonella-paratyphi>

- Als je kind ziek is mag het niet naar school.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Maag-darm infectie in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind hebben opvallend veel leerlingen maag-darm klachten door [*norovirus* / *Campylobacter spp* / *Salmonella spp* / *Giardia lamblia* / *Cryptosporidium spp*].

[Wat is norovirus?

- Norovirus is een zeer besmettelijk virus.
- Je krijgt het virus door contact met besmette stoelgang of door besmet voedsel.
- De klachten zijn braken en diarree.
- De ziekte is meestal mild en duurt 1 tot 2 dagen.

Wat is *Giardia lamblia*?

- *Giardia lamblia* is een parasiet.
- Je krijgt de parasiet door contact met besmette stoelgang of door besmet voedsel.
- De klachten zijn diarree, winderigheid en buikkrampen.
- De ziekte kan kortdurend zijn, maar kan ook maanden aanslepen.

Wat is *Cryptosporidium*?

- *Cryptosporidium* is een parasiet.
- Je krijgt de parasiet door contact met besmette stoelgang of door besmet water of voedsel.
- De klachten zijn diarree en buikkrampen.
- De klachten kunnen mild of intens zijn.
- De ziekte duurt meestal 2 tot 3 weken.

Wat is *Campylobacter*?

- *Campylobacter* is een bacterie.
- Je krijgt de bacterie door contact met besmette stoelgang of door besmet voedsel.
- De klachten zijn koorts, braken, buikpijn en diarree.
- De klachten kunnen mild tot zeer ernstig zijn.

- De ziekte duurt meestal enkele dagen tot een week.

Wat is *Salmonella*?

- *Salmonella* is een bacterie.
- Er zijn verschillende soorten *Salmonella* bacteriën. Het gaat in dit geval **niet** om *Salmonella typhi* of *paratyphi* die buiktyfus veroorzaken.
- Je krijgt de bacterie door contact met besmette stoelgang of door besmet voedsel.
- De klachten zijn koorts, braken, buikpijn en diarree.
- De klachten kunnen mild tot zeer ernstig zijn.
- De ziekte duurt meestal enkele dagen tot een week.]

Wat kan je doen?

- Heeft je kind ernstige of langdurige klachten van koorts, braken of diarree? Maak dan een afspraak met je (huis)arts. Neem deze brief mee.⁵
- Was altijd je handen en zorg dat je kind de handen wast:
 - na het toiletgebruik
 - als je een luier wisselt
 - voor je kookt
 - voor het eten

Wat moet je doen als je kind ook buikgriep heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts.
- Verwittig het CLB.
- Als je kind ziek is mag het niet naar school.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

⁵ Voor de arts: meer info over gastro-enteritis vind je op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/perdomein/infectieziekten-en-vaccinaties/gastro-enteritis-collectieve>

[Logo CLB]

Hepatitis A in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind is een leerling besmet met het virus hepatitis A. Je kind had geen nauw contact met de leerling. We vragen je toch om de komende weken goed te letten op mogelijke klachten van je kind.

Wat is hepatitis A?

- Het is een ziekte van de lever. Die ontsteekt door het virus hepatitis A.
- Hepatitis A is besmettelijk.
- Deze **klachten** komen vaak voor:
 - Je bent moe.
 - Je bent misselijk of je hebt buikpijn.
 - Je hebt koorts.
 - Je hebt diarree of je kan moeilijk naar het toilet gaan.
 - Na enkele dagen kan je geelzucht krijgen.
- Hepatitis A kan lang duren. Soms blijf je moe en moet je maanden herstellen. Baby's, peuters en kleuters hebben minder of zelfs geen klachten.
- Je kan het virus krijgen:
 - door contact met besmette stoelgang
 - als je een besmet voorwerp aanraakt
 - door besmet voedsel

Wat kan je doen?

- Let **zeven weken** goed op je kind. Heeft het klachten van hepatitis A? Maak een afspraak met je (huis)arts. Neem deze brief mee.⁶
- Was altijd je handen en zorg dat je kind de handen wast:

⁶ Voor de arts: meer info over hepatitis A vind je op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/infectieziekten-en-vaccinaties/hepatitis-a>

- na het toiletgebruik
 - als je een luier wisselt
 - voor je kookt
 - voor het eten
- Je kan je kind laten vaccineren tegen hepatitis A. Praat erover met je arts.

Wat moet je doen als je kind hepatitis A heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts.⁷
- Verwittig het CLB.
- Je kind moet minstens **één week** thuisblijven nadat het ziek werd.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

⁷ Nota aan de arts: Om de kans op verdere verspreiding in het gezin te beperken kan een vaccin tegen hepatitis A aan de gezinsleden aangeboden worden binnen de twee weken na start van de klachten bij het kind. Zorg en Gezondheid biedt deze randvaccinatie gratis aan.

[Logo CLB]

Hepatitis A in de klas, vaccin is aanbevolen

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind *[is een leerling/zijn meerdere leerlingen]* besmet met het virus hepatitis A. We willen niet dat meer kinderen ziek worden. Misschien is een vaccin nodig voor je kind.

Wat is hepatitis A?

- Het is een ziekte van de lever. Die ontsteekt door het virus hepatitis A.
- Hepatitis A is besmettelijk.
- Deze klachten komen vaak voor:
 - Je bent moe.
 - Je bent misselijk of je hebt buikpijn.
 - Je hebt koorts.
 - Je hebt diarree of je kan moeilijk naar het toilet gaan.
 - Na enkele dagen kan je geelzucht krijgen.
- Hepatitis A kan lang duren. Soms blijf je moe en moet je maanden herstellen. Baby's, peuters en kleuters hebben minder of zelfs geen klachten.
- Je kan het virus krijgen:
 - door contact met besmette stoelgang
 - als je een besmet voorwerp aanraakt
 - door besmet voedsel

Heeft jouw kind een vaccinatie nodig?

Er is een vaccinatie nodig tenzij je kind al gevaccineerd is tegen hepatitis A of hepatitis A heeft doorgemaakt. Deze vaccinatie zit niet in het basisvaccinatieschema. Als je kind nog niet gevaccineerd is, raden we een speekseltest aan. Zo kunnen we nagaan of je kind al besmet is met hepatitis A.

We keken in het CLB-dossier van je kind:

Je kind kreeg nog geen vaccinatie. Lees de brief in de bijlage en vul in.

Je kind kreeg alleen de eerste vaccinatie. Lees de brief in de bijlage en vul in.

Je kind kreeg alle vaccinaties en is beschermd. Je moet niets doen.

Wat kan je doen?

- Let **zeven weken** goed op je kind. Heeft het klachten van hepatitis A? Maak een afspraak met je (huis)arts. Neem deze brief mee.⁸
- Heeft je kind pas een vaccin gehad? Let dan ook op de klachten. Je kind kan besmet zijn voor het dat vaccin kreeg.
- Was altijd je handen en zorg dat je kind de handen wast:
 - na het toiletgebruik
 - als je een luier wisselt
 - voor je kookt
 - voor het eten

Wat moet je doen als je kind hepatitis A heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts.⁹
- Verwittig het CLB.
- Je kind moet minstens **één week** thuisblijven nadat het ziek werd.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

⁸ Nota aan de arts: meer info over hepatitis A vind je op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/infectieziekten-en-vaccinaties/hepatitis-a>

⁹ Nota aan de arts: Om de kans op verdere verspreiding in het gezin te beperken kan een vaccin tegen hepatitis A aan de gezinsleden aangeboden worden binnen de twee weken na start van de klachten bij het kind. Zorg en Gezondheid biedt deze randvaccinatie gratis aan.

[Logo CLB]

Jouw toestemming voor een speekseltest en vaccinatie tegen hepatitis A

Beste ouder,

Datum:

Je kan jouw kind **gratis** laten testen met een pijnloze speekseltest en vaccineren tegen hepatitis A op school op **[xxxdag xx xx xx]**.

Wat moet je doen?

- Vul het formulier 'Toestemming speekseltest en vaccinatie tegen hepatitis A' in. Onderteken dat. Ook als je geen toestemming geeft.
- Geef de brief mee met je kind naar school. Doe dat **voor [xxxdag xx xx xx]**.

Waarom laat je jouw kind het best vaccineren?

- Krijgt je kind een **eerste vaccinatie** tegen hepatitis A? Dan is er minder kans dat je kind besmet raakt. Deze vaccinatie moet je kind krijgen **binnen de twee weken** na het contact met de besmette persoon. De eerste vaccinatie is **gratis**.
- Wil je jouw kind altijd beschermen tegen het virus? Dan kan het zijn dat jouw kind best ook een **tweede vaccinatie** krijgt. Dat gebeurt **zes maanden** na de eerste vaccinatie. De tweede vaccinatie is niet gratis. Samen met het resultaat van de speekseltest krijg je hierover meer info.

Hoe verloopt de vaccinatie en speekseltest bij je kind?

- De arts of verpleegkundige van het CLB geeft een **prik** in de bovenarm van je kind.
- De arts of verpleegkundige neemt ook wat **speeksel** van je kind. In het speeksel kunnen we zien of je kind al besmet is met het virus. De test doet geen pijn. Je krijgt het resultaat van de test zo snel mogelijk. Normaal is dat een week na de test.

Wat kan er gebeuren na de vaccinatie?

- De plaats van de prik is soms rood, dik of doet pijn.
- Je kind krijgt soms hoofdpijn, het voelt zich minder goed of eet minder.
- Heeft je kind heel ongewone reacties of meer dan 39,5 graden koorts? Bel dan de huisarts.

Met vriendelijke groeten, de CLB-arts

Toestemming speekseltest en vaccinatie tegen hepatitis A

Naam + voornaam van de leerling:

Geboortedatum:/...../.....

School + klas:

Telefoonnummer waarop u overdag bereikbaar bent:

Toestemming vaccin tegen hepatitis A. Kruis aan.

- Ik wil mijn kind gratis laten vaccineren op school.
- Mijn kind kreeg al twee vaccinaties tegen hepatitis A op
- Of mijn kind heeft hepatitis A gehad op:
- Ik wil mijn kind **niet** laten vaccineren op school, omdat

Toestemming speekseltest tegen hepatitis A. Kruis aan.

- Ik wil mijn kind laten testen op school.
- Ik wil mijn kind **niet** laten testen op school, omdat

Let op!

De volgende vragen zijn belangrijk. Zo weten we of je kind misschien geen vaccin mag krijgen. Kruis het juiste antwoord aan.

Heeft je kind vroeger allergisch gereageerd na een vaccinatie? **ja** **neen**

Bijvoorbeeld: de mond of keel werd dik, je kind kon moeilijk ademen, het kreeg problemen met het hart ...

Is uw kind overgevoelig voor neomycine? Dat is een soort antibioticum. **ja** **neen**

Datum:



Je naam en handtekening:



[link richtlijn](#)

[LOGO SCHOOL]

Afspraken rond hoofdluizen

Beste ouder,

Hoofdluizen komen heel vaak voor. Iedereen kan hoofdluizen krijgen. Daarom willen we als school enkele goede afspraken maken:

-
- **Ouders zijn verantwoordelijk** voor het vaststellen en behandelen van luizen bij hun kind(eren).
 - Controleer regelmatig het haar van je kind. Ook als er geen melding van hoofdluizen is. Wij raden aan dit **minstens na elke schoolvakantie** te doen.
 - Pas de **nat-kam-methode** toe om het haar van je kind te controleren. Zie in [dit filmpje](#) of in de brief in bijlage hoe je dit doet.
 - Enkel het vinden van **levende** luizen telt.
 - **Als je kind luizen heeft:**
 - Verwittig de school.
 - Behandel je kind met de nat-kam-methode. Herhaal de nat-kam-methode minstens om de 4 dagen en doe dit 14 dagen lang.
 - Controleer gelijktijdig de haren van alle huisgenoten met de nat-kam-methode.
 - Je kind mag naar school komen.
-

Wat zijn hoofdluizen?

- Hoofdluizen zijn kleine insecten. Ze leven in de haren van mensen.
- Ze zijn grijswit tot bruin van kleur. Ze meten 2 tot 4 mm.
- Ze zitten liefst op warme, vochtige of donkere plaatsen, vb achter de oren, in de nek.
- Ze zuigen enkele keren per dag bloed via de hoofdhuid. Dit geeft jeuk. Het kan enkele weken duren tot je kind last krijgt van de jeuk.
- Buiten de gastheer sterft de luis na 2 dagen.
- Luizen leggen eitjes, dit zijn de neten. Na 7 tot 10 dagen breekt de nimf (kleine luis) uit. Na 1 tot 2 weken is de luis volwassen en legt ze zelf ook eitjes. Een luis leeft ongeveer 20 dagen, maar dit kan variëren van 15 tot 30 dagen.

Hoe krijg je hoofdluizen?

- Luizen kruipen van persoon tot persoon via direct hoofdcontact, bijvoorbeeld tijdens het spelen of bij het nemen van selfies.
- Ze kunnen niet vliegen en niet springen.
- Hoofdluizen kunnen mogelijk ook doorgegeven worden via het delen van borstels, kammen, mutsen, sjaals.
- Het haar wassen of zwemmen speelt geen rol in het krijgen van luizen.

Met vriendelijke groeten,

[de school]

[link richtlijn](#)

[Logo school]

Hoofdluizen in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind heeft één of meer leerling(en) hoofdluizen.

Wat zijn hoofdluizen?

- Hoofdluizen zijn kleine insecten. Ze leven in de haren van mensen.
- Ze zitten liefst op warme, vochtige of donkere plaatsen, vb achter de oren, in de nek.
- Ze zuigen enkele keren per dag bloed via de hoofdhuid. Dit geeft jeuk. Het kan enkele weken duren tot je kind last heeft van de jeuk.
- Luizen leggen eitjes, dit zijn de neten. Na 7 tot 10 dagen breekt de nimf (kleine luis) uit. Na 1 tot 2 weken is de luis volwassen en legt ze zelf ook eitjes. Een luis leeft ongeveer 20 dagen, maar dit kan variëren van 15 tot 30 dagen.
- Luizen kruipen van persoon tot persoon via hoofdcontact. Ze kunnen niet vliegen en niet springen.

Wat kan je doen?

- Controleer vandaag nog het haar van je kind met de nat-kam-methode. Zie bijlage voor de verschillende stappen.
- Vermijd hoofd-hoofdcontact.
- Deel geen borstels, kammen, mutsen, sjaals, haarbanden, ... met anderen

Wat moet je doen als je kind hoofdluizen heeft?

- Verwittig de school.
- Behandel je kind met de nat-kam-methode (zie bijlage). Herhaal de nat-kam-methode minstens om de 4 dagen en doe dit 14 dagen lang.
- Controleer gelijktijdig de haren van alle huisgenoten met de nat-kam-methode.
- Je kind mag naar school komen.

Met vriendelijke groeten,

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Krentenbaard in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind hebben enkele leerlingen **krentenbaard** of impetigo. We vragen je om de komende weken goed op te letten op mogelijke klachten bij je kind.

Wat is krentenbaard?

- Krentenbaard is een infectie van de huid. Dat komt door een bacterie.
- Deze klachten komen voor:
 - wonden op de huid met gele korst, ook soms blaren
 - over het hele lichaam, vaak in het gezicht
- Krentenbaard is besmettelijk.
- Je krijgt het vooral door contact met het vocht uit de blaasjes/wondjes.

Wat kan je doen?

- Let de volgende maand goed op je kind.
- Heeft je kind klachten van de infectie? Raadpleeg dan je (huis)arts. Neem deze brief mee.
- Let samen met je kind op goede hygiëne:
 - Was vaak de handen met zeep.
 - Houd de nagels proper en kort.
 - Gebruik voor de zieke in je gezin een aparte handdoek en vervang deze minimaal elke dag.

Wat moet je doen als je kind krentenbaard heeft?

- Volg het advies van je arts.^{10,11}
- Verwittig het CLB.
- Je kind mag niet naar school komen tot 24u na start van de behandeling. Is je kind al 24 uur gestart met antibiotica? En voelt het zich goed? Dan mag het terug naar school komen.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**: ...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

¹⁰ Nota aan de arts: het gaat om een verheffing van impetigo in een klas. Daarom adviseert Zorg en Gezondheid om de patiënt met **perorale antibiotica** te behandelen. Wacht niet op het resultaat van een wisser. De meest geschikte perorale antibiotica is die voor 'impetigo' volgens de BAPCOC-richtlijn.

¹¹ Nota aan de arts: Neemt steeds een wisser af. Vraag aan uw labo om positieve stalen door te sturen naar het Nationaal Referentiecentrum. Daar gebeurt verdere typering voor een cluster.

[Logo CLB]

Mazelen in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind *[heeft een leerling/hebben meerdere leerlingen]* **mazelen**. We willen niet dat er meer kinderen ziek worden. Misschien is een vaccin voor je kind nodig.

Wat zijn mazelen?

- Mazelen krijg je door een virus. Het is heel besmettelijk.
- Deze klachten komen vaak voor:
 - Je krijgt huiduitslag en koorts.
 - Je neus loopt, je hoest.
 - Het slijmvlies van je ogen ontsteekt.

Heeft jouw kind een vaccinatie nodig?

In Vlaanderen krijgen kinderen twee vaccinaties tegen mazelen. Ze krijgen de eerste vaccinatie als baby en de tweede in het vierde leerjaar.

We keken in het CLB-dossier van je kind:

- Je kind kreeg de twee vaccinaties. Of je kind kreeg één vaccinatie zoals aanbevolen. Je moet niets doen.
- Je kind kreeg één vaccinatie, zoals aanbevolen. Maar het is nodig dat je kind de tweede vaccinatie nu al krijgt in plaats van in het vierde leerjaar. Lees de brief in de bijlage en vul in.
- Je kind kreeg geen of maar één vaccinatie. Lees de brief in de bijlage en vul in. *[Je kind gaat beter niet naar school tot drie weken na de laatste melding van mazelen]*

Wat kan je doen?

- Let de volgende **twee weken** goed op je kind. Krijgt het uitslag op de huid? Heeft je kind koorts? Bel naar je (huis)arts. Zeg dat je kind misschien mazelen heeft.

- Je kind mag **niet in de wachtkamer** zitten. Het besmet dan andere mensen. Neem zeker deze brief mee naar de arts.¹²
- Let samen met je kind op goede hygiëne:
 - Was vaak de handen.
 - Snuit de neus met papieren zakdoekjes.
 - Hoest en nies in de elleboog.

Wat moet je doen als je kind mazelen heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts.
- Verwittig het CLB.
- Je kind mag niet naar school komen. Heeft je kind al vier dagen uitslag op de huid en voelt je kind zich goed? Dan mag het naar school.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

¹² Voor de arts: meer info over mazelen vindt u op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/perdomein/infectieziekten-en-vaccinaties/mazelen>

[Logo CLB]

Jouw toestemming voor een vaccinatie tegen mazelen

Beste ouder,

Datum:

Je kan jouw kind **gratis** laten vaccineren tegen mazelen op school **op [xxxdag xx xx xx]**

Wat moet je doen?

- Vul het formulier 'Toestemming vaccinatie tegen mazelen' in.
- Onderteken het, ook als je geen toestemming geeft.
- Geef de brief mee met je kind. Doe dat **voor [xxxdag xx xx xx]**.

Hoe krijgt je kind het vaccin?

- De arts of verpleegkundige van het CLB geeft een prik in de bovenarm van je kind.
- In het vaccin tegen mazelen zit ook een vaccin tegen bof en rubella. Dat zijn twee andere ziektes.

Wat kan er gebeuren na de vaccinatie?

- De plaats van de prik is soms rood, dik of doet pijn.
- Tot **twee weken** na de prik kan je kind koorts, hoofdpijn, pijn aan de gewrichten of huiduitslag krijgen. Dat gebeurt niet vaak.
- Heeft je kind heel ongewone reacties of meer dan 39,5 graden koorts? Bel dan de huisarts.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

De CLB-arts

[link richtlijn](#)

Toestemming vaccinatie tegen mazelen

Naam + voornaam van de leerling:

Geboortedatum:/...../.....

School + klas:

Telefoonnummer waarop u overdag bereikbaar bent:

Toestemming vaccinatie tegen mazelen. Kruis aan.

- Ik wil mijn kind gratis laten vaccineren tegen mazelen, bof en rubella op school.
- Mijn kind heeft mazelen gehad op:
- Ik wil mijn kind **niet** laten vaccineren op school, omdat

Let op!

De volgende vragen zijn belangrijk. Zo weten we of je kind misschien geen vaccin mag krijgen. '. Kruis het juiste antwoord aan.

Heeft je kind vroeger allergisch gereageerd na een vaccin? ja neen

Bijvoorbeeld: de mond of keel werd dik, je kind kon moeilijk ademen, het kreeg problemen met het hart ...

Is je kind allergisch voor gelatine? ja neen

Is je kind allergisch voor neomycine? Dat is een soort antibioticum. ja neen

Heeft je kind minder afweer tegen ziekte? ja neen

Bijvoorbeeld: heeft je kind kanker? Krijgt je kind chemo? Heeft je kind altijd minder afweer? Krijgt je kind al lang medicijnen die de afweer minder maken? Heeft je kind de ziekte van thymus? Of een infectie met hiv?

Heeft je kind een ziekte gehad die de bloedplaatjes doet dalen? ja neen

Heeft je kind het laatste jaar immunoglobulines of bloed gekregen? ja neen

Kreeg je kind in de laatste maand een vaccin? Of krijgt je kind nog een vaccin? ja neen

Zo ja, welk vaccin en wanneer?

Datum:



Je naam en handtekening:



[Logo CLB]

Informatie over hersenvliesontsteking in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind heeft een leerling **hersenvliesontsteking** of meningitis. Het gaat om een ontsteking door een [*bacterie/virus*].

Wat kan je doen?

Je moet niets doen.

Er is geen gevaar voor de andere leerlingen.

CLB overlegt regelmatig met het Departement Zorg. We laten het weten als er toch nieuwe maatregelen nodig zijn.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Hersenvliesontsteking door meningokokken in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind heeft een leerling hersenvliesontsteking of meningitis door de meningokokken bacterie. We vragen om goed op te letten op mogelijke klachten bij je kind.

Wat is hersenvliesontsteking door meningokokken?

- Het is een ernstige hersenvliesontsteking.
- Je krijgt die door de meningokokken bacterie.
- Deze **klachten** kunnen voorkomen:
 - koorts
 - stijve nek
 - verminderd bewustzijn
 - rode vlekjes op de huid
 - hoofdpijn
 - braken

Wat kan je doen?

- Let de volgende maand goed op je kind.
- Heeft je kind klachten van hersenvliesontsteking? Raadpleeg dan zo snel mogelijk je (huis)arts. Neem deze brief mee.¹³

Wat moet je doen als je kind hersenvliesontsteking heeft?

- Volg het advies van je arts.
- Verwittig het CLB zo snel mogelijk.

Heb je nog vragen?

¹³ Nota aan de arts: meer info over meningokokken vind je op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/infectieziekten-en-vaccinaties/meningokokken-invasieve-infecties>

Bel naar het **CLB** ...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Polio in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind heeft een leerling **poliomyelitis** of kinderverlamming. We willen niet dat er meer kinderen ziek worden. We raden een test aan bij je kind. Misschien is een vaccin voor je kind nodig.

Wat is polio?

- Polio krijg je door een virus. Het is heel besmettelijk.
- Deze klachten komen voor:
 - Je hebt koorts.
 - Je bent moe.
 - Je hebt diarree of buikpijn.
 - Je hebt nekstijfheid.
 - Soms krijg je hevige spierpijn meestal ter hoogte van één been, gevolgd door een plots opkomende en definitieve spierverslaving.
- Je kan het virus krijgen door:
 - Contact met besmette stoelgang
 - Door druppeltjes uit de mond of neus

Welke test voor jouw kind?

Het poliovirus kan opgespoord worden in de stoelgang. We raden bij jouw kind een onderzoek van de stoelgang aan. Het team infectieziektebestrijding zal je hiervoor contacteren.

Heeft jouw kind een vaccinatie nodig?

In Vlaanderen worden kinderen als baby gevaccineerd tegen polio. Ze krijgen een herhaling in het eerste leerjaar.

We keken in het CLB-dossier van je kind:

Je kind is niet gevaccineerd. Je kind heeft 3 vaccinaties nodig om volledig beschermd te zijn. Lees de brief in bijlage en vul in.

Je kind is onvolledig gevaccineerd. Je kind heeft nog vaccinatie(s) nodig om volledig beschermd te zijn. Lees de brief in de bijlage en vul in.

Je kind is volledig gevaccineerd zoals aanbevolen. Je moet momenteel niets doen.

Wat kan je doen?

- Let de volgende **vijf weken** goed op je kind. Heeft je kind klachten van polio? Contacteer onmiddellijk telefonisch je (huis)arts. Neem deze brief mee.¹⁴
- Was altijd je handen en zorg dat je kind de handen wast met vloeibare zeep. Gebruik een aparte handdoek voor de zieke:
 - na het toiletgebruik
 - als je een luier wisselt of helpt bij het toilet
 - voor je kookt
 - voor het eten

Wat moet je doen als je kind polio heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts.
- Verwittig het CLB.
- Je kind mag niet naar school komen. De arts beslist samen met het team infectieziektebestrijding wanneer je kind terug naar school kan.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

¹⁴ Voor de arts: meer info over polio vindt u op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/infectieziekten-en-vaccinaties/poliomyelitis-inclusief-acute-slappe-parese>

[Logo CLB]

Polio in de school

Beste ouder,

Datum:

In de school van je kind heeft een leerling **poliomyelitis** of kinderverlamming. We willen niet dat er meer kinderen ziek worden. Misschien is een vaccin voor je kind nodig.

Wat is polio?

- Polio krijg je door een virus. Het is heel besmettelijk.
- Deze klachten komen voor:
 - Je hebt koorts.
 - Je bent moe.
 - Je hebt diarree of buikpijn.
 - Je hebt nekstijfheid
 - Soms krijg je hevige spierpijn meestal ter hoogte van één been, gevolgd door een plots opkomende en definitieve spierverslaving.
- Je kan het virus krijgen door:
 - Contact met besmette stoelgang
 - Door druppeltjes uit de mond of neus

Heeft jouw kind een vaccinatie nodig?

In Vlaanderen worden kinderen als baby gevaccineerd tegen polio. Ze krijgen een herhaling in het eerste leerjaar.

We keken in het CLB-dossier van je kind:

- Je kind is niet gevaccineerd. Je kind heeft 3 vaccinaties nodig om volledig beschermd te zijn. Lees de brief in de bijlage en vul in.
- Je kind is onvolledig gevaccineerd. Je kind heeft nog vaccinatie(s) nodig om volledig beschermd te zijn. Lees de brief in de bijlage en vul in.
- Je kind is volledig gevaccineerd zoals aanbevolen. Je moet momenteel niets doen.

Wat kan je doen?

- Let de volgende **vijf weken** goed op je kind. Heeft je kind klachten van polio? Contacteer onmiddellijk telefonisch je (huis)arts. Neem deze brief mee.¹⁵
- Was altijd je handen en zorg dat je kind de handen wast met vloeibare zeep. Gebruik een aparte handdoek voor de zieke:
 - na het toiletgebruik
 - als je een luier wisselt of helpt bij het toilet
 - voor je kookt
 - voor het eten

Wat moet je doen als je kind polio heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts.
- Verwittig het CLB.
- Je kind mag niet naar school komen. De arts beslist samen met het team infectieziektebestrijding wanneer je kind terug naar school kan.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

¹⁵ Voor de arts: meer info over polio vindt u op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/infectieziekten-en-vaccinaties/poliomyelitis-inclusief-acute-slappe-parese>

[Logo CLB]

Jouw toestemming voor een vaccin tegen polio

Beste ouder,

Datum:

Je kan jouw kind **gratis** laten vaccineren tegen polio op school **op [xxxdag xx xx xx]**

Wat moet je doen?

- Vul het formulier 'Toestemming vaccin tegen polio' in en onderteken het. Doe dit ook als je geen toestemming geeft.
- Geef de brief mee met je kind. Doe dat **voor [xxxdag xx xx xx]**.

Hoe krijgt je kind het vaccin?

- De arts of verpleegkundige van het CLB geeft een prik in de bovenarm van je kind.
- Het kan zijn dat jouw kind hierna nog extra vaccins nodig heeft. Er zijn 3 vaccins nodig om volledig beschermd te zijn.

Wat kan er gebeuren na het vaccin?

- De plaats van de prik is soms rood, dik of doet pijn.
- Je kind kan koorts, hoofdpijn, pijn aan de gewrichten of huiduitslag krijgen binnen de 48 uur na toediening van het vaccin. Dat gebeurt niet vaak.
- Heeft je kind heel ongewone reacties of meer dan 39,5 graden koorts? Bel dan de huisarts.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

De CLB-arts

[link richtlijn](#)

Toestemming vaccin tegen polio

Naam + voornaam van de leerling:

Geboortedatum:/...../.....

School + klas:

Telefoonnummer waarop u overdag bereikbaar bent:

Toestemming vaccin tegen polio. Kruis aan.

Ik wil mijn kind gratis laten vaccineren tegen polio op school. Ik ben akkoord dat mijn kind vaccin(s) nodig heeft om volledig beschermd te zijn.

Ik wil mijn kind **niet** laten vaccineren op school, omdat

Let op!

De volgende vragen zijn belangrijk. Zo weten we of je kind misschien geen vaccin mag krijgen.

Kruis het juiste antwoord aan.

Heeft je kind vroeger allergisch gereageerd na een vaccin? **ja** **neen**

Bijvoorbeeld: de mond of keel werd dik, je kind kon moeilijk ademen, het kreeg problemen met het hart ...

Is je kind allergisch voor neomycine, streptomycine of polymyxine? Dat zijn **ja** **neen** antibiotica.

Datum:



Je naam en handtekening:



[Logo CLB]

Kinkhoest in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind *[heeft een leerling/hebben meerdere leerlingen]* **kinkhoest** (pertussis). We vragen je om de komende weken goed te letten op mogelijke klachten van je kind.

Wat is kinkhoest?

- Kinkhoest is een infectie van de luchtwegen door een bacterie.
- Het is besmettelijk.
- Dit zijn de klachten:
 - Eerst ben je verkouden. Dan krijg je een hoest die moeilijk stopt.
 - De hoest kan maanden duren.
 - Jonge kinderen zonder vaccinatie kunnen na een week hard hoesten (hoestbuien) met gierende inademing, vooral in de nacht.
 - Heel jonge baby's kunnen soms stoppen met ademen of blauw verkleuren, zonder daarbij te hoesten.
- Oudere kinderen en gevaccineerde kinderen hebben vaak minder erge klachten. In Vlaanderen krijgen kinderen meerdere vaccinaties tegen kinkhoest.

Wat kan je doen?

- Let **drie weken** goed op je kind. Hoest het erg fel? Blijft de hoest lang duren? Maak een afspraak met je (huis)arts. Neem deze brief mee¹⁶.
- Let samen met je kind op goede hygiëne:
 - Was vaak de handen.
 - Gebruik een papieren zakdoek.
 - Hoest en nies in je elleboog.

¹⁶ Voor de arts: meer info over diagnose en behandeling vind je op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/infectieziekten-en-vaccinaties/pertussis-kinkhoest> en in de Belgische Gids voor anti-infectieuze behandeling (Bapcoc)

Wat moet je doen als je kind kinkhoest heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts.
- Verwittig het CLB.
- Vermijd contact met:
 - baby's
 - kinderen met erge ziektes aan de longen of het hart
 - zwangere vrouwen

Heb je nog vragen?

Bel het **CLB**: ...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Rode hond in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind [*heeft een leerling/hebben meerdere leerlingen*] **rode hond** of rubella.

Wat is rode hond?

- Rode hond krijg je door een virus. Het is heel besmettelijk.
- Deze klachten komen vaak voor:
 - Koorts
 - Rode huiduitslag
 - Neusverkoudheid
 - Vergrote lymfeklieren
- Rode hond tijdens het begin van de zwangerschap (tot 20 weken) kan ernstige afwijkingen bij het ongeboren kind veroorzaken.
- In Vlaanderen krijgen kinderen twee vaccinaties tegen rode hond. Ze krijgen de eerste vaccinatie als baby en de tweede in het vierde leerjaar.

Wat kan je doen?

- Let de volgende **drie weken** goed op je kind. Heeft je kind koorts? Heeft je kind huiduitslag? Raadpleeg je (huis)arts. Neem zeker deze brief mee naar de arts.¹⁷
- Ben je zwanger? En had je contact met iemand met rode hond? Raadpleeg je (huis)arts.
- Let samen met je kind op goede hygiëne:
 - Was vaak de handen.
 - Snuit de neus met papieren zakdoekjes.
 - Hoest en nies in de elleboog.

Wat moet je doen als je kind rode hond heeft?

¹⁷ Voor de arts: meer info over rode hond vindt u op www.zorg-en-gezondheid.be/perdomein/infectieziekten-en-vaccinaties/rubella-rode-hond

- Volg het advies van je (huis)arts.
- Vermijd contact met zwangere vrouwen.
- Verwittig het CLB.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Schurft in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de *[klas/school]* van je kind is een leerling besmet met **schurft** (scabiës).

Wat is schurft?

- Het is een huidaandoening.
- Schurft is besmettelijk via langdurig huidcontact (15 minuten of langer).
- Je kan het krijgen door de schurftmijt. Het komt dus niet door slechte hygiëne.
- De belangrijkste klacht is jeuk, vooral in de avond en de nacht.
- Schurft is meestal ongevaarlijk, maar wel vervelend.

Wat kan je doen?

- Let de volgende **zes weken** op klachten bij je kind.
- Heeft je kind jeuk vooral in de avond en de nacht? Raadpleeg je (huis)arts en neem deze brief mee.¹⁸

Wat moet je doen als je kind schurft heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts. Die geeft een behandeling tegen schurft, namelijk medicatie en hygiënische maatregelen.
- Verwittig het CLB.
- Je kind mag naar school komen.
- De jeuk kan de eerste vier weken erger worden door de behandeling. Dit is een allergische reactie op de mijt. Bij de apotheek kan je medicatie tegen de jeuk kopen.
- Blijft de jeuk duren na vier weken? Zie je nieuwe letsels? Ga dan opnieuw naar de arts.

Heb je nog vragen?

¹⁸ Voor de arts: meer info over diagnose en behandeling vindt u op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/infectieziekten-en-vaccinaties/scabies-schurft-collectieve-infectie>

- Bel naar het CLB:...
- In de folder in de bijlage vind je meer informatie. Deze folder vind je ook in andere talen op deze website: www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/infectieziekten-en-vaccinaties/scabies-schurft-collectieve-infectie

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Schurft in de klas, ga naar de huisarts

Beste ouder,

Datum:

In de *[klas/school]* van je kind is een leerling besmet met **schurft** (scabiës). Je kind had nauw contact met deze leerling. Een behandeling is nodig.

Wat kan je doen?

- Ga met je kind naar je (huis)arts. Die behandelt je kind, ook als er geen klachten zijn.
- Neem de brief in bijlage mee naar je arts.
- Let de volgende **zes weken goed** op je kind. Heeft je kind jeuk, vooral in de avond en de nacht? Ga dan zeker naar de (huis)arts.

Wat is schurft?

- Het is een huidaandoening.
- Schurft is besmettelijk via langdurig huidcontact (15 minuten of langer).
- Je kan schurft krijgen door de schurftmijt. Het komt dus niet door slechte hygiëne.
- De belangrijkste klacht is jeuk, vooral in de avond en de nacht.
- Schurft is meestal ongevaarlijk, maar wel vervelend.

Wat moet je doen als je kind schurft heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts. Die geeft een behandeling tegen schurft, namelijk medicatie en hygiënische maatregelen.
- Verwittig het CLB.
- Je kind mag naar school komen.
- De jeuk kan de eerste vier weken erger worden door de behandeling. Dit is een allergische reactie op de mijt. Bij de apotheek kan je medicatie tegen de jeuk kopen.
- Blijft de jeuk duren na vier weken? Zie je nieuwe letsels? Ga dan opnieuw naar de arts.

Heb je nog vragen?

- Bel naar het **CLB**: ...
- In de folder in de bijlage vind je meer informatie. Deze folder vind je ook in andere talen op deze website: www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/infectieziekten-en-vaccinaties/scabies-schurft-collectieve-infectie

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Schurft informatie voor de behandelende arts

Beste collega,

Datum:

Een medeleerling van uw patiënt heeft scabiës.

Uit de contactopsporing blijkt dat uw patiënt intensief contact heeft gehad met deze leerling.

Een preventieve behandeling tegen schurft is aangewezen. Deze behandeling bestaat uit medicatie en hygiënische maatregelen.

Mogen wij u vragen dit op te starten bij uw patiënt.

Alle informatie over het preventieve behandelplan en de bijhorende hygiënische maatregelen zijn te raadplegen via deze link:

www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/infectieziekten-en-vaccinaties/scabies-schurft-collectieve-infectie

Uw patiënt mag naar school komen.

Graag worden wij op de hoogte gehouden van uw bevindingen.

Voor **verdere vragen** kan u steeds terecht bij het **CLB** op het nummer ...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Informatie over schurft

Beste ouder,

Datum:

In de *[klas/school]* van jouw kind is een leerling besmet met **schurft** (scabiës).

Wat is schurft?

- Het is een huidaandoening.
- Schurft is besmettelijk via langdurig huidcontact (15 minuten of langer).
- Je kan schurft krijgen door de schurftmijt. Het komt dus niet door slechte hygiëne.
- De belangrijkste klacht is jeuk, vooral 's avonds en 's nachts.
- Schurft is meestal ongevaarlijk, maar wel vervelend.

Wat kan je doen?

- Je hoeft niets te doen. Jouw kind had geen nauw contact met de leerling.
- We laten het weten als er nieuwe maatregelen nodig zijn.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**: ...

In de folder in de bijlage vind je meer informatie. Deze folder vind je ook in andere talen op deze website: www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/infectieziekten-en-vaccinaties/scabies-schurft-collectieve-infectie

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Roodvonk in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind heeft een leerling **roodvonk** of scarlatina. Wij vragen om goed op te letten op mogelijke klachten bij je kind.

Wat is roodvonk?

- Roodvonk is een infectie door de bacterie Groep A Streptokokken (GAS).
- Deze klachten komen vaak voor:
 - rode uitslag die ruw aanvoelt
 - dikke, rode tong
 - vervellende huid na enkele dagen
 - koorts
 - keelontsteking
- Sommige kinderen worden erg ziek en moeten naar het ziekenhuis.
- Soms krijg je extra problemen met de nieren of gewrichten.
- Roodvonk is besmettelijk.
- Je krijgt de bacterie door contact met speekseldruppeltjes zoals bij hoesten, niezen, zoenen.

Wat kan je doen?

- Let de volgende maand goed op je kind.
- Heeft het één of meer van de klachten? Maak een afspraak met je (huis)arts. Neem deze brief mee.

Wat moet je doen als je kind roodvonk heeft?

- Volg het advies op van je arts.¹⁹
- Verwittig het CLB.

¹⁹ Nota aan de arts: voor meer info zie richtlijn <https://www.zorg-en-gezondheid.be/perdomein/infectieziekten-en-vaccinaties/streptococcus-pyogenes-invasieve-infecties>

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:....

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[Logo CLB]

Meerdere gevallen van roodvonk in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind hebben 4 leerlingen **roodvonk** of scarlatina. Wij vragen om goed op te letten op mogelijke klachten bij je kind.

Wat is roodvonk?

- Roodvonk is een infectie door de bacterie Groep A Streptokokken (GAS).
- Deze klachten komen vaak voor:
 - rode uitslag die ruw aanvoelt
 - dikke, rode tong
 - vervellende huid na enkele dagen
 - koorts
 - keelontsteking
- Sommige kinderen worden erg ziek en moeten naar het ziekenhuis.
- Soms krijg je extra problemen met de nieren of gewrichten.
- Roodvonk is besmettelijk.
- Je krijgt de bacterie door contact met speekseldruppeltjes zoals bij hoesten, niezen, zoenen.

Wat kan je doen?

- Let de volgende maand goed op je kind.
- Heeft het één of meer van de klachten? Maak een afspraak met je (huis)arts. Neem deze brief mee.

Wat moet je doen als je kind roodvonk heeft?

- Volg het advies op van je arts.²⁰
- Verwittig het CLB.

²⁰ Nota aan de arts: Het gaat om een epidemische verheffing van roodvonk. Daarom adviseert Zorg en Gezondheid de patiënt altijd met **perorale antibiotica** te behandelen. De meest geschikte antibiotica is die voor 'acute keelpijn' volgens de BAPCOC richtlijn.

- *[Je kind mag niet naar school komen. Is je kind al 24 uur met antibiotica gestart en voelt het zich goed? Dan mag het terug naar school.]*

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Infectie met streptokokken in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind heeft een leerling een **ernstige infectie** met de Groep A Streptokokken (GAS). We vragen je om de komende weken goed op te letten op mogelijke klachten van je kind.

Wat is een GAS-infectie?

- Een GAS-infectie is een infectie door een bacterie.
- Deze **klachten** komen voor:
 - infectie van de huid
 - keelontsteking
 - Soms zijn de klachten heel ernstig met:
 - hoge koorts
 - sufheid
 - ademnood
- De bacterie blijft soms lang in de neus of keel zonder klachten.
- De ziekte is besmettelijk.
- Je krijgt de bacterie door contact met spekseldruppeltjes zoals bij zoenen, niezen of hoesten.

Wat kan je doen?

- Let een maand goed op je kind.
- Heeft je kind klachten van de infectie? Raadpleeg dan je (huis)arts. Neem deze brief mee.²¹

Wat als uw kind een infectie met groep A streptokokken heeft?

- Volg het advies op van je (huis)arts.

²¹ Voor de arts: meer info over Groep A Streptokokken vindt u op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/infectieziekten-en-vaccinaties/streptococcus-pyogenes-invasieve-infecties>

- Verwittig het CLB.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**: ...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

***Shigella* in de klas**

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind heeft een leerling een *Shigella* infectie.

Wat is *Shigella*?

- *Shigella* is een bacterie.
- *Shigella* is besmettelijk. Je krijgt de bacterie via besmette handen, besmet voedsel of water.
- Deze klachten komen voor:
 - Diarree
 - Koorts
 - Buikkrampen
 - Soms ook bloed of slijm in de stoelgang

Wat kan je doen?

- Heeft je kind ernstige of langdurige klachten van koorts, braken of diarree? Maak dan een afspraak met je (huis)arts. Neem deze brief mee.²²
- Handhygiëne:
 - Was altijd je handen en die van je kind: na elk toiletgebruik, na elke luierswissel, voor het eten en koken.
 - Gebruik vloeibare zeep.
- Toilethygiëne:
 - Spoel het toilet door met gesloten deksel.
 - Gebruik bij voorkeur apart toilet voor de zieke. Indien dit niet mogelijk is reinig dagelijks de WC-knop, deurklinken, lichtschakelaars, waterkranen.

Wat moet je doen als je kind een infectie met *shigella* heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts. De arts kan eventueel een stoelgangstaal laten onderzoeken.

²² Voor de arts: meer info over *Shigella* vind je op www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/infectieziekten-en-vaccinaties/shigellose

- Verwittig het CLB.
- Als je kind ziek is mag het niet naar school.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Ziekmakende *E.coli* in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind [*heeft een leerling/hebben meerdere leerlingen*] een infectie met de Shiga-toxine producerende *E. coli* (STEC).

Wat is STEC?

- Het is een bacterie.
- Het veroorzaakt diarree, soms ook bloederige diarree.
- Soms kan de ziekte ernstig verlopen en kunnen de nieren minder goed werken met ziekenhuisopname tot gevolg.
- De bacterie is besmettelijk. Je kan de bacterie krijgen:
 - door contact met besmette stoelgang (vb. via besmette handen)
 - door contact met uitwerpselen van dieren (mest)
 - door besmet voedsel, vb rauwe melk, niet goed doorbakken vlees, ongewassen rauwe groenten

Wat kan je doen

- Heeft je kind diarree? Heeft je kind klachten passend bij een STEC infectie? Maak dan een afspraak met je (huis)arts. Neem deze brief mee.²³
- Handhygiëne:
 - Was altijd je handen en die van je kind: na elk toiletgebruik, na elke luiervissel, voor het eten en koken.
 - Gebruik vloeibare zeep en een aparte handdoek voor de zieke.
- Toilethygiëne:
 - Spoel het toilet door met gesloten deksel.
 - Gebruik bij voorkeur apart toilet voor de zieke. Indien dit niet mogelijk is reinig dagelijks de WC-knop, deurklinken, lichtschaakelaars, waterkranen.

²³ Voor de arts: meer info over STEC vind je op www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/infectieziekten-en-vaccinaties/enterohemorragische-ecoli-infectie-ehc

Wat moet je doen als je kind een STEC infectie heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts.
- Verwittig het CLB.
- Als je kind ziek is mag het niet naar school.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Huidschimmel in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind zijn meerdere leerlingen besmet met een **schimmel van de huid** (tinea corporis) ook ringworm of katrienewiel genoemd.

Wat is een huidschimmel?

- Het is een besmettelijke infectie op de huid door een schimmel.
- Besmetting kan door direct contact. Besmetting kan ook door sporen uit de omgeving.
- Deze klachten komen vaak voor:
 - Rond of ovaal huidletsel met schilfering van de rand
 - Jeuk

Wat kan je doen?

- Let de komende weken goed op je kind. Heeft het klachten die kunnen wijzen op een schimmelinfectie? Maak een afspraak met je (huis)arts. Neem deze brief mee.
- Was regelmatig je handen en zorg dat je kind de handen wast.

Wat moet je doen als je kind een huidschimmel heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts.
- Verwittig het CLB.
- Je kind mag naar school komen.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Hoofdschimmel in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind zijn meerdere leerlingen besmet met een **hoofdschimmel** (tinea capitis). We vragen jouw toestemming om een klassikaal onderzoek te doen.

Wat is een hoofdschimmel?

- Het is een besmettelijke infectie op het hoofdhaar door een schimmel.
- Besmetting kan door direct contact. Besmetting kan ook door sporen uit de omgeving.
- Deze klachten komen vaak voor:
 - Schilfering van de hoofdhuid
 - Kale plekken
 - Jeuk
 - Ontsteking van de hoofdhuid
- Dezelfde schimmel kan ook een infectie van de huid geven.

Wat kunnen wij doen?

- We willen de hele klas nakijken op letsels die kunnen wijzen op een hoofdschimmelinfectie. Dit verloopt samen met het Departement Zorg.
- Meer info vind je in de brief in bijlage.

Wat kan je doen?

- Let de komende weken goed op je kind. Heeft het klachten die kunnen wijzen op een schimmelinfectie van de hoofdhuid? Maak een afspraak met je (huis)arts. Neem deze brief mee.²⁴
- Was altijd je handen en zorg dat je kind de handen wast.

²² Voor de arts: meer info over tinea capitis vind je op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/tinea-capitis>

Wat moet je doen als je kind een hoofdschimmel heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts.
- Verwittig het CLB.
- Je kind mag naar school komen.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Jouw toestemming voor een onderzoek naar hoofdschimmel

Beste ouder,

Datum:

Je kan jouw kind laten onderzoeken op hoofdschimmel door het CLB op school op **[xxxdag xx xx xx]**.

Wat moet je doen?

- Vul het formulier 'Toestemming onderzoek naar hoofdschimmel' in en onderteken dat. Ook als je geen toestemming geeft.
- Geef de brief mee met je kind naar school. Doe dat **voor [xxxdag xx xx xx]**.

Hoe verloopt het onderzoek?

- De arts of verpleegkundige van het CLB kijken het haar en de huid van je kind na. Dit is niet pijnlijk.
- Als de arts of verpleegkundige een letsel zien dat lijkt op een schimmelinfectie, dan zullen ze hier een staal van nemen. Ook dit is niet pijnlijk.
- Het staal wordt naar het laboratorium gestuurd voor verder onderzoek. Dit is gratis.
- Je krijgt het resultaat van de test zo snel mogelijk. Normaal is dat 3 tot 4 weken na de staalafname.
- Door dit onderzoek weten we of jouw kind een behandeling nodig heeft.

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

Toestemming onderzoek naar hoofdschimmel

Naam + voornaam van de leerling:

Geboortedatum:/...../.....

School + klas:

Telefoonnummer waarop u overdag bereikbaar bent:

Toestemming voor een onderzoek naar hoofdschimmel. Kruis aan.

- Ik wil mijn kind laten onderzoeken op hoofdschimmel op school.
- Ik wil mijn kind **niet** laten onderzoeken op hoofdschimmel op school, omdat

.....

Datum:



Je naam en handtekening:



[Logo CLB]

Tuberculose in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind heeft een leerling een besmettelijke vorm van tuberculose.

Wat is tuberculose?

- Tuberculose wordt veroorzaakt door een bacterie.
- Niet alle vormen van tuberculose zijn besmettelijk.
- De meeste mensen die besmet zijn worden niet ziek.
- Je kan de bacterie krijgen via speekseldruppeltjes van iemand met besmettelijke tuberculose. Het kan veel jaren duren vooraleer je klachten krijgt.

Kan je kind getest worden?

- Er is een huidtest om antistoffen tegen tuberculose aan te tonen (tuberculinetest).
- Vanaf 8 weken na de besmetting kunnen die antistoffen aangetoond worden en wordt deze test positief.
- In samenwerking met het departement Zorg willen we deze huidtest doen op school bij kinderen die risicovol contact hadden met de besmette leerling.
 - Het plaatsen van de test gaat door op **[xxx dag xx xx xx]**.
 - Het aflezen van de test gaat door op **[xxx dag xx xx xx]**.
- Vul de brief in bijlage in. Geef deze brief mee met je kind. Doe dat **voor [xxx dag xx xx xx]**.

Heeft jouw kind een vaccin gehad?

- In sommige landen krijgen baby's een vaccin tegen tuberculose (BCG-vaccin). Na dit vaccin vertoont de tuberculinehuidtest vaak een reactie.
- Kreeg je kind dit vaccin? Het is belangrijk dat we dit weten. Vul de brief in bijlage in. Geef deze brief mee met je kind. Doe dat **voor [xxx dag xx xx xx]**.

Wat moet je doen als je kind tuberculose heeft?

- Volg het advies van je arts.²⁵
- Je arts beslist of je kind naar school mag. Enkel bij een besmettelijke vorm van tuberculose mag je kind niet naar school.
- Verwittig het CLB.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

²⁵ Voor de arts: meer info over tuberculose vindt u op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/perdomein/infectieziekten-en-vaccinaties/tuberculose>.

[Logo CLB]

Tuberculose op school

Beste ouder,

Datum:

In de school van je kind heeft een leerling een besmettelijke vorm van tuberculose.

Wat is tuberculose?

- Tuberculose wordt veroorzaakt door een bacterie.
- Niet alle vormen van tuberculose zijn besmettelijk.
- De meeste mensen die besmet zijn worden niet ziek.
- Je kan de bacterie krijgen via speekseldruppeltjes van iemand met besmettelijke tuberculose. Het kan veel jaren duren vooraleer je klachten krijgt.

Moet jouw kind getest worden?

- Jouw kind had geen nauw contact met de besmette leerling en dient dus momenteel niet getest te worden.
- Indien er veel besmettingen worden gevonden bij de nauwe contacten kan het onderzoek uitgebreid worden. We laten het weten als er nieuwe maatregelen nodig zijn.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Informatie over tuberculose

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind heeft een leerling een niet-besmettelijke vorm van tuberculose.

Wat is tuberculose?

- Tuberculose wordt veroorzaakt door een bacterie.
- Niet alle vormen van tuberculose zijn besmettelijk.
- De meeste mensen die besmet zijn worden niet ziek.
- Je kan de bacterie krijgen via spekseldruppeltjes van iemand met **besmettelijke** tuberculose. Het kan veel jaren duren vooraleer je klachten krijgt.

Wat kan je doen?

- De leerling is niet besmettelijk voor de omgeving.
- Je hoeft niets te doen. Je kind loopt geen risico op tuberculose infectie.
- We laten het weten als er nieuwe maatregelen nodig zijn.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

Toestemming tuberculinehuidtest

Naam + voornaam van de leerling:

Geboortedatum:/...../.....

School + klas:

Telefoonnummer waarop u overdag bereikbaar bent:

Toestemming huidtest voor tuberculose (tuberculinetest). Kruis aan.

- Ik wil mijn kind laten testen op school.
 - Mijn kind is al eens positief getest op een tuberculinetest
 - Ik wil mijn kind **niet** laten testen op school, omdat
-

Enkel indien jouw kind niet in België geboren is: Heeft jouw kind een vaccin gehad?

- Mijn kind kreeg het BCG-vaccin.
- Mijn kind kreeg het BCG-vaccin **niet**.
- Ik weet niet of mijn kind het BCG-vaccin kreeg.

Datum:



Je naam en handtekening:



[Logo school]

Windpokken in de klas

Beste ouder,

Datum:

In de klas van je kind heeft een leerling **windpokken of waterpokken** (varicella).

Wat zijn windpokken?

- Je krijg het door een virus. Het is heel besmettelijk.
- Deze klachten komen vaak voor:
 - Jeukende blaasjes over heel het lichaam
 - Koorts
- De meeste kinderen zijn niet erg ziek. Sommige kinderen moeten wel worden opgenomen in het ziekenhuis.

Wat kan je doen?

- Is je kind meer vatbaar voor infectieziekten? Heeft je kind een probleem met het immuunsysteem? Raadpleeg je (huis)arts. Neem zeker deze brief mee naar de arts.²⁶
- Je kunt je kind laten vaccineren indien het zelf de windpokken nog niet kreeg. Bespreek dit met je (huis)arts.
- Let samen met je kind op goede hygiëne:
 - Was vaak de handen.
 - Snuit de neus met papieren zakdoekjes.
 - Hoest en nies in de elleboog.

Wat moet je doen als je kind windpokken heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts.
- Verwittig de school.

²⁶ Voor de arts: meer info over varicella vindt u op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/richtlijn-varicella-en-herpeszostervirusinfectie>

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**: ...

Met vriendelijke groeten,

de school

[Link richtlijn](#)

[Logo CLB]

Voedselinfectie

Beste ouder,

Datum:

In de [klas/school] van je kind hebben meerdere leerlingen een voedselinfectie opgelopen door [norovirus / *Campylobacter spp* / *Salmonella spp* / *Staphylococcus aureus* / *Clostridium perfringens* / *Bacillus cereus*].

Jouw kind heeft hetzelfde voedsel gegeten en kan dus ook ziek worden.

[Wat is norovirus?

- Norovirus is een zeer besmettelijk virus.
- Je krijgt het virus door contact met besmette stoelgang of door besmet voedsel.
- De klachten zijn braken en diarree.
- De ziekte is meestal mild en duurt 1 tot 2 dagen.

Wat is *Bacillus cereus*?

- *Bacillus cereus* is een bacterie
- Deze bacterie komt voor in de bodem en de omgeving
- De klachten zijn braken, diarree en buikkrampen. Er is geen koorts.

Wat is *Staphylococcus aureus*?

- *Staphylococcus aureus* is een bacterie
- De klachten zijn misselijkheid, braken, en diarree
- De ziekte begint heel acuut en is kortdurend

Wat is *Clostridium perfringens*?

- *Clostridium perfringens* is een bacterie
- Deze bacterie komt voor in het maag-darmstelsel van gezonde mensen en dieren (runderen, varkens, pluimvee, vissen)
- De klachten zijn felle buikkrampen en waterige diarree

Wat is *Campylobacter*?

- *Campylobacter* is een bacterie.
- Je krijgt de bacterie door contact met besmette stoelgang of door besmet voedsel.
- De klachten zijn koorts, braken, buikpijn en diarree.
- De klachten kunnen mild tot zeer ernstig zijn.
- De ziekte duurt meestal enkele dagen tot een week.

Wat is *Salmonella*?

- *Salmonella* is een bacterie.
- Er zijn verschillende soorten *Salmonella* bacteriën. Het gaat in dit geval **niet** om *Salmonella* die buiktyfus veroorzaken.
- Je krijgt de bacterie vooral door contact met besmet voedsel en in mindere mate door contact met besmette stoelgang (mits goede handhygiëne).
- De klachten zijn koorts, braken, buikpijn en diarree.
- De klachten kunnen mild tot zeer ernstig zijn.
- De ziekte duurt meestal enkele dagen tot een week.]

Wat kan je doen?

- Heeft je kind ernstige of aanhoudende klachten van koorts, braken of diarree? Maak dan een afspraak met je (huis)arts. Neem deze brief mee.²⁷
- Handhygiëne:
 - Was altijd je handen en die van je kind: na elk toiletgebruik, na elke luiervissel, voor het eten en koken.
 - Gebruik vloeibare zeep.

Wat moet je doen als je kind ook een voedselinfectie heeft?

- Volg het advies van je (huis)arts.
- Verwittig het CLB.
- Als je kind ziek is mag het niet naar school.

Heb je nog vragen?

Bel naar het **CLB**:...

²⁷ Voor de arts: meer info over voedselinfecties vind je op www.zorg-en-gezondheid.be/voedselinfectie

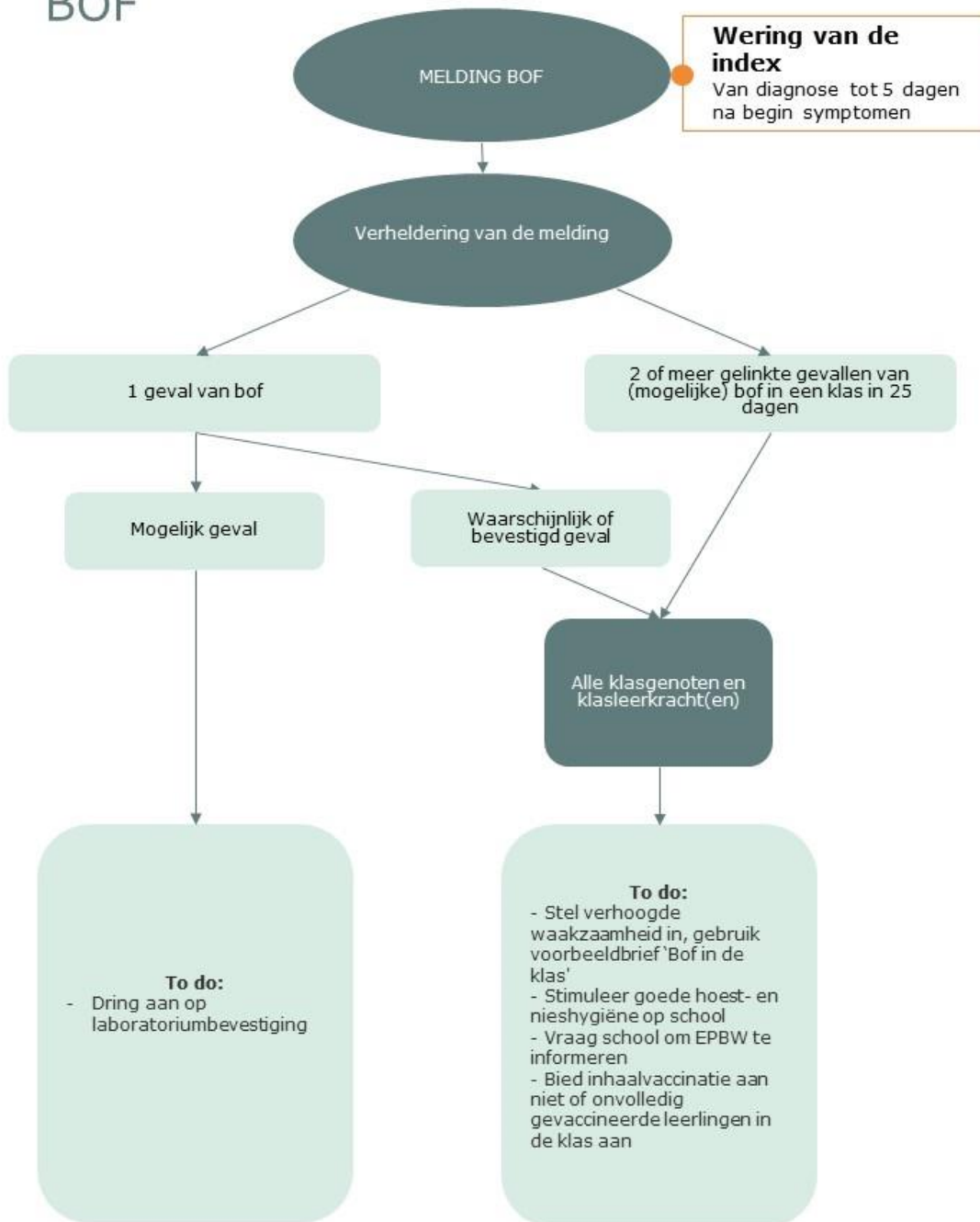
Met vriendelijke groeten,

de CLB-arts

[link richtlijn](#)

STROOMDIAGRAMMEN

BOF



VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

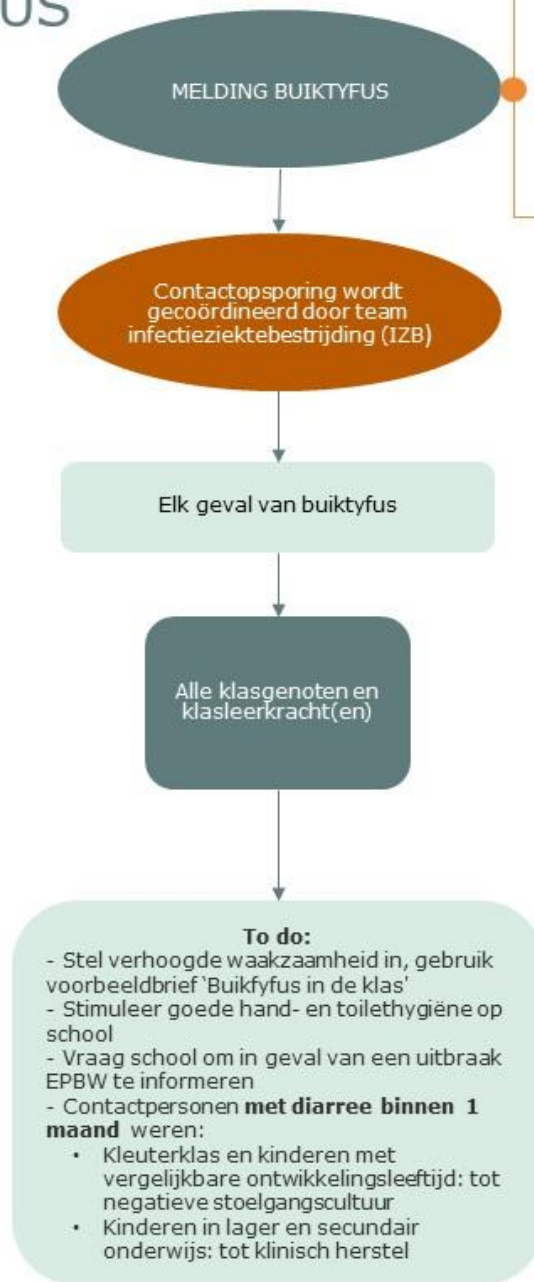
Draaiboek infectieziekten CLB (2023) – update 12/23

[Link richtlijn](#)



VWVJ

BUIKTYFUS



Wering van de index

- LO en SO: tot klinisch herstel
- Kleuters: tot 3 negatieve faecesculturen (zie richtlijn STAP 3)

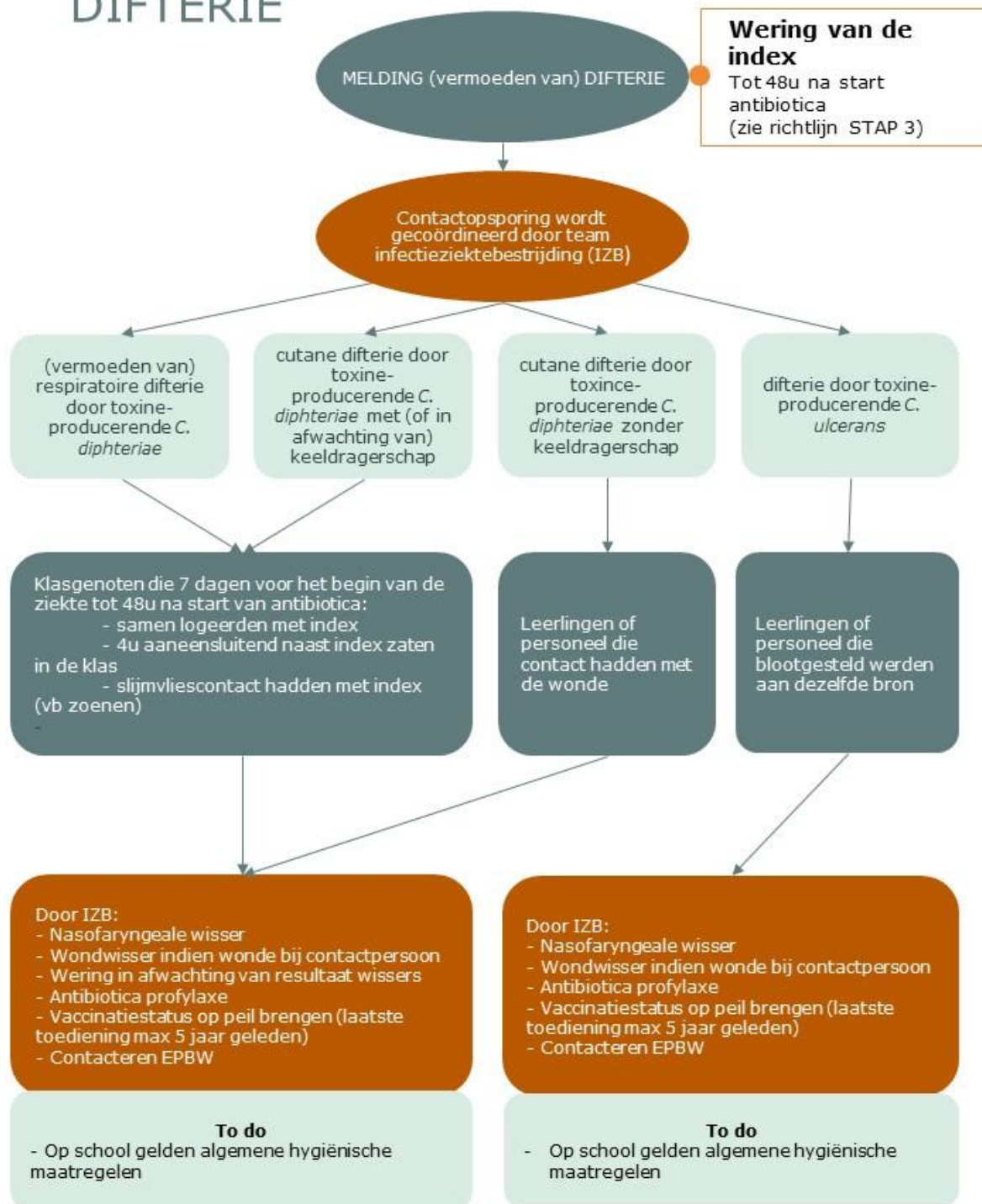


VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023)

[link richtlijn](#)

DIFTERIE

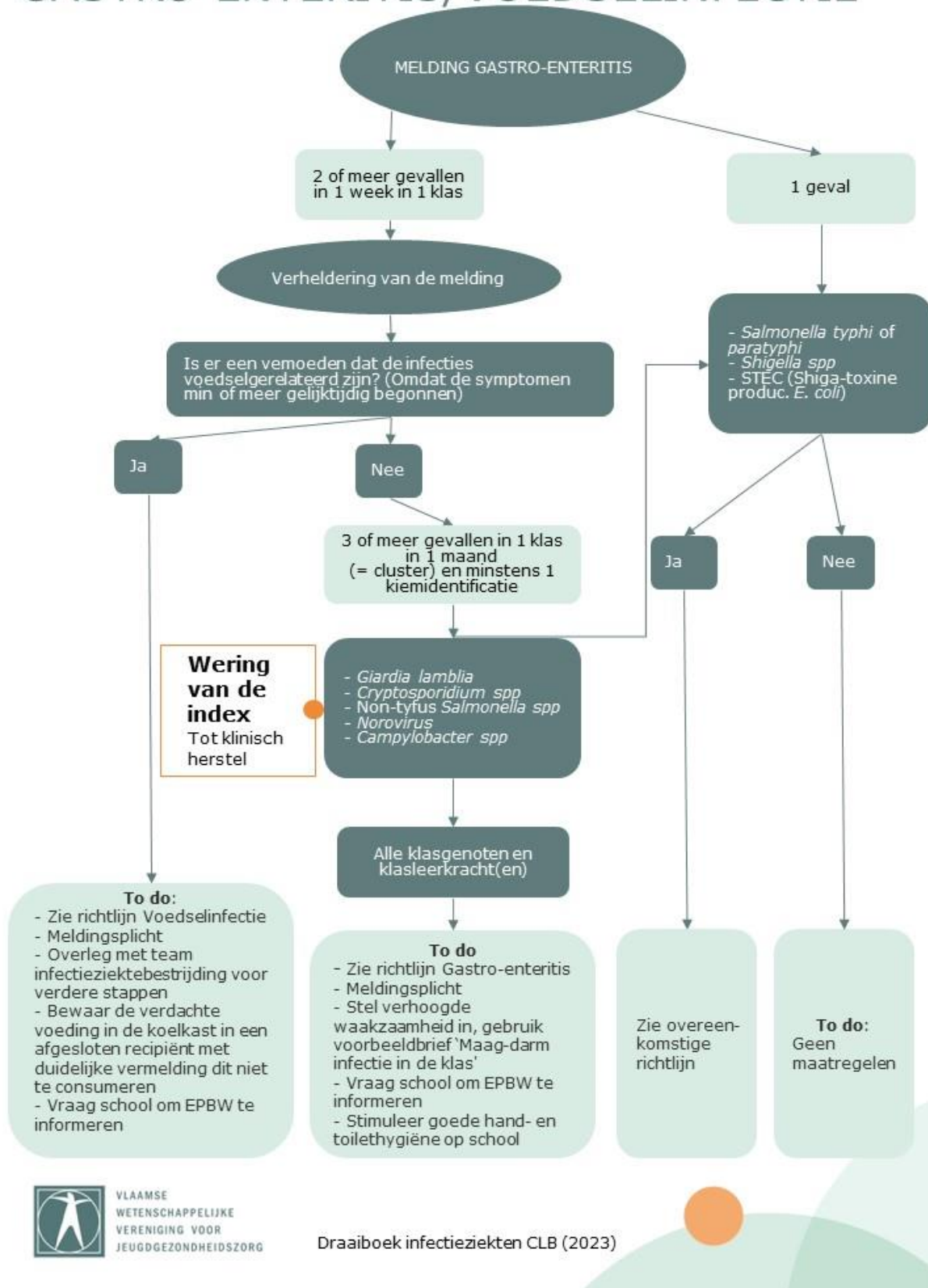


VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023) – update 12/23

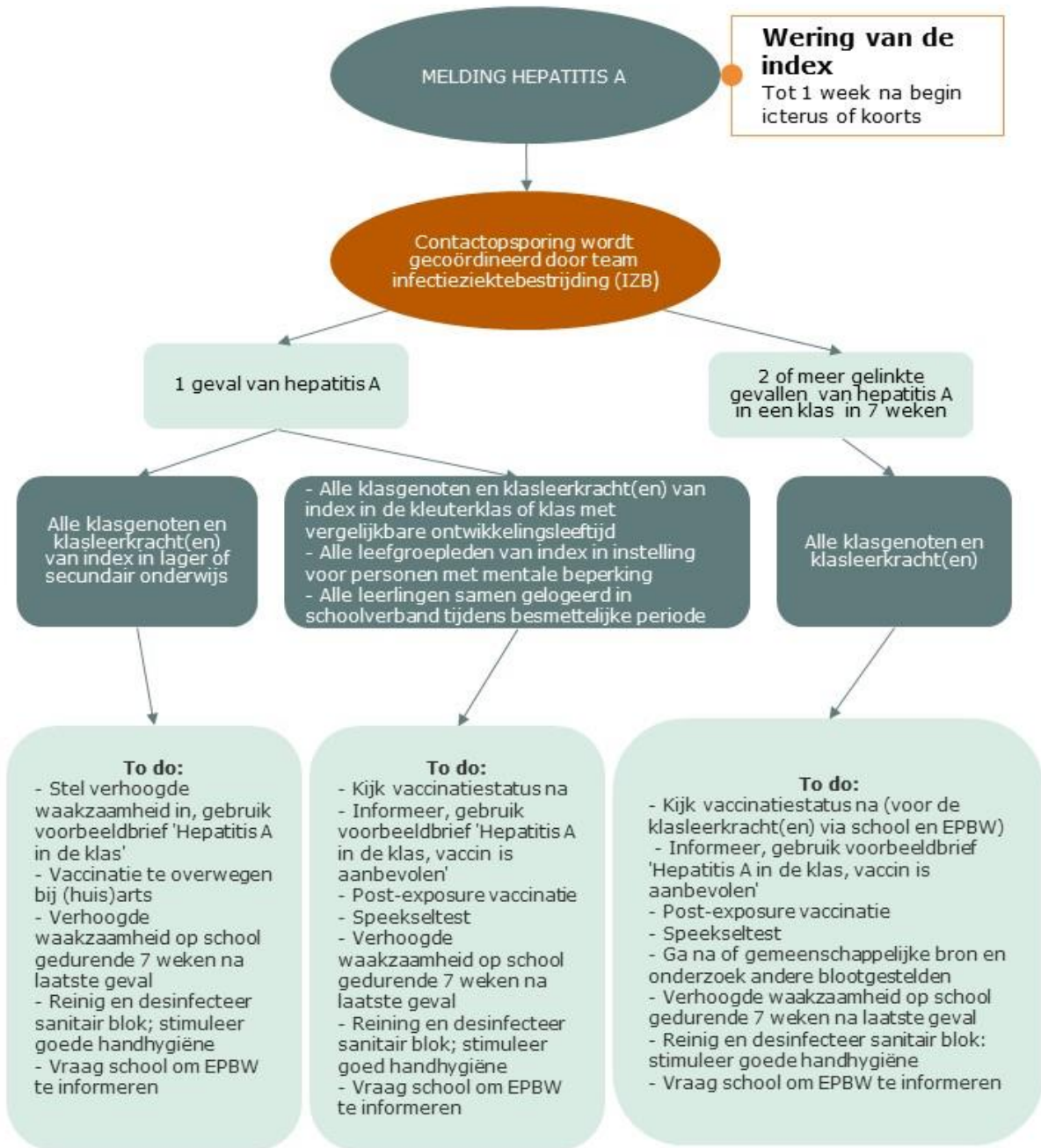
[Link richtlijn](#)

GASTRO-ENTERITIS/VOEDSELINFECTIE



[link richtlijn gastro-enteritis](#) en [link richtlijn voedselinfectie](#)

HEPATITIS A

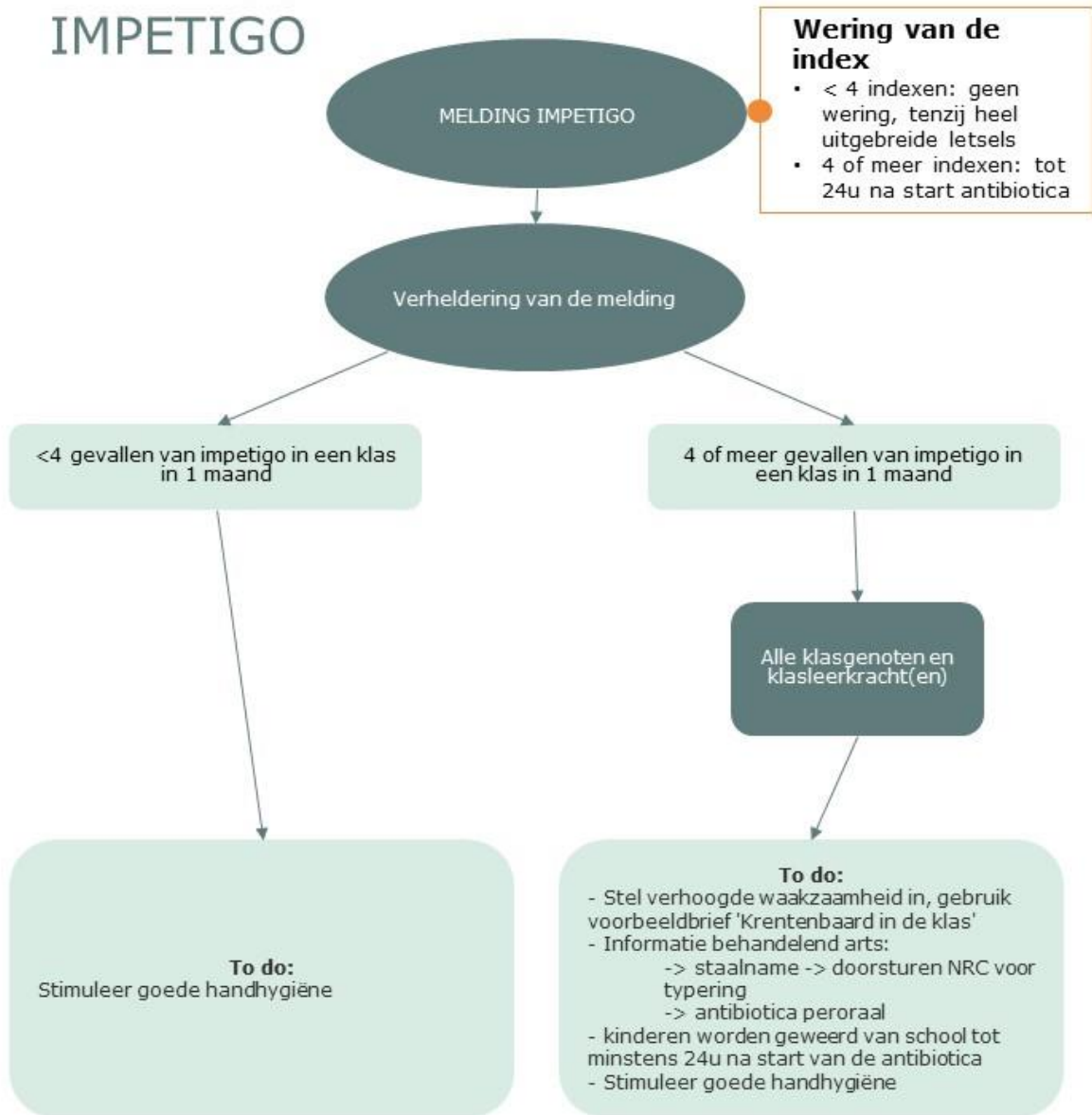


VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023) – update 12/23

[link richtlijn](#)

IMPETIGO

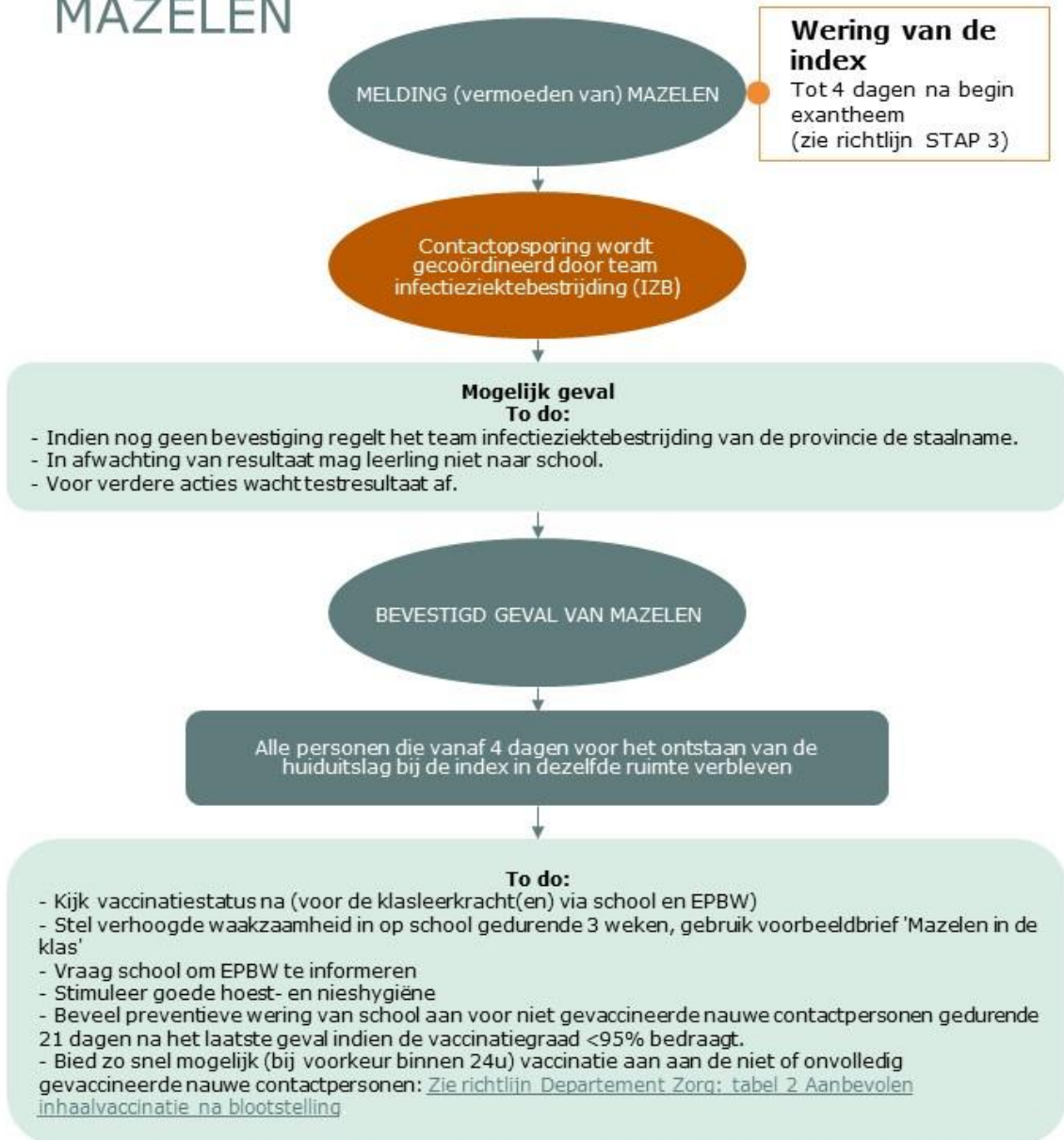


VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023) – update 12/23

[link richtlijn](#)

MAZELEN

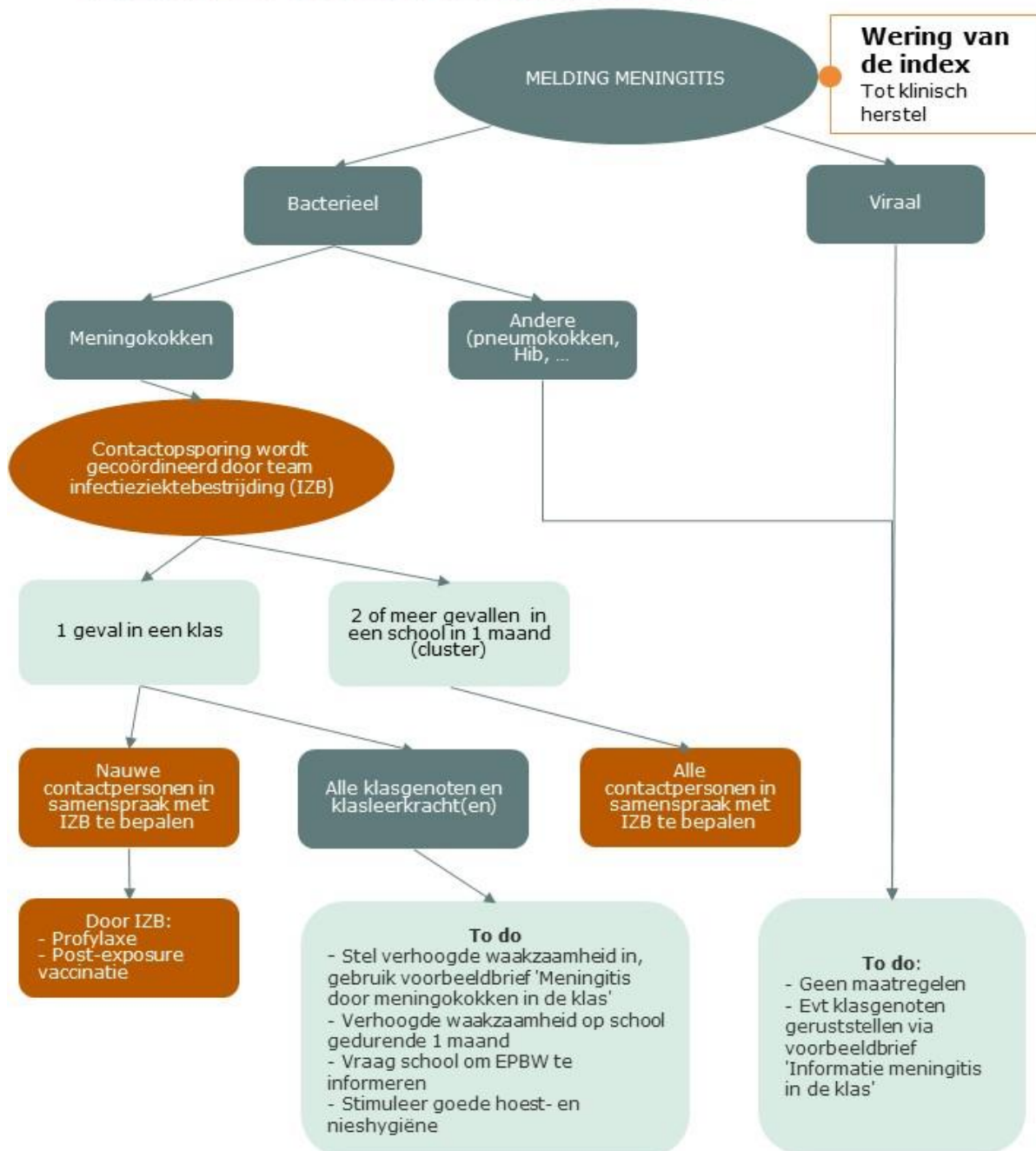


VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023) – update 03/24

[link richtlijn](#)

MENINGITIS EN MENINGOKOKKENINFECTIE

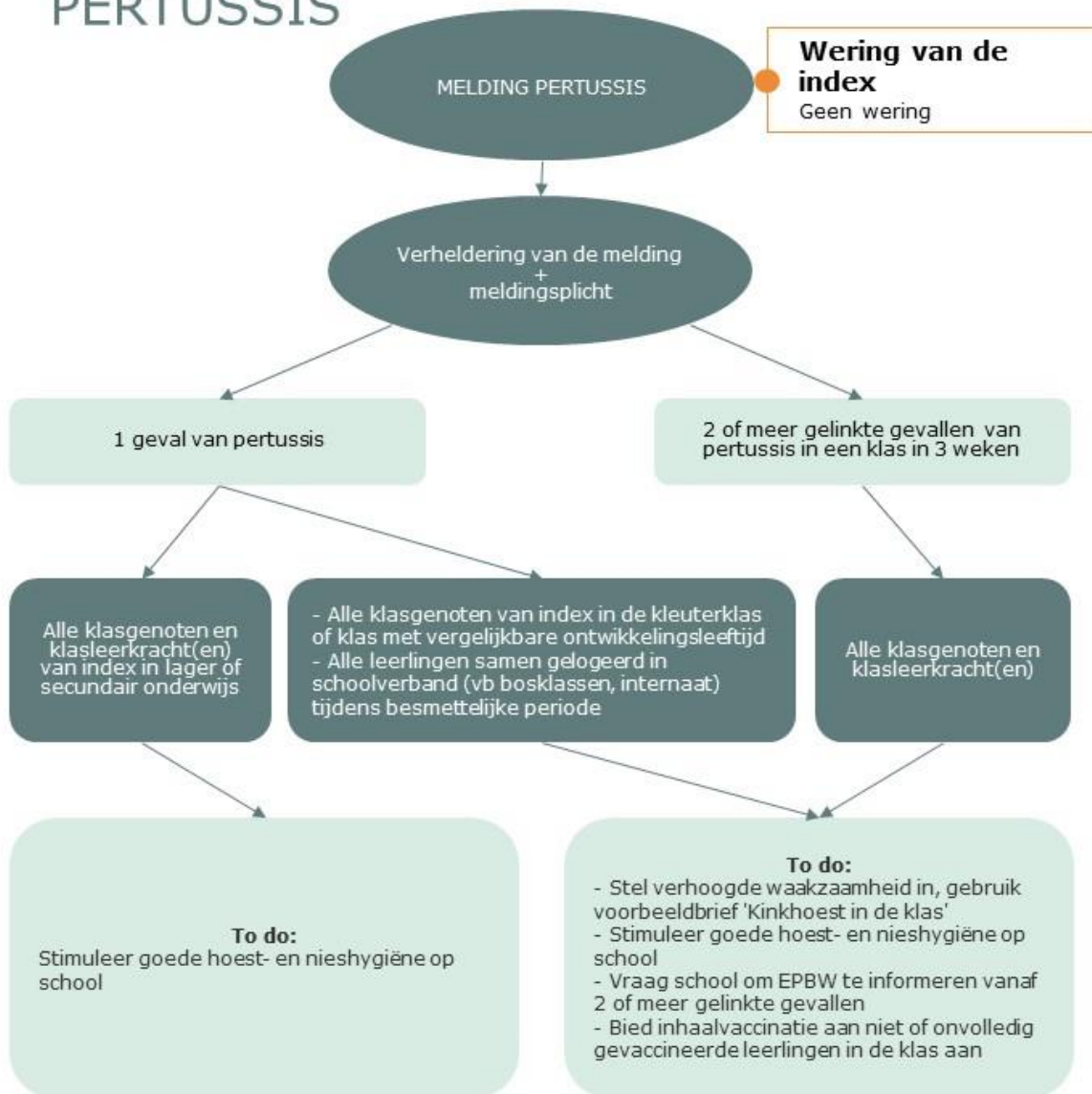


VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023) – update 12/23

[link richtlijn](#)

PERTUSSIS

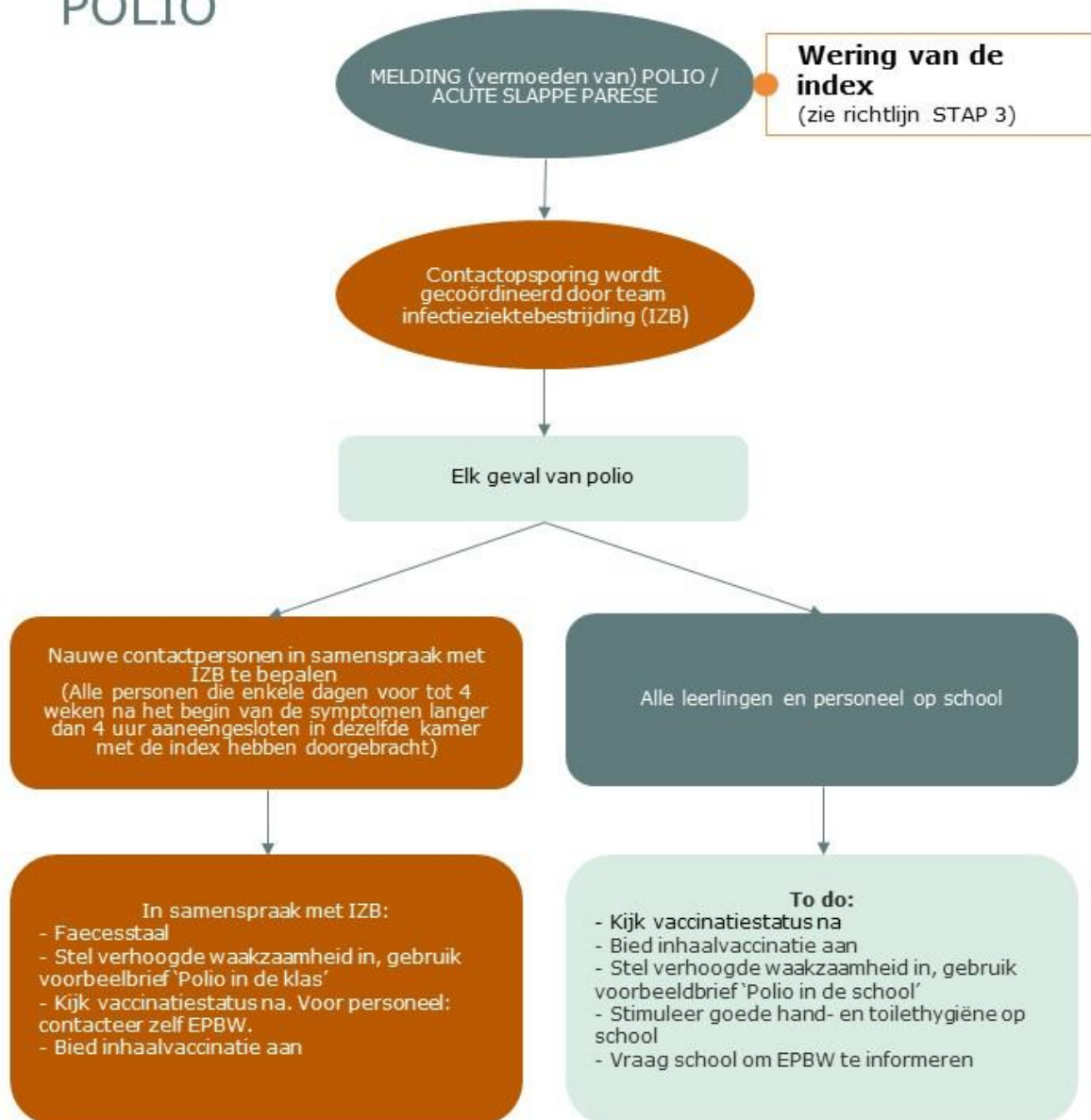


VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023) – update 12/23

[link richtlijn](#)

POLIO



VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

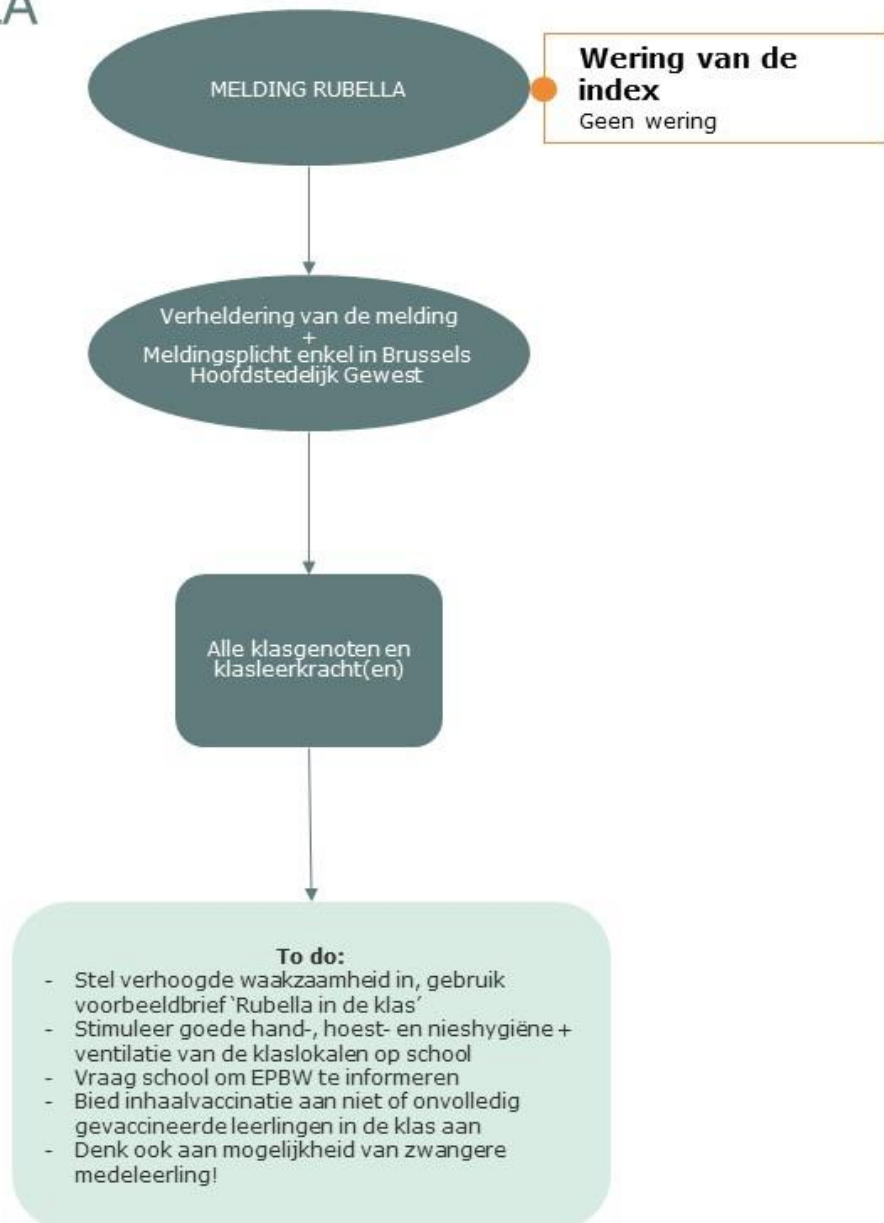
Draaiboek infectieziekten CLB (2023)

[link richtlijn](#)



VWVJ

RUBELLA

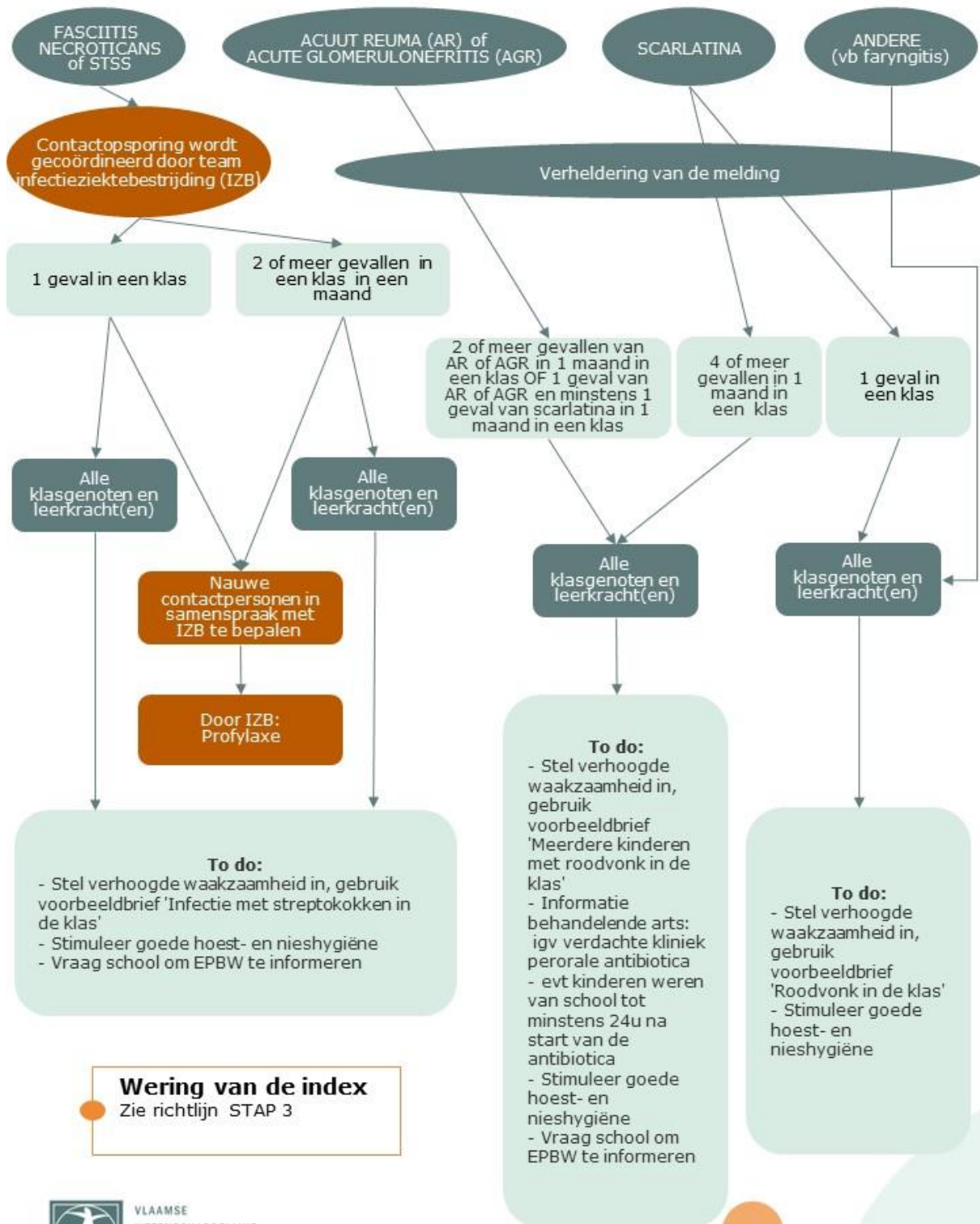


VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023) – update 12/23

[link richtlijn](#)

SCARLATINA EN INVASIEVE GAS

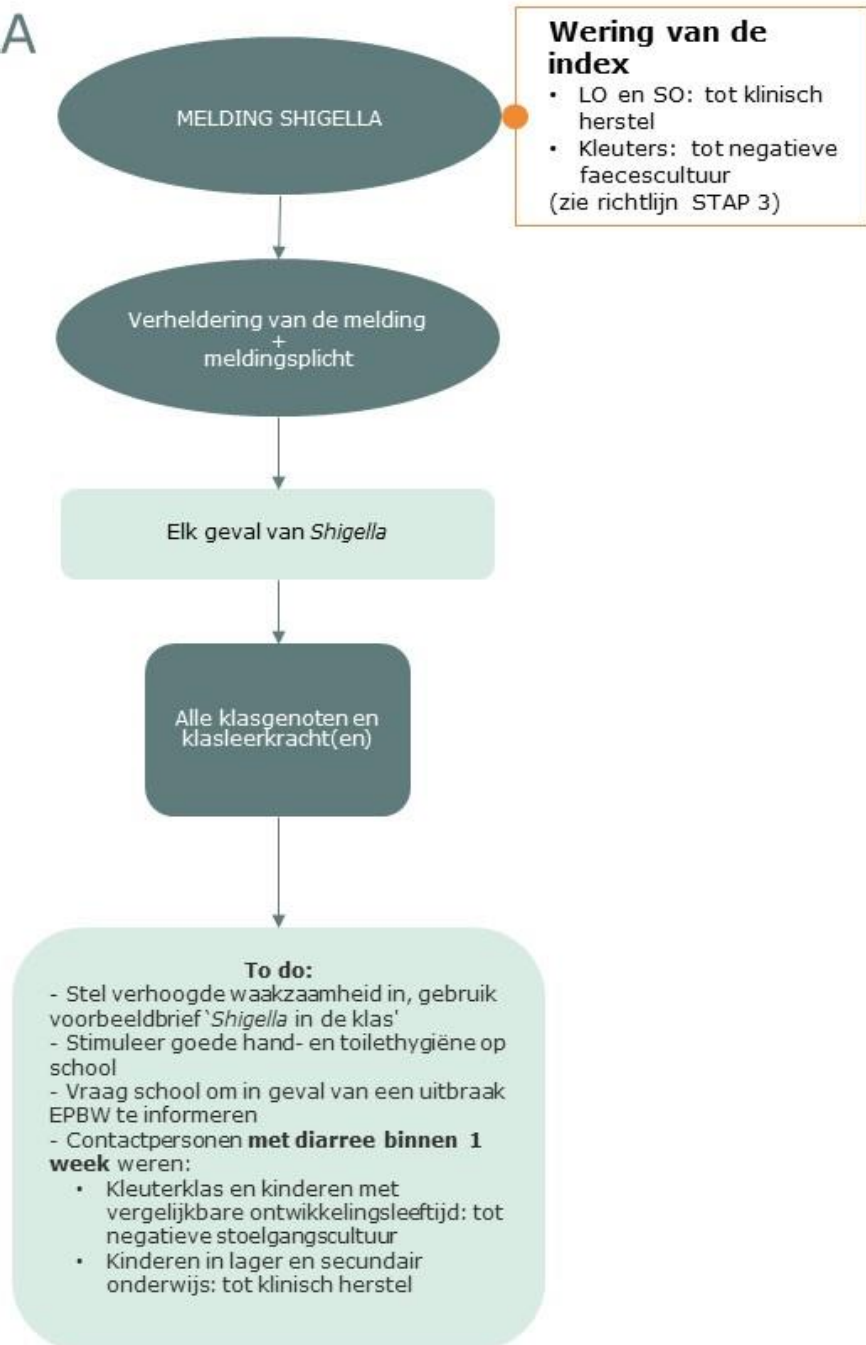


VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023) – update 12/23

[Link richtlijn](#)

SHIGELLA

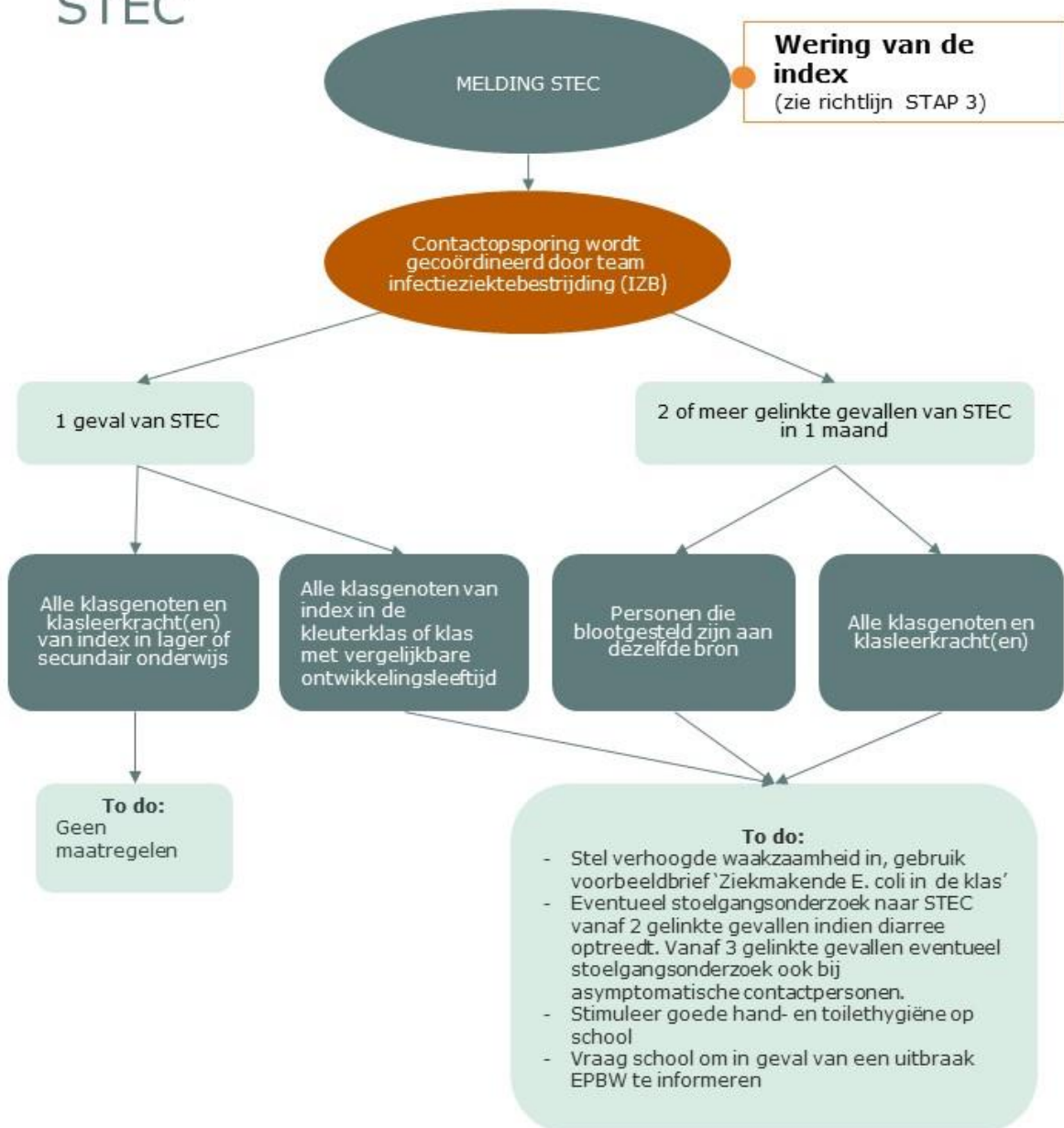


VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023)

[link richtlijn](#)

STEC

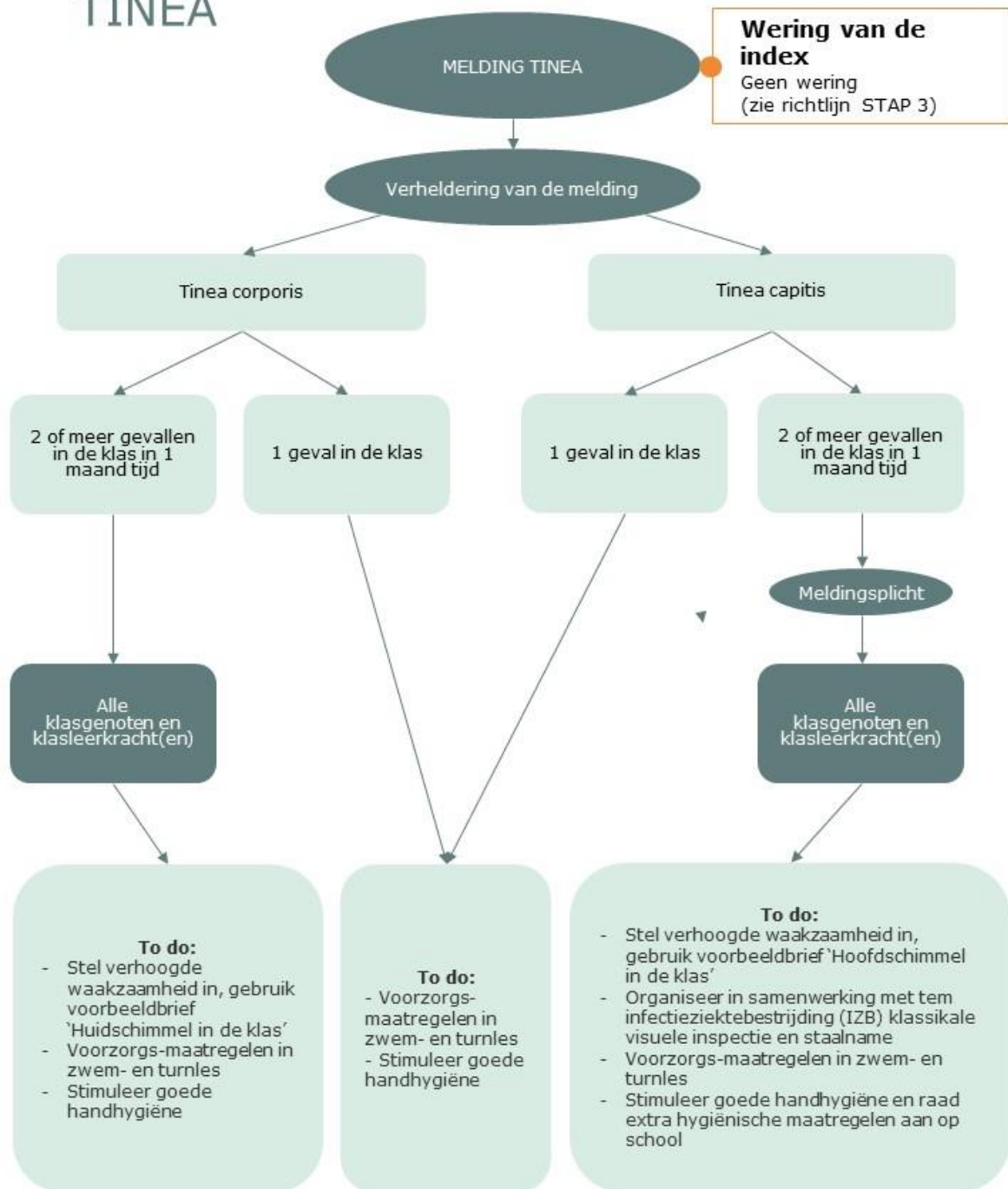


VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023)

[link richtlijn](#)

TINEA

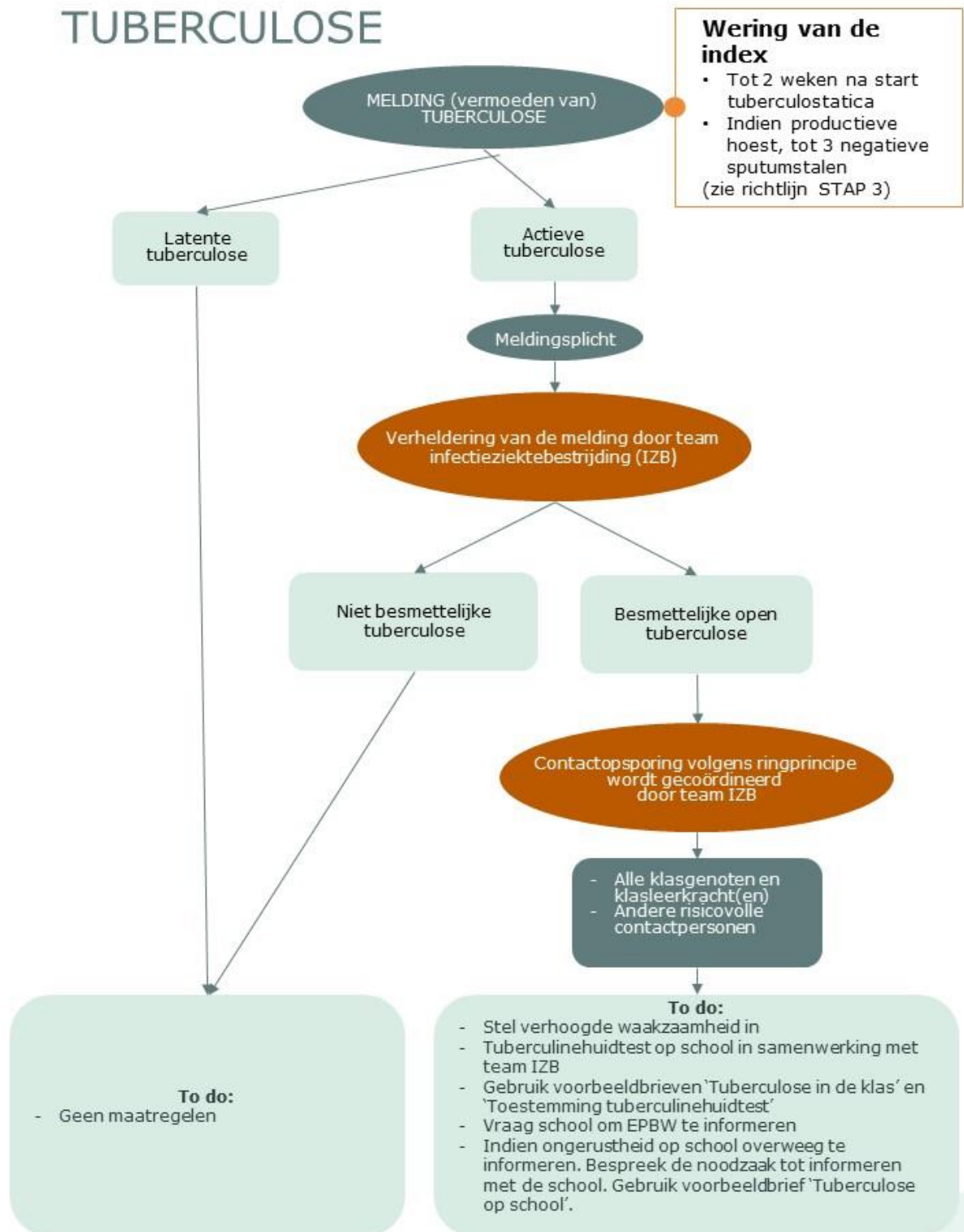


VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023) – update 12/23

[link richtlijn](#)

TUBERCULOSE



Wering van de index

- Tot 2 weken na start tuberculostatica
- Indien productieve hoest, tot 3 negatieve sputumstalen (zie richtlijn STAP 3)

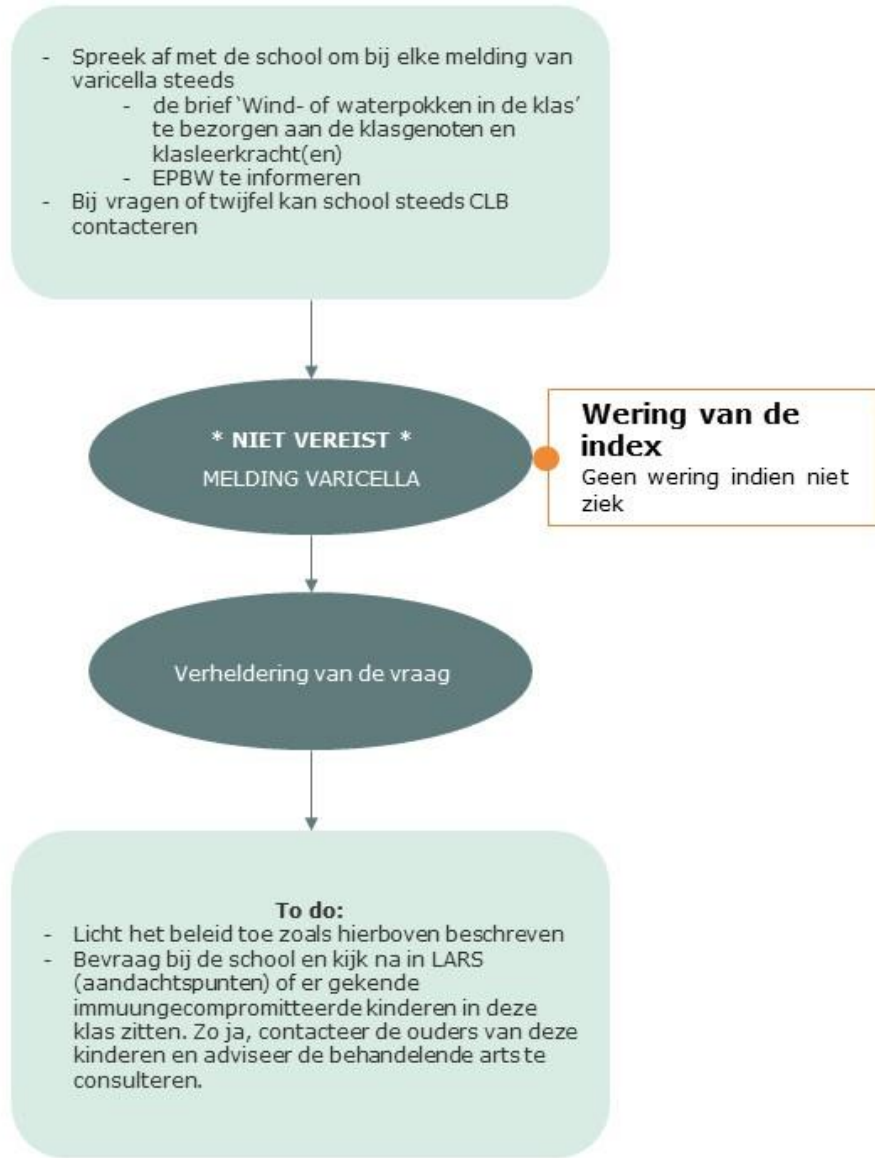


VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023) – update 12/23

[link richtlijn](#)

VARICELLA



VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023) – update 12/23

[Link richtlijn](#)

REGELGEVING

MAATREGELEN TE NEMEN DOOR DE SCHOOL IN HET KADER VAN DE PROFYLAXE VAN INFECTIEZIEKTEN

Algemeen

Het is van belang dat de CLB-arts zo snel mogelijk op de hoogte is van het vóórkomen van een infectieziekte bij een leerling of een personeelslid. De schooldirectie neemt daarom van zodra hij/zij verneemt of vermoedt dat een leerling of een personeelslid lijdt aan één van de hieronder opgesomde infectieziekten contact op met het CLB. Ook ouders/leerlingen of de behandelende arts kunnen het CLB informeren over een infectieziekte.

De schooldirectie kan geen initiatieven nemen zonder overleg met de CLB-arts over de te nemen maatregelen. Het behoort tot de taak van de CLB-arts, zo nodig na advies van het team Infectieziektebestrijding van het Departement Zorg, te bepalen welke maatregelen moeten getroffen worden op school in geval van een infectieziekte.

Het Draaiboek Infectieziekten voor CLB beschrijft per infectieziekte welke de te nemen maatregelen zijn en in welke situaties de CLB-arts contact opneemt met het team Infectieziektebestrijding van het Departement Zorg. In overleg met het team infectieziektebestrijding kunnen verdergaande maatregelen nodig zijn, eventueel kan de sluiting van de school noodzakelijk zijn.

De beslissing om over te gaan tot sluiting van de school omwille van een infectieziekte wordt genomen door het team Infectieziektebestrijding van het Departement Zorg na overleg met de CLB-arts. De school verwittigt de onderwijsadministratie via scholen.basisonderwijs.agodi@vlaanderen.be of scholen.secundaironderwijs.agodi@vlaanderen.be. Het team Infectieziektebestrijding beslist na overleg met de CLB-arts, de arbeidsgeneesheer en de preventie-adviseur wanneer de school opnieuw kan opstarten.

Het CLB ondersteunt de schooldirectie om het personeel, leerlingen en ouders over alle beslissingen n.a.v. een infectieziekte correct te informeren.

Te nemen acties door de school

1. Meld zo snel mogelijk elk (vermoeden van) volgende infectieziekten aan uw CLB:

- Bof
- Buikgriep /voedselinfectie (vanaf 2 of meer gevallen (binnen een week) in een klas(groep))
- Buiktyfus
- Difterie
- Hersenvliesontsteking (meningitis)
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Krentenbaard (impetigo)
- Kinderverlamming (polio)
- Kinkhoest (pertussis)
- Mazelen
- Rode hond (rubella)
- Roodvonk (scarlatina)
- Schurft (scabiës)
- Schimmelinfectie van de behaarde hoofdhuid en van de gladde huid
- *Shigella* infectie
- STEC (Shiga Toxine producerende *E. coli*)
- Tuberculose
- Elke andere ziekte waarover u bezorgd bent

2. Wind- of waterpokken (varicella)

- Indien u melding krijgt van het voorkomen van wind- of waterpokken:
 - Verspreid dan de brief 'Wind-of waterpokken in de klas' aan alle klasgenoten.
 - Verwittig de arbeidsgeneeskundige dienst.

- Indien u weet hebt van kinderen met een verminderde immuniteit in een klas waar windpokken voorkomt, verwittig het CLB hiervan.
- Dit is belangrijk opdat kinderen met een verhoogd risico op verwickelingen door windpokken de behandelende arts kunnen raadplegen. Vaccinatie of wering van school kunnen eventueel ingesteld worden door de behandelende arts.

3. Hoofdluizen

- Werk een schoolbeleid rond luizen uit.
- Maak concrete afspraken met het CLB over het schoolbeleid rond hoofdluizen.
- Bijkomende info vind je in de richtlijn Hoofdluizen. Er zijn ook voorbeeldbrieven beschikbaar over:
 - Afspraken met ouders rond hoofdluizen. Bezorg dit in het begin van het schooljaar of bij inschrijving. Zie voorbeeldbrief 'Afspraken rond hoofdluizen'.
 - Melding van hoofdluizen in de klas. Bezorg dit aan de hele klas indien er een melding van hoofdluizen is. Zie voorbeeldbrief 'Hoofdluizen in de klas'.
 - Nat-kam-methode
- 4. Neem in het schoolreglement op dat ouders de hierboven vermelde infectieziekten bij hun kind, inclusief windpokken en hoofdluizen, dienen te melden aan de school.

Algemene hygiënische maatregelen

- Zorg voor goede ventilatie van de klaslokalen
- Stimuleer leerlingen en personeel tot goede handhygiëne en goede hoest-, snuit- en nieshygiëne. Zie fiche Basishygiëne.
- Consulteer de interne dienst voor preventie en bescherming op het werk voor ondersteuning bij schoonmaakprocedures.

REGELGEVING OVER DE TE MELDEN INFECTIEZIEKTEN IN VLAANDEREN

De regelgeving gaat terug op:

1. Het **Decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid** ([externe link](#)) (BS: 3/2/2004) gewijzigd door het decreet van 20 maart 2009 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en gezin (BS: 6/4/2009). Het decreet van 21/11/03 (laatste gewijzigd op 29-3-2019) is het zogenaamde "preventiedecreet", een kaderdecreet dat de krijtlijnen uittekent voor het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen en gewijzigd door het Besluit van de Vlaamse Regering met een meer uitgebreide meldingsplicht in het kader van infectieziekten en de gegevensverwerking die daarmee gepaard gaat ([externe link](#)) (25/01/2024).

In Art. 45 § 3 lezen we: De verplichting tot melding geldt voor de behandelende arts, het hoofd van een laboratorium van klinische biologie en de arts, belast met het medisch toezicht in scholen, bedrijven, voorzieningen waar kinderen en jongeren verblijven, rust- en verzorgingstehuizen en rustoorden voor bejaarden.

Verder lezen we in § 1 en 2 van Art. 45 dat de Vlaamse regering de procedure van melding, de inhoud en de vorm van de melding, alsook de wijze van verwerking van de melding bepaalt, na advies van de Vlaamse toezichtcommissie.

De meldingsprocedure wordt beschreven in de richtlijn Meldingsplichtige infectieziekten in Vlaanderen van het Departement Zorg die te raadplegen is via [deze link](#).

Aangezien sinds 2018 iedere organisatie die persoonsgegevens verzamelt, moet kunnen aantonen hoe ze hun data beheert, gebruikt en beveiligt, zou het kunnen dat u hierover vragen krijgt naar aanleiding van een melding van een meldingsplichtige infectieziekte. Het Departement Zorg ontwikkelde hiervoor een folder met de nodige informatie over wat er met deze data gedaan wordt: [Publieksinfo meldingsplicht vs180426.pdf \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)

2. Het **Besluit van de Vlaamse Regering van 19 juni 2009 betreffende initiatieven om uitbreiding van schadelijke effecten, die veroorzaakt zijn door biotische factoren, tegen te gaan** ([externe link](#)) (B.S.16.09.2009) gewijzigd door het Besluit van de Vlaamse Regering houdende aanpassing van de besluiten van de Vlaamse Regering aan de verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming) ([externe link](#)) (25.1.2019).

Hierin lezen we ondermeer het volgende:

Art. 2.

§ 1. Om overeenkomstig artikel 44, § 3, 1° van het decreet van 21 november 2003 maatregelen te kunnen nemen om verspreiding van infecties tegen te gaan, moeten de infecties, vermeld in een lijst die door de minister wordt bepaald, binnen vierentwintig uur na het eerste realistische klinische, epidemiologische of laboratoriumtechnische vermoeden, op basis van de gevalsdefinities die ter beschikking gesteld worden door het Departement Zorg, gemeld worden. De melding gebeurt op een beveiligde elektronische wijze, telefonisch of mondeling, of eventueel schriftelijk per post, met inachtneming van de vereisten voor de uitwisseling van medische gegevens. De beveiligde elektronische wijze betekent dat de melding gebeurt via een geëncrypteerd bericht of via een beveiligde webapplicatie, die door de bevoegde overheid ter beschikking wordt gesteld aan de melders. De eventuele schriftelijke melding per post gebeurt onder gesloten omslag, op naam van de arts-gezondheidsinspecteur die binnen het Departement Zorg verantwoordelijk is voor de provincie waar de melder zijn beroepsactiviteit uitvoert. De melding bevat over de patiënt alleen de gegevens die krachtens dit besluit nodig zijn.

De melding wordt gedaan aan een ambtenaar-arts als vermeld in artikel 44, § 3, 2°, van het decreet van 21 november 2003.

§ 2. Elk vermoeden van een ernstige infectie die niet in de lijst, vermeld in paragraaf 1, is opgenomen, en die, volgens de inschatting van de potentiële melder, op basis van de medische kennis die die verondersteld wordt te hebben, een epidemisch karakter dreigt aan te nemen of aangenomen heeft, moet ook gemeld worden. Het betreft ook de infecties die veroorzaakt zijn door accidentele of doelbewuste introductie van biotische factoren. Die melding wordt gedaan op dezelfde wijze, met inachtneming van dezelfde voorzorgen, door dezelfde personen en gericht aan dezelfde ambtenaar-arts als vermeld in paragraaf 1.

Als de potentiële melder twijfel heeft over de ernst of het epidemische karakter van een infectie, neemt hij telefonisch contact op met de ambtenaar-arts, vermeld in paragraaf 1.

§ 3. Als degene die de infectie moet melden, van oordeel is dat de maatregelen die genomen moeten worden van die aard zijn dat ze een onmiddellijke aanpak of coördinatie vergen, wordt de infectie onmiddellijk telefonisch of mondeling gemeld. Bij een telefonische of een mondelinge melding moet de melder, als de ambtenaar-arts, vermeld in paragraaf 1, of een ambtenaar als vermeld in artikel 44, § 3, 3°, van het decreet van 21 november 2003, daarom verzoekt, de melding bevestigen op een beveiligde elektronische wijze of via de post.

- 3. Het Ministerieel besluit van 19 juni 2009 tot bepaling van de lijst van infecties die gemeld moeten worden** ([externe link](#)) en tot delegatie van de bevoegdheid om ambtenaren-artsen en ambtenaren aan te wijzen (B.S.20.07.2009); gewijzigde lijst per 1.01.2017.

In Art. 1 wordt de lijst van de verplicht te melden infecties opgesomd, nl.:

1° anthrax

2° botulisme

- 3° brucellose
- 4° cholera
- 5° chikungunya waarbij vermoed wordt dat de besmetting gebeurde op het Europese continent
- 6° dengue waarbij vermoed wordt dat de besmetting gebeurde op het Europees continent
- 7° difterie
- 8° enterohemorragische *E. coli* infectie
- 9° gastro-enteritis, bij epidemische verheffing in een collectiviteit
- 10° gele koorts
- 11° gonorrhoe
- 12° *haemophilus influenzae* type b invasieve infectie
- 13° hepatitis A
- 14° hepatitis B (acuut)
- 15° humane infectie met aviaire (of een nieuw subtype) influenza
- 16° legionellose
- 17° leptospirose
- 18° malaria waarbij vermoed wordt dat de besmetting gebeurde op het Europese continent
- 19° mazelen
- 20° meningokokken invasieve infectie
- 21° pertussis
- 22° pest
- 23° pokken
- 24° poliomyelitis inclusief acute slappe parese
- 25° psittacose
- 26° Q-koorts
- 27° rabiës
- 28° *salmonella typhi* of *s. paratyphi* infectie
- 29° SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) en MERS (Middle East Respiratory Syndrome)-coronavirus infectie
- 30° scabies, collectieve infectie
- 31° *shigella* infectie
- 32° *streptococcus pyogenes*, invasieve infectie
- 33° syfilis
- 34° tuberculose
- 35° tularemie
- 36° virale hemorragische koorts
- 37° vlektyfus
- 38° voedselinfectie (vanaf twee gevallen)
- 39° westnijlvirusinfectie waarbij vermoed wordt dat de besmetting gebeurde op het Europese continent
- 40° zikavirusinfectie waarbij vermoed wordt dat de besmetting gebeurde op het Europese continent
- 41° zorginfecties door multiresistente micro-organismen: een plotse toename van het aantal infecties in vergelijking met de normale incidentie

42° elk vermoeden van een ernstige infectie die een epidemisch karakter dreigt aan te nemen of aangenomen heeft.

REGELGEVING VOOR CLB IN HET KADER VAN DE PROFYLAXE VAN BESMETTELIJKE ZIEKTEN

Een belangrijke opdracht van de CLB's is de profylaxe van besmettelijke aandoeningen t.a.v. leerlingen en personeelsleden van een school. Deze opdracht wordt gereguleerd via:

1. Het [Decreet betreffende de leerlingenbegeleiding in het basisonderwijs, het secundair onderwijs en de centra voor leerlingenbegeleiding](#) (B.S.25/06/2018)

Onder de opdrachtsverklaring van de CLB's (Art. 4) is te lezen dat het begeleidingsdomein preventieve gezondheidszorg o.a. het nemen van profylactische maatregelen om de verspreiding van besmettelijke ziekten tegen te gaan dient te omvatten.

Verder is enerzijds in Art. 9. te lezen dat leerlingen en ouders zich niet kunnen verzetten tegen de profylactische maatregelen die een centrum neemt en anderzijds in Art. 6. dat ook de organisator van huisonderwijs voor leerplichtigen die huisonderwijs volgen, verplicht is mee te werken aan de profylactische maatregelen die een centrum neemt bij besmettelijke ziekten. Het gaat daarbij over zij die een verklaring huisonderwijs indienen bij de bevoegde diensten van de Vlaamse Regering, waarbij het huisonderwijs wordt georganiseerd voor twee of meer leerplichtige kinderen samen en waarbij de plaats waar het huisonderwijs wordt georganiseerd verschilt van het domicilie adres van de leerplichtigen.

2. Het [Besluit van de Vlaamse Regering tot operationalisering van de leerlingenbegeleiding in het basisonderwijs, het secundair onderwijs en de centra voor leerlingenbegeleiding](#) (B.S 6-8-2018), waarin Art. 10. de profylaxe van besmettelijke ziekten door CLB belicht:

§ 1. De beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg van het centrum wordt door de leerling, de ouders, de school of de behandelende arts van de leerling geïnformeerd over het vermoeden of het voorkomen van een infectieziekte op school bij een leerling of een personeelslid uit de lijst, vermeld in het Draaiboek Infectieziekten CLB.

De beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg van het centrum brengt de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer op de hoogte van het vermoeden of het voorkomen van een infectieziekte op school bij een leerling of een personeelslid uit de lijst, vermeld in het Draaiboek Infectieziekten CLB.

De beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg van het centrum bepaalt, zo nodig in overleg met het team Infectieziektebestrijding van het Departement Zorg, welke maatregelen genomen moeten worden in geval van een infectieziekte.

De beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg van het centrum informeert de directies van de scholen over die maatregelen.

Het Draaiboek Infectieziekten CLB vormt daarbij de leidraad voor elk centrum. De bevoegde diensten van de Vlaamse Regering stellen het Draaiboek Infectieziekten CLB ter beschikking.

§ 2. De bevoegde diensten van de Vlaamse Regering informeren de organisator van huisonderwijs voor leerplichtigen welk vermoeden of voorkomen van welke infectieziekte gemeld moet worden aan een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg van een centrum als vermeld in het Draaiboek Infectieziekten CLB. Het gaat alleen over de leerlingen in huisonderwijs voor wie een verklaring over huisonderwijs is ingediend en bij wie de plaats van het huisonderwijs verschilt van hun domicilie.

De beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg van het centrum die de melding ontvangt, bepaalt, zo nodig in overleg met het team Infectieziektebestrijding, welke maatregelen genomen moeten worden in geval van een infectieziekte.

De beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg van het centrum informeert de organisator van huisonderwijs over welke maatregelen genomen moeten worden.

Het Draaiboek Infectieziekten CLB vormt daarbij de leidraad voor elk centrum. De bevoegde diensten van de Vlaamse Regering stellen het Draaiboek Infectieziekten CLB ter beschikking.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Fiche persoonlijke hygiëne

FICHE 1: Persoonlijke hygiëne

Tijdens systematisch contact en bij het vaccineren

- Houd de nagels schoon en kort, gebruik geen nagellak of kunstnagels
- Draag geen juwelen aan handen en voorarmen
- Verzorg baard, snor en haar
- Gebruik wegwerpzakdoeken was de handen na gebruik
- Eet of drink niet waar met leerlingen gewerkt wordt
- Draag schone kledij die een correcte handhygiëne toelaat
- Pas goede handhygiëne en hoest-, snuit- en nieshygiëne toe

Wanneer handen ontsmetten met handalcohol?

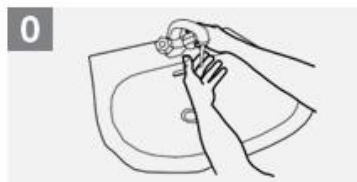
- Voor en na mondonderzoek
- Voor en na klinisch onderzoek (hart- en longauscultatie, abdominale palpatie, otoscopie,...)
- Na palpatie van de testes

Bijlage 2: Fiche handen wassen

FICHE 2: Handen wassen met water en zeep



Duurtijd: 40-60 seconden



0 Maak je handen nat met water



1 Gebruik voldoende zeep



2 Wrijf handpalm tegen handpalm



3 Wrijf met gekruiste vingers je rechterhandpalm over je linkerhandrug en omgekeerd



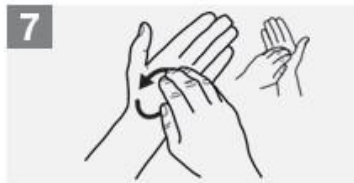
4 Wrijf handpalm tegen handpalm met gekruiste vingers



5 Wrijf met de achterkant van je vingers tegen je handpalm heen en weer



6 Maak cirkels met je linkerduim in je rechterhanden omgekeerd



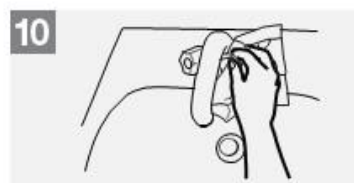
7 Maak cirkels met je vingertoppen in je handpalm



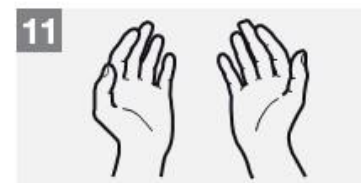
8 Spoel je handen goed af met water



9 Droog je handen met een wegwerpdoekje



10 Draai de kraan toe met het doekje



11 Je handen zijn nu proper

Gebaseerd op 'How to Handwash?' http://www.who.int/gpsc/5may/How_To_HandWash_Poster.pdf © World Health Organization 2009



VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023)

[Link hygiënische maatregelen](#)

Bijlage 3: Fiche handen ontsmetten

FICHE 3: Handen ontsmetten met handalcohol

 **Duurtijd 20 – 30 seconden**

Was zichtbaar bevulde handen eerst met water en zeep!

1a 	1b 	2 
Neem een voldoende hoeveelheid handalcohol om de handen volledig te bedekken		Wrijf handpalm tegen handpalm
3 	4 	5 
Wrijf met gekruiste vingers je rechterhandpalm over je linkerhandrug en omgekeerd	Wrijf handpalm tegen handpalm met gekruiste vingers	Wrijf met de achterkant van je vingers tegen je handpalm heen en weer
6 	7 	8 
Maak cirkels met je linkerduim in je rechterhand en omgekeerd	Maak cirkels met je vingertoppen in je handpalm	Je handen zijn ontsmet als ze droog zijn



VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023)

[Link hygiënische maatregelen](#)

Bijlage 4: Fiche onderhoud herbruikbaar materiaal

FICHE 4: Onderhoud van herbruikbaar materiaal

Materiaal	In contact met	Kwalificatie	Behandeling
Onderzoekstafel ● Meetlat ● Weegschaal ● Otoscoop zonder oortrechter ● Stethoscoop ● Lintmeter ● Bloeddrukmeter (band) ●	Intacte huid	Niet-kritisch	Reinigen en goed drogen
Herbruikbare oortrechter voor otoscoop ●	Intacte huid en oorsmeer	Niet-kritisch	Reinigen en goed drogen ⑤
Mondspiegel ●	Slijmvliezen	Semi-kritisch	Eerst reinigen en goed drogen, nadien desinfecteren⑥
Stompe sonde ●			

- ① Elke dag waarop een medisch onderzoek heeft plaatsgevonden.
- ② Dagelijks reinigen is aan te raden bij frequent gebruik. Zonder zichtbare bevuilding is afwrijven met ethanol 70% een aanvaardbaar alternatief.
- ③ Voor de band van de bloeddrukmeter kan er gekozen worden voor een wasbaar model.
- ④ Bij gebruik na elke leerling.
- ⑤ De vorm van een oortrechter maakt een handmatige grondige reiniging onmogelijk. Een ultrasoon toestel is wel geschikt voor het reinigen van fijn medisch instrumentarium. Oortrechters voor otoscoop kunnen ook in wegwerpmateriaal aangekocht worden.
- ⑥ Instrumenten die als semi-kritisch beschouwd worden, dienen steeds gereinigd te worden na gebruik, gevolgd door een hoogwaardige ontsmetting. Omdat producten voor hoogwaardige ontsmetting moeilijk te bekomen zijn buiten de ziekenhuisomgeving en een grote expertise vragen in gebruik (aktivatie van het product, handschoenen, afzuiging, enz.) wordt in de praktijk aanvaard om voor deze toepassing ethanol 70% te gebruiken, ofschoon ethanol slechts een intermediaire graad van ontsmetting behaalt.



VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023)

[Link hygiënische maatregelen](#)

Bijlage 5: Fiche Afvalbeheer

FICHE 5: Afvalbeheer

Wat?	Waar verwijderen?
naalden	naaldcontainer
lege flacon*	recipiënt voor vast risicohoudend medisch afval (RMA)
vervallen voorgevulde spuiten	
spuit met een relevante hoeveelheid vloeistof	
lege spuit zonder naald	restafval
gebruikte compressen en pleisters	
blisters en naaldbeschermers	
tongspatels	
oortrechters voor eenmalig gebruik	
kartonnen verpakking	papier en karton



VLAAMSE
WETENSCHAPPELIJKE
VERENIGING VOOR
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Draaiboek infectieziekten CLB (2023)

[Link afvalbeheer](#)

FICHE 6: Basishygiëne

Handhygiëne

- Was handen met water en vloeibare zeep:
 - Voor en na het eten
 - Na toiletgebruik
 - Na hoesten, niezen, snuiten
 - Vóór en na hulp bij eten, na hulp bij toiletgebruik en neus of mond afvegen
 - Bij zichtbare bevuilding van de handen
 - Na schoonmaken
 - Na buitenspelen
 - Na spelen in de zandbak (binnen en buiten)
 - Na uittrekken van handschoenen

Hoest-, snuit- en nieshygiëne

- Gebruik steeds papieren zakdoek
- Houd zakdoek voor mond én neus
- Gooi zakdoek na gebruik meteen in de vuilnisbak
- Hoest en nies in de elleboog indien niet tijdig een zakdoek
- Snuit tijdig de neus (voorkom verspreiding van snottebellen via speelgoed e.d.)
- Was na het hoesten, niezen en snuiten steeds de handen met water en zeep

Fiche 8: Omgaan met bloed en andere lichaamsvochten

FICHE 8: Omgaan met bloed en andere lichaamsvochten

Andere lichaamsvochten zijn o.a. urine, stoelgang en braaksel

- Draag niet-steriele wegwerphandschoenen
- Verwijder het bloed e.d. (organisch materiaal) met een of meer absorberende wegwerpdoekjes (vb cellulose doekjes).
- Gooi handschoenen en wegwerpdoekjes in de vuilnisbak.
- Trek nieuwe wegwerphandschoenen aan.
- Reinig en droog het oppervlak/voorwerp.
- Ontsmet kleine oppervlakken/voorwerpen met alcohol 70% (< 0,5 m²) en laat aan de lucht drogen. Ook sprays met een ontsmettingsmiddel kunnen gebruikt worden.
- Ontsmet grote oppervlakken met een chlooroplossing van 1.000 ppm (vanwege brandgevaar mag dit niet met alcohol). Interferenties en eventueel neutralisatie tussen producten voor reiniging en desinfectie is altijd mogelijk.
- Gooi handschoenen weg. Gooi ook schoonmaakmaterialen weg of was ze op 60 °C.
- Was de handen met water en zeep.
- Was bevuild textiel op 60 °C.

Bijlage 7: Gezondheidsmatrix (illustratie)

© Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie vzw, 2006

	Leerling (preventief-curatief, bijzondere noden, specifieke doelgroepen)	Klas (gezondheidseducatie)	School (gezondheidsbeleid)	Omgeving (ouders, partners, gemeente, ...)
Educatie (leerlingenbegeleiding, educatieprogramma, organisatie curriculum)		Kennis over: Wat is een luis? Hoe krijg je luizen? Hoe raak je ze kwijt? Vaardigheden: aanleren van de nat-kam-methode	Infovergadering schoolteam: kennis over luizen hun opsporing en behandeling didactische hulpmiddelen wat is het stappenplan en hoe te hanteren in de praktijk Klasoverstijgend project ivm luizen	Informeren van ouders over: Luizenstappenplan/beleid: Wat doet de school? Hoe kunnen ouders de aanpak helpen slagen? Waar kunnen ouders terecht met vragen? Hoe spoor je luizen op? Hoe behandel je luizen? via infobrief, schoolkrant, website,...
Structurele maatregelen (schoolactiviteiten, leef- leerwerk omgeving, schoolklimaat)	Manier van melden in de school is gekend		Kapstokken op min. 15 cm afstand Aanspreekpunt voor meldingen luizen	Informatie over luizen is te vinden op de website van de school Manier van melden in de school is gekend
Afspraken (school- en arbeidsreglement, afspraken, houding)	Leerling (of ouder) meldt besmetting met luizen	Iedereen gebruikt eigen borstel bij zwemmen Verkleedkoffers tijdelijk op slot bij luizenmeldingen Mutsen en sjaals in de mouwen	Stappenplan: wat bij melding van luizen? (PS: stappenplan opgesteld in overleg met schoolteam)	Overleg over stappenplan met ouderraad/schoolraad Taboe doorbreken Privacy garanderen voor leerlingen igv kriebelteams
Zorg/begeleiding (Inbegeleiding, risicodoelgroepen, signalering vroegdetectie) en	Individuele trajecten ter ondersteuning van leerlingen met hardnekkige luizenproblematiek in samenspraak met CLB (vb. aanleren van specifieke vaardigheden zoals de nat-kam-methode bij oudere leerlingen)	Kinderen uit haardgezinnen mogen niet gestigmatiseerd worden in de klas	Kinderen uit haardgezinnen mogen niet gestigmatiseerd worden in de school	Individuele trajecten ter ondersteuning van gezinnen met hardnekkige luizenproblematiek in samenspraak met CLB

Syllabus "Luizen en hun aanpak" VWVJ-vorming 18 januari 2011

Bijlage 8: Leidraad voor het CLB om samen met de school een stappenplan voor de aanpak van hoofdluizen op te stellen

Stap 1: Informeer ouders, leerlingen en leerkrachten (en andere medewerkers) op regelmatige basis

- Waarover?
 - Het schoolbeleid: Hoe pakt de school luizen aan? Hoe kunnen de ouders helpen? Waar kunnen ouders terecht met vragen? ...
 - Wat zijn luizen?
 - Hoe luizen opsporen?
 - Hoe luizen behandelen?
- Waarom?
 - Er bestaat nog veel taboe rond hoofdluizen, zowel bij ouders, leerlingen als leerkrachten. Een eerste stap om dit te doorbreken is het geven van juiste informatie.
 - Ouders zijn verantwoordelijk voor de vaststelling en de behandeling van luizen bij hun kind(eren). Het is belangrijk dat zij hierover voldoende en correcte kennis hebben.
 - Het herhaaldelijk aanbieden van informatie vergroot de kans op succes!
- Wanneer?
 - Bij het begin van elk schooljaar en bij de inschrijving van elke nieuwe leerling.
 - Tijdens oudercontact, informatiedagen, opendeurdagen, schoolfeest, ...
 - Tijdens een jaarlijkse „luizendag“.
 - ...
- Hoe?
 - Folder of nieuwsbrief
 - Via de website van de school
 - Infosessies met posters, presentaties, illustratie van nat-kam-test, ...
 - Activiteiten op klas- of schoolniveau: integreren in de lessen, aanleren van de nat-kam-methode (vanaf derde graad lager onderwijs), verhaaltjes, ...

Stap 2: De luizenverantwoordelijke bespreekt de melding

- De luizenverantwoordelijke neemt een melding onmiddellijk op en neemt zo snel mogelijk terug contact op met de melder.
- Vraag en registreer welke behandeling werd ingesteld. Geef zo nodig informatie.
- Vraag of de gezinsleden ook werden gecontroleerd.

Stap 3: Geef alle klasgenoten een brief (melding luizen op school) mee

- Bij een eerste melding wordt in de brief geïnformeerd en opgeroepen om hun kind te controleren op luizen met de nat-kam-methode.
- Bij een hardnekkig probleem vraag aan de ouders de volgende schooldag te antwoorden of er luizen werden gevonden of niet en welke behandeling eventueel werd ingesteld. De luizenverantwoordelijke neemt contact op met de ouders wanneer er geen antwoord werd ontvangen op de tweede schooldag na het meegeven van de brief.

Stap 4: Registreer de bevindingen

- De luizenverantwoordelijke houdt de bevindingen van elke leerling bij op een registratieformulier. Dit geeft zowel een individueel beeld als een beeld op schoolniveau en is zinvol bij overleg met het CLB. Hoe lang heeft een leerling al luizen? Hebben broers/zussen ook last? Moet het beleid op school bijgesteld worden? ...
- Spreek af wie dit registratieformulier mag bekijken. Houd rekening met de privacy van de leerlingen.

Stap 5: Volg leerlingen met luizen op

- Leerlingen met luizen kunnen mee opgevolgd worden door de luizenverantwoordelijke. Houd de ouders hiervan op de hoogte. Hoe snel deze controles volgen, bv. om de twee weken, moet op voorhand afgesproken worden. Visuele controle is onvoldoende, raad minstens droogkammen aan. Behandelen met de nat-kam-methode duurt minstens twee weken, houd hier rekening mee.
- Bekijk per school of het aangewezen is dat leerlingen met luizen verder opgevolgd worden.

Stap 6: Contacteer het CLB bij blijvende aanwezigheid van luizen

Bekijk per school wanneer er contact opgenomen wordt met het CLB. Zijn luizen een groot probleem? Hoe is de samenwerking tussen school en CLB? Werd het CLB in het verleden te snel of juist niet snel genoeg gecontacteerd? Veel of weinig hardgezinnen?... Er kan afgesproken worden dat de school sneller contact opneemt met het CLB wanneer een leerling uit een gekend hardgezin luizen heeft. Let op voor stigmatisatie.

[Link luizenbeleid op school](#)

Bijlage 9: Controle door de school van alle leerlingen op regelmatige basis

In de strijd tegen hoofdluizen werden al vele methodieken ontwikkeld. Verschillende scholen organiseren controlemomenten op school. Hierbij worden de hoofden van alle leerlingen gecontroleerd op vooraf afgesproken momenten zoals na elke schoolvakantie. De haren worden meestal droog nagekeken met behulp van de handen, de zogenaamde visuele inspectie. Deze controles gebeuren bijvoorbeeld door vrijwillige ouders, leerkrachten of kinderverzorgsters. Er wordt soms gesproken van „kriebelteams” of „kriebelouders”. De ervaringen van scholen die werken met deze teams zijn doorgaans positief. Maar er is weinig wetenschappelijke evidentie die deze manier van werken ondersteunt. Dit betekent niet dat deze controles moeten afgeschaft worden. Ze kunnen een plaats hebben in het schoolbeleid tegen hoofdluizen, wanneer ze kaderen in een bredere aanpak met een basisaanbod voor alle leerlingen en hun ouders en een aanbod op maat in het geval van bijzondere situaties. Wanneer men overweegt om een „kriebelteam” in te zetten moeten de voor- en nadelen van de methodiek en de mogelijke valkuilen grondig bekeken worden.

Voordelen

- De school ontwikkelt een beleid tegen hoofdluizen.
- Ouders worden actief betrokken bij het schoolbeleid.
- Door (de aankondiging van) een controle op school worden ouders, leerlingen en schoolpersoneel herinnerd aan de luizenproblematiek. Het kan ouders motiveren hun kind(eren) vaker thuis te controleren op luizen.
- Het kan de aanwezigheid van luizen aan het licht brengen terwijl dit zonder de controle mogelijk veel later zou gebeurd zijn.

Nadelen

- Een behandeling tegen luizen wordt pas ingesteld bij het vinden van levende luizen. Luizen zijn helaas heel moeilijk te vinden. De meeste leerlingen met hoofdluizen hebben maar heel weinig luizen, luizen kruipen snel weg bij elke bedreiging en donkere luizen vallen weinig op in donker haar. Visuele inspectie is onvoldoende gevoelig.
- De nat-kam-methode biedt de meeste zekerheid dat de diagnose juist gesteld wordt. Deze methode is echter niet geschikt om grote groepen te screenen wegens te arbeidsintensief.
- Een alternatief is inspectie met een luizenkam. Hierbij worden de droge haren systematisch gekamd met een luizenkam. De kans om levende luizen te vinden is groter dan bij visuele inspectie en deze methode vraagt niet veel meer tijd. Deze methode kan gebruikt worden om grote groepen te screenen en wordt dus aangeraden voor controles van alle leerlingen op school.
- Wanneer enkel neten aanwezig zijn, mag geen behandeling aangeraden worden. Het is immers te moeilijk om met het blote oog een onderscheid te maken tussen neten met een levende larve erin, neten met een dode larve erin en lege neten. Huidschilfers worden ook vaak verkeerd gezien

als neten. Bij het zien van neten zonder luizen of bij twijfel moeten de ouders aangespoord worden om thuis de nat-kam-test te doen en de school te verwittigen bij het vinden van luizen.

- Een goede aanpak met regelmatige controles is arbeidsintensief. Denk aan het oprichten van het team (mensen motiveren en opleiden (dit is een blijvende opdracht, zeker bij wisselende deelnemers)), het uitvoeren van de (aangekondigde) controles van alle leerlingen op regelmatige basis, het schriftelijk meedelen van het onderzoeksresultaat, de opvolging en zo nodig persoonlijke contacten, ...
- De ouders van het kriebelteam moeten discreet omgaan met de informatie die ze verkrijgen. Het beschermen van de privacy van de leerlingen is een belangrijk aandachtspunt.

Valkuilen

- De aanwezigheid van een „kriebelteam“ kan zorgen voor gemoedsrust binnen de school, maar mag geen vals gevoel van „onaantastbaarheid“ geven. Een „kriebelteam“ kan de klus niet alleen klaren. De aanpak werkt alleen wanneer deze gekaderd is binnen een breder beleid.
- De aanwezigheid van een „kriebelteam“ kan ertoe leiden dat ouders zelf geen controles meer doen omdat ze ervan uitgaan dat de school deze taak op zich neemt.

Adviezen voor scholen die wensen te werken met regelmatige controles

- Ontwikkel een beleid rond het thema hoofdluizen. Centrale vragen waarop dit schoolbeleid een antwoord dient te bieden: Hoe nog beter voorkomen dat luizen zich verspreiden via school? Wat doen bij melding (of opmerken) van luizen? En wat bij hardnekkig aanwezig blijven van luizen bij klasgroepen of individuele leerlingen? In dit breder kader kunnen regelmatige controles op school passen. Vraag u steeds af wat het doel is van een bepaalde aanpak. Besef dat controles op school geen vervanging zijn van regelmatige controles door de ouders thuis. Wijs ouders hierop. Tip: Plaats - samen met het CLB - de actiepunten van het schoolbeleid in de gezondheidsmatrix (zie terug en www.gezondeschool.be). De kans op doelmatigheid van het schoolbeleid neemt toe naarmate meer elementen in de matrix een invulling kregen.
- Schenk aandacht aan privacy en discretie. Extra opletten bij leerlingen uit gekende haardgezinnen, zij behoren vaak al tot een kwetsbare groep. Mogelijk zijn er ook leerlingen met huidafwijkingen of huidziekten die het onderzoek kunnen bemoeilijken. Vermijd eventueel dat ouders de leerlingen van de klas van hun eigen kind(eren) controleren.
- Denk na over de gebruikte opsporingstechniek. Enkel bij het vinden van levende luizen is een behandeling nodig, maar het vinden van luizen is moeilijk. Visuele inspectie alleen is niet betrouwbaar genoeg, gebruik luizenkammen. De nat-kam-methode is het meest betrouwbaar.
- Zorg voor een degelijke opleiding van de personen die de controles uitvoeren.
- Ouders mogen/kunnen deze controles weigeren. Spoor alle ouders aan thuis regelmatig te controleren op luizen met de nat-kam-test.

Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg

Het KartHuis
Tervuursevest 242C
3000 Leuven
www.vwvj.be