

Advies gebruik persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) in beleidsniveau 1 van de epidemie.

vergadering 24-02-2022 – gevalideerd door RMG 28-02-2022

1. Context en vraagstelling

De “[Coronabarometer](#)” biedt een structuur voor heel wat niet-farmacologische interventies in functie van de ernst van de epidemiologische situatie. Daartoe behoort ook het gebruik van mondmaskers in horeca, winkels, evenementen en andere vrijetijdsbesteding. Over het algemeen zijn in “code geel” enkel nog mondmaskers (bij voorkeur FFP2) aangeraden voor personen met een verhoogd risico op ernstige ziekte, om zichzelf te beschermen.

De RAG bracht eveneens een advies uit in verband met de teststrategie en toekomst van contact tracing, volgens de verschillende epidemiologische situaties. Samenvattend zou er in code geel én op voorwaarde dat er geen nieuwe zorgwekkende variant (VOC) opduikt, een veel beperkter testbeleid zijn, waarbij testen voor SARS-CoV-2 vooral op klinische indicatie gebeurt. Ook routinematig screenen van alle patiënten die in het ziekenhuis opgenomen worden, is dan niet aanbevolen, maar enkel te overwegen voor bepaalde afdelingen met zeer kwetsbare patiënten.

Er wordt nu advies gevraagd in verband met het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (in het bijzonder mondmaskers, maar eveneens handschoenen, spatbrillen/face shields en beschermingsschorten) door zorgverleners in geval van “code geel”. Er werd initieel aangekondigd dat het niveau van de Coronabarometer (vastgelegd door het overlegcomité) parallel zou lopen met het [beleidsniveau zoals wekelijks geëvalueerd door de RAG](#). Dit is echter in praktijk niet zo. **Dit document bevat dus aanbevelingen voor beleidsniveau 1 op basis van de evaluatie van de RAG**, ongeacht de officiële kleurcode van de barometer.

2. Aanbevelingen

ALGEMEEN

- De verscherpte aandacht voor infectiepreventie en –controle heeft geleid tot een [verminderd antibioticagebruik](#) en een [quasi afwezig griepseizoen](#). Het is van belang om versterkte best practices te behouden. Bij het afwegen van voor- en nadelen van bepaalde interventies, zoals het ‘universal masking’-beleid, moet zowel rekening gehouden worden met de gunstige impact op SARS-CoV-2 en andere infectieziekten als op nadelige effecten zoals comfort en communicatie.
- De voornaamste indicatoren om de alarmniveaus te bepalen zijn ziekenhuisopnames en bezetting van intensieve zorgen. Hoewel ook gekeken wordt naar oa. contacten bij de huisarts en positiviteitsratio, is ook in alarmniveau 1 nog relatief intense viruscirculatie mogelijk. Wegvallen van preventieve maatregelen binnen zorginstellingen kan dan een grote invloed hebben, zowel ivm. patiëntveiligheid als ivm. ziekteverzuim bij het personeel.

PERSONEN MET ACUTE RESPIRATOIRE SYMPTOMEN OF BEWEZEN SARS-COV-2

- **Zorgverleners** moeten aangemoedigd worden om **zoveel mogelijk thuis te blijven** indien zij zelf acute respiratoire symptomen vertonen. Elke zorgverlener met mogelijke symptomen van COVID-19 die in contact komt met patiënten **moet getest worden**. Ook bij een negatief testresultaat moet een chirurgisch masker gedragen bij contact met collega's of patiënten of gebruik van een gemeenschappelijke ruimte met ongecontroleerde ventilatie.
- Voor **patiënten met acute respiratoire symptomen** moeten altijd de nodige beschermingsmaatregelen getroffen worden, ongeacht de epidemiologische fase en de vermoedelijke etiologie (Influenza, RSV, SARS-CoV-2, ander respiratoir virus...). Dezelfde beschermingsmaatregelen moeten ook genomen worden voor patiënten zonder symptomen maar met een bewezen SARS-CoV-2 infectie.
 - **De patiënt** draagt indien mogelijk een **chirurgisch masker** wanneer in contact met een zorgverlener
 - **Zorgverleners dragen**
 - FFP2-masker bij aërosol-genererende procedures (AGP), minimum een chirurgisch masker bij niet-AGP
 - handschoenen en beschermkledij bij direct patiëntencontact
 - oogbescherming (face shield of spatbril) indien risico op spatten en <1,5m afstand van patiënt (ongeacht of deze patiënt symptomen vertoont of niet)

Tabel 1: Aanbevolen PBM voor zorgverleners **tijdens patiëntencontact**

| | Acute respiratoire symptomen of bewezen SARS-CoV-2 | Routinezorg (geen verdenking SARS-CoV-2) |
|------------------------|---|---|
| Mondmasker | - geen AGP: min. chirurgisch - AGP: FFP2 | min. chirurgisch masker |
| Spatbril / face shield | Indien risico spatten (<1,5m) | **bestaande procedures |
| Handschoenen | Indien direct patiëntencontact | **bestaande procedures |
| Beschermkledij* | Indien direct patiëntencontact | **bestaande procedures |

* coveralls zijn niet aangeraden aangezien deze moeilijker correct te verwijderen zijn dan beschermshorten, haarkapjes zijn niet nodig ** PBM die ook pre-COVID aanbevolen was, bv. spatbril indien risico op spatten, handschoenen bij contact met lichaamsvochten, dienstkledij etc.

PERSONEN ZONDER RESPIRATOIRE SYMPTOMEN EN ZONDER VERDENKING OP SARS-COV-2

- Het is belangrijk dat het zorgsysteem **veilige zorg kan aanbieden aan alle patiënten**. Gezien de vaak kwetsbare populatie, kunnen hier dus strengere richtlijnen gelden dan in de rest van de samenleving. Zowel heel wat patiënten als zorgverleners kunnen een recent hoogrisicocontact gehad hebben zonder zich daarvan bewust te zijn. Universele maatregelen zijn daarom belangrijk:
 - **Patiënten die daartoe in staat zijn en bezoekers dienen een mondmasker te dragen** in wachtzalen, gemeenschappelijke ruimtes of (waar mogelijk) bij contact met zorgverleners,

als bescherming voor anderen. Dit geldt niet voor residenten in residentiële zorgcollectiviteiten.

- **Zorgverleners dienen steeds minimum een chirurgisch mondk masker te dragen bij patiëntencontact.** Dit geldt eveneens voor zorgpersoneel in woonzorgcentra of thuishulp.
 - In uitzonderlijke gevallen (bv. gesprek psychologe, slecht-nieuws-gesprek...) kan het mondk masker achterwege gelaten worden, op voorwaarde dat 1,5m afstand in acht genomen wordt en er aandacht is voor goede ventilatie.
- Om **transmissie tussen zorgverleners** (en het ziekteverzuim dat daaruit volgt) te vermijden, wordt in momenteel aanbevolen dat zorgverleners ook verder een mondk masker dragen als er geen patiëntencontact is maar ze zich in een gedeelde ruimte bevinden (bv. verpleegpost, dokterskamer), tenzij er voldoende afstand en goede ventilatie is. Deze aanbeveling kan geherevalueerd worden in functie van de verdere evolutie van de epidemie de komende maanden.

3. Internationale aanbevelingen en literatuur

3.1 ECDC (European Centres for Disease Prevention and Control)

There is no recent update of the infection prevention and control guidance of the ECDC, published in [February 2021](#). In this document, ECDC advises universal masking of staff, visitors and patients in areas with community transmission of COVID-19 when physical distancing is not possible.

However, there is a very recent update on "[Considerations for the use of face masks in the community in the context of the SARS-CoV-2 Omicron variant of concern](#)" (Technical Report 7th Feb 2022). We refer to this document for relevant background literature and references on the use of mask-wearing and the infectiousness of Omicron. Relevant points include:

- "the apparent increased transmissibility of Omicron is more likely to be primarily due to immune escape (...) rather than a change in the ability to be transmitted through aerosols or increased survival in aerosols "
- "Experimental studies indicate that respirators are more effective than medical face masks both in limiting the release of infectious respiratory droplets when worn by the infectious source and in limiting the exposure when worn by the exposed person." "For respirators, an appropriate fit is necessary"
- "A systematic review identified discomfort as the most common complaint, while respirators were more commonly linked to reports of headache, difficulty breathing and pressure on the nose, compared to medical face masks "

3.2 CDC (US Centres for Disease Prevention and Control)

The US CDC distinguishes [4 levels of transmission](#):

Determining Transmission Risk



If the two indicators suggest different transmission levels, the higher level is selected

| | Low | Moderate | Substantial | High |
|---|-----|----------|-------------|---------|
| New cases per 100,000 persons in the past 7 days* | <10 | 10-49.99 | 50-99.99 | ≥ 100 |
| Percentage of positive NAATs tests during the past 7 days** | <5% | 5-7.99% | 8-9.99% | ≥ 10.0% |

Note that, in contrast to the Belgian barometer system, these indicators are about transmission only and purely test-based. This means that they are highly influenced by the testing policies and are not directly influenced by pressure on the healthcare system / number of severe cases. The 7-day-incidence of new cases in Belgium is currently ~1400 (so 14x the threshold for 'high community transmission') and the PR is at 24%.

In [its recently updated IPC guidance](#) (2nd Feb 2022) CDC recommends the following:

- keep **separate flows for patients with known high-risk exposure, possible symptoms of COVID-19** or a confirmed SARS-CoV-2 infection
- **all staff and visitors should wear a well-fitted mask or respirator as source control**
 - o if source control is the only reason for wearing a respirator, this can be used during the entire shift
 - o masks as universal source control do NOT need to be worn in case community transmission is low or moderate AND
 - for staff: there is no patient contact
 - for visitors/patients: they are in their own room during a one-on-one visit
- In addition to routinely recommended PPE, **when community transmission is substantial or high**:
 - o **staff should wear respirators for all AGPs** and surgeries that could produce high amounts of contagious aerosols (e.g. orofacial surgery or endoscopic surgery on nasopharyngeal tract), regardless of whether or not patients are suspected to have SARS-CoV-2. This includes all dentist procedures.
 - o **staff should wear universal eye protection** for all patient encounters
- When caring for **confirmed SARS-CoV-2 patients**, staff should wear a gown, gloves, eye protection and respiratory protection for each patient contact.

3.3 WHO (World Health Organization)

The most recent WHO Annex to [interim guidance on Infection prevention and control during health care when coronavirus disease \(COVID-19\) is suspected or confirmed dates](#) from 1 October 2021. In this recommendation, WHO repeats the guidance that **for care of suspected or confirmed SARS-CoV-2 patients, a medical mask should be worn alongside other PPE** (gloves, gown, eye protection). Respirators should be used in settings where there are AGPs performed on suspected or confirmed SARS-CoV-2 patients.

Previous guidance on [Infection prevention and control during health care when coronavirus disease \(COVID-19\) is suspected or confirmed \(who.int\)](#) was issued on 12th July 2021:

- When there is **known or suspected community transmission** or cluster transmission of SARS-CoV-2, universal masking by all patients, staff, caregivers and visitors should be implemented in health facilities.
- When there is known or suspected **sporadic transmission**
 - no masking is required in areas where health workers do not have patient contact (e.g. in administrative areas)
 - **in clinical areas, health workers should continuously wear a medical mask**, except for eating and drinking

3.4 UKHSA (UK Health Security Agency)

On January 17th 2022, UKHSA updated its [guidance on infection prevention and control for seasonal respiratory infections in health and care settings \(including SARS-CoV-2\) for winter 2021 to 2022](#)

In general, the guidelines leave a lot of room for local policies and risk assessment. However, it is clearly stated that **universal masking** of all staff, visitors and patients (when tolerated and outside of their own room) should be continued to be applied as source control until at least end of March/April 2022.

UKHSA recommends a surgical mask as source control for patients with respiratory symptoms. Depending on the type of task, caregivers can wear **either a plastic apron or a fluid-resistant gown** to protect their clothing from contamination during direct patient care.

Experten :

De volgende experten namen deel aan het opstellen van dit document:

FAGG-AFMPS :

Katrien Martens

Sciensano :

Laura Cornelissen, Tinne Lernout

Hoge Gezondheidsraad :

Yves Van Laethem, Michèle Gérard, Hilde Jansens, Annette Schuermans, Baudouin Byl, Anne Simon

Risk Assessment Group :

Steven Van Gucht (Sciensano), Caroline Boulouffe (AVIQ), Quentin Mary (SSMG), Isabelle Dagneaux (CMG)