



SRI richtlijn - concept

Scabiës

5

Dit document bevat de richtlijntekst waarin de adviezen (aanbevelingen) van de richtlijn staan beschreven met bijbehorende onderbouwing (overwegingen). Wij vragen u primair commentaar te geven op dit bestand. Alle overige informatie (Startpagina, samenvatting, verantwoording, literatuursamenvattingen, referentielijsten, implementatieplan, kennislacunes, definities en notulen knelpunteninventarisatie) bijbehorende deze richtlijn is opgenomen in 'Conceptrichtlijn Scabies bijlagen'. Het is mogelijk ook hierop commentaar te geven, echter niet noodzakelijk.

10

INITIATIEF

15 Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie (SRI)

IN SAMENWERKING MET

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)

Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)

20 Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)

25

MET ONDERSTEUNING VAN

Rijksinstituut voor Volksgezondheid Milieu (RIVM)

Colofon

CONCEPTRICHTLIJN

© 2024

Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie (SRI)

5 Email: info@sri-richtlijnen.nl

Website: www.sri-richtlijnen.nl

10

15

20

25

Alle rechten voorbehouden.

30 De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Samenstelling van de werkgroep

Het SRI is een samenwerkingsverband tussen de partijen Federatie Medisch Specialisten (FMS), Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ), De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG), ActiZ en ZorgthuisNL.

Het RIVM is aangewezen als de trekker in het herzieningsproces van de richtlijn Scabiës.

Betrokken partijen/werkgroep

De volgende wetenschappelijke verenigingen en instanties participeren in de richtlijnwerkgroep:

- 10
 - André Meeske (voorzitter), adviseur infectieziektebestrijding, namens Rijksinstituut voor Volksgezondheid Milieu (RIVM)
 - Thecla Hekker, arts-microbioloog, namens NVMM
 - Vigfús Sigurdsson, dermatoloog, namens NVDV
 - Markus Starink, dermatoloog, namens NVDV
- 15
 - Diane Jonkman, deskundige infectiepreventie, namens VHIG
 - Diana Haverkate, deskundige infectiepreventie, namens VHIG
 - Anja Bakker, deskundige Infectiepreventie, namens VHIG
 - Willemijn Hensbroek, arts verstandelijk gehandicapten, namens NVAVG
 - Herbert de Jager, bedrijfsarts, namens NVAB
- 20
 - Astrid de Vries, verpleegkundige IZB, namens RIVM

Met ondersteuning van:

- Cathalijne Dodemont, senior-adviseur infectieziektebestrijding, RIVM
- Klaartje Weijdema, senior-procesbegeleider richtlijnontwikkeling, RIVM
- Ingeborg van Dusseldorp, informatiespecialist, Maatschap Van Dusseldorp, Delvaux & Ket
- 25
 - Dr. Nina Molenaar, arts-epidemioloog, Medical Research Consulting

De volgende personen waren onderdeel van de klankbordgroep en hebben input gegeven tijdens de ontwikkelfase vanuit hun specifieke expertise:

- Rosa Joosten, arts-infectieziektebestrijding, RIVM
- Peter Molenaar, deskundige infectiepreventie, RIVM
- 30
 - Rob van Kessel, arts infectieziektebestrijding, GGD Regio Utrecht
 - Ewout Fanoy, arts infectieziektebestrijding/ hoofd afdeling infectieziekten, GGD Amsterdam

Kennismodule

5 Deze module heeft geen uitgangsvragen, maar geeft achtergrondinformatie over soorten scabiës, het ziektebeeld, diagnostiek van scabiës.

Soorten scabiës

10 Schurft (scabiës) is een huidziekte die wordt veroorzaakt door de scabiësmijt. Deze parasiet (*Sarcoptes scabiei* var. *hominis*) komt alleen voor bij mensen en kent twee varianten: een infectie met enkele mijten, de *klassieke scabiës*. En een infectietype waarbij doorgaans veel mijten, papels en noduli in een sterk verdikte hoornlaag worden waargenomen. Dit is *scabiës crustosa*, voorheen *norvegica* genoemd en is veel besmettelijker dan klassieke scabiës. Er gelden daarom striktere infectiepreventiemaatregelen voor scabiës crustosa dan voor klassieke scabiës.

In de LCI-richtlijn Scabiës staan de pathogenese, incubatieperiode en transmissieroute nader beschreven.

15 Klinisch beeld

20 Scabiës crustosa toont een heel ander klinisch beeld dan de klassieke scabiës. De huidziekte wordt vaak pas na dagen tot weken als zodanig herkend. Scabiës crustosa komt vaak voor bij zieke mensen met afweerstoornissen, waardoor er geen allergische reactie optreedt. Of het komt voor bij neurologische aandoeningen zoals parese of paralyse waarbij men geen of weinig jeuk ervaart. In deze gevallen wordt minder gekrabd, waardoor er minder sterfte onder de mijten is. Hierdoor komt scabiës crustosa relatief vaak(er) voor in een zorginstellingen. Hoewel scabiës niet levensbedreigend is en zelfs niet gevaarlijk voor de patiënt, moet deze aandoening zeer serieus worden genomen.

Diagnose stellen

25 De multidisciplinaire richtlijn [Seksueel overdraagbare aandoeningen \(SOA\)](#) van de Federatie Medisch Specialisten beschrijft dat het klinisch beeld van scabiës sterk kan wisselen. Vaak zijn meerdere diagnoses gesteld en vele therapieën geprobeerd voordat scabiës gediagnosticeerd wordt. Anamnese, klinisch beeld en jeuk bij mensen in de directe omgeving van de patiënt maken de diagnose waarschijnlijk, maar nog niet bewezen.

30 Het stellen van de diagnose bij scabiës is moeilijk en moet worden gedaan door een behandelaar met ervaring (bij voorkeur een dermatoloog). Dit kan op basis van een klinisch beeld in combinatie met aanvullend onderzoek met een dermatoscoop, een KOH-preparaat of -indien beschikbaar- een scabiës-PCR. In de Richtlijndatabase van FMS staan onder de richtlijn [SOA/Scabiës](#) de diagnostiek en de behandeling van scabiës nader beschreven.

Symptomen bij patiënten en/of zorgmedewerkers

- 5 Het hebben van scabiës is belastend voor de patiënt, zowel lichamelijk als emotioneel, vanwege de vaak heftige jeuk en de angst om anderen met scabiës te besmetten. Bovendien kan schaamte een rol spelen. Er rust een onterecht stigma op scabiës door de associatie met de onhygiënische omstandigheden waardoor iemand scabiës oploopt. De behandeling is vaak lastig, maar altijd noodzakelijk.
- 10 Het kan voor cliënten belastend en ingrijpend zijn om afgezonderd in de eigen woonruimte te moeten verblijven. Anderzijds kunnen bijzondere omstandigheden zoals incontinentie, onbegrip en 'problematisch' gedrag het lastig maken om de voorschriften over smeren met permetrine als behandelmethode nauwkeurig uit te voeren. Bij verstandelijke beperking of dementie zal een deel van de bewoners/cliënten de maatregelen niet begrijpen. Zij zullen niet kunnen participeren in het uitvoeren van de maatregelen.
- 15 In langdurige zorg zijn naast bewoners/cliënten ook verwanten een belangrijke partij. Adequate behandeling van besmette verwanten is essentieel onderdeel van het behandelplan. Als dit niet adequaat gebeurt, is er een risico op herintroductie van scabiës in de instelling na bezoek aan of door verwanten.

Module 1 Organisatie van zorg

Deze module gaat over welke infectiepreventiemaatregelen bij een index met scabiës crustosa of een uitbraak met (klassieke) scabiës in een zorgorganisatie genomen dienen te worden

5 Daarbij wordt de module onderverdeeld in verschillende submodules:

1.1 Outbreakmanagement

1.2 De rol van diagnostiek

10 **1.3** De behandelvoorkeur bij bestrijding

Module 1.1 Outbreakmanagement

Uitgangsvraag

Wat is het beleid voor onderzoek naar de verspreiding van scabiës (crustosa) naar andere patiënten en zorgmedewerkers en wat is het beleid bij uitbraken met scabiës (crustosa)?

5 Verantwoording

Zoeken en selecteren

Voor deze module is niet-systematisch gezocht naar wetenschappelijke literatuur om antwoord te geven op de uitgangsvraag. De werkgroep heeft gekozen om gebruik te maken van de WIP-richtlijn Scabiës en de LCI-richtlijn [Scabiës](#). Aanvullend heeft de werkgroep besloten om inventariserend te zoeken naar literatuur, documentatie over standpunten/opinies, uitspraken, onderzoeken en jurisprudentie naar outbreakmanagement bij scabiës in zorginstellingen en deze te beoordelen op effectiviteit van het gevolgde outbreakmanagement.

Overwegingen

15 Taken van het outbreakmanagementteam

Vanuit de literatuur wordt geconcludeerd dat de aanpak van scabiës-outbreakmanagement in een instelling zeer complex is. Er wordt geadviseerd om voor de bestrijding een outbreakmanagementteam (OMT) op te stellen. Naast een goede samenwerking van de diverse specialisten binnen dit multidisciplinaire OMT, is het cruciaal dat het OMT voldoende leiderschap en besluitbevoegdheid heeft (Sunderkötter C, 2021. en Bouvresse S, 2010).

Na het vaststellen van scabiës crustosa bij een patiënt of medewerker van een zorginstelling of bij meer dan één geval van klassieke scabiës met epidemiologische link moet een OMT geformeerd worden. Bij een uitbraak ($n > 1$) is het verstandig om ervan uit te gaan dat er sprake is van (nog niet ontdekte) scabiës crustosa bij een van de patiënten in de instelling, vanwege de verregaande implicaties en risico's die dit met zich mee brengt en het beleid hierop aan te passen. Dat betekent dat, tot de twijfel kan worden weggenomen, bij de patiënt de infectiepreventiemaatregelen gelden voor scabiës crustosa voor isolatie en reiniging en desinfectie, zie ook **module 2 en 3**.

De werkgroep is van mening dat de taken en verantwoordelijkheden van alle functionarissen en de instellingsbrede beleidsafspraken vooraf vastgelegd zijn in het infectiepreventiebeleid van de instelling om onduidelijkheden en discussies te voorkomen in een uitbraaksituatie.

Omdat bij een uitbraak soms verregaande maatregelen nodig zijn, zoals sluiting van (een) afdeling(en), is de betrokkenheid van de raad van bestuur van de zorginstelling van belang. De raad

van bestuur is eindverantwoordelijk voor het scabiësbeleid, waarbij inzichtelijk moet worden gemaakt wie op welk vlak beslissingsbevoegd is.

5 De werkgroep is van mening dat in een uitbraaksituatie in een ziekenhuis ten minste een arts-microbioloog, een deskundige infectiepreventie en een bedrijfsarts betrokken moeten zijn bij de invulling en de uitvoering van het beleid. Ook de direct betrokkenen van de organisatie, zoals leidinggevende(n) van de betreffende afdeling(en) en de facilitair verantwoordelijke.

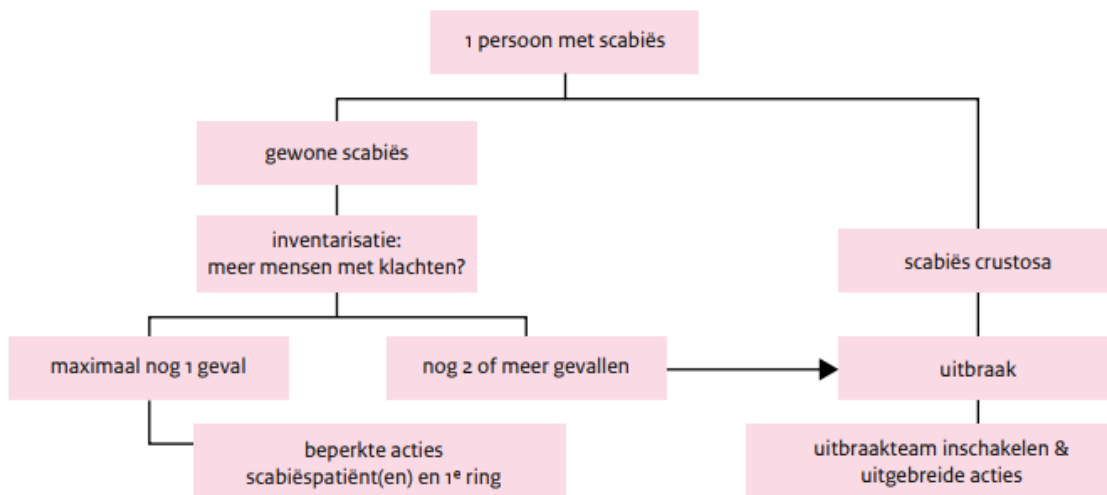
10 In een zorginstelling anders dan een ziekenhuis heeft deze invulling ook de voorkeur. Echter, een arts-microbioloog en ook een bedrijfsarts zijn niet altijd betrokken of beschikbaar in zorginstellingen in de langdurige en extramurale zorg. Veel instellingen hebben beperkte contracten met bedrijfsartsen, waarbij deelname aan een OMT niet altijd is vastgelegd. Het heeft wel een sterke voorkeur om een bedrijfsarts deel te laten nemen aan het OMT dan wel deze in consult te kunnen roepen, om de zorg rondom betrokken medewerkers goed te organiseren.

In het infectiepreventiebeleid voor een scabiësuitbraak is tenminste opgenomen:

- 15 • Procedure voor het formeren van een OMT, waarbij gewerkt wordt met een mandaat om beslissingen te kunnen nemen.
- Lijst van verplichte en optionele disciplines/functionarissen die minimaal zitting hebben in een OMT.
- Overzicht van de taken van een OMT waaronder:
 - 20 ○ Bron-en contactonderzoek, behandeling van patiënten en contacten;
 - Instellen van aanvullende infectiepreventie maatregelen;
 - Communicatie naar in- en externe personen en partijen zodat eenduidige en centrale communicatie geborgd is.
- Procedure voor het afsluiten van een uitbraak door een evaluatie.

25 Het RIVM heeft een folder voor zorginstellingen waarin de te nemen maatregelen nader uitgeschreven staan: [Folder Scabiës in uw zorginstelling, zorg voor een juiste behandeling](#).

Hieronder staat een beslisboom en een schematische weergave van de te nemen stappen bij een uitbraak van scabiës in een zorginstelling ([LINK naar bijlage volgt bij publicatie](#)).



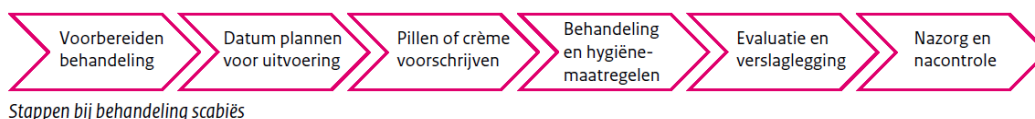
Figuur 1. Beslisboom

Melden van een uitbraak

5 De werkgroep is van mening dat er sprake is van een uitbraak als in een instelling twee of meer personen scabiës hebben die op dezelfde afdeling liggen, hebben gelegen of werkzaam zijn binnen acht weken van het begin van de uitbraak. Dit is ook in lijn met de richtlijn van het [United Kingdom Healthcare Security Agency \(UKHSA, jan 2023\)](#). Bij twee personen zou de instelling mogelijk uit kunnen met beperkte acties, bij meer dan twee personen adviseert de werkgroep een OMT samen te stellen.

10 Een uitbraak van scabiës binnen een zorginstelling moet aan de GGD worden gemeld. Hierbij geldt de procedure uit artikel 26 van de Wet publieke gezondheidszorg (Wpg). Zie hiervoor [Artikel 26-meldingen Wpg-instellingen](#) bij LCI-richtlijnen.

15 Bij een langdurige uitbraak, uitbraak op meerdere locaties of organisaties kan overwogen worden om de uitbraak te melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en aan het Signaleringsoverleg Zorginstellingen. Meldingen kunnen ook worden ingebracht via het [Meldpunt voor Uitbraken Infectieziekten & BRMO \(MUIZ\)](#).



20 Als de infectie (waarschijnlijk) is opgelopen tijdens de beroepsuitoefening moet dit door de bedrijfsarts van betrokkene worden gemeld bij het [Nederlands Centrum voor Beroepsziekten \(NCvB\)](#).

Communicatie

25 Het OMT adviseert over de in- en externe communicatie over de uitbraak. Voor een succesvolle bestrijding is het van essentieel belang dat alle betrokkenen dezelfde, eenduidige informatie over (preventieve) behandeling ontvangen. Verder verzorgt het OMT adequate verslaglegging van het verloop van de uitbraak en de genomen maatregelen. Verslaglegging van de OMT-bijeenkomsten is

noodzakelijk om de maatregelen te evalueren en eventueel bij te sturen. Het OMT rapporteert aan de raad van bestuur van de instelling.

5 Een uitbraak heeft vaak grote consequenties. Er dient rekening gehouden te worden met extra kosten, (onder andere personeel, materiaal, sluiting van een (deel van een) afdeling, diagnostiek), onrust en zelfs reputatieschade. Hierbij is een goede communicatie en betrokkenheid van het bestuur van de organisatie noodzakelijk.

10 Voor de haalbaarheid is goede voorlichting en uitleg over de maatregelen en behandelingen van groot belang, zeker in situaties waarbij personen betrokken zijn die geen klachten hebben, anderen dan de persoon zelf het gezag hebben, er zeer jonge kinderen betrokken zijn of de financiële situatie van personen/gezinnen de behandeling kan frustreren.

De werkgroep acht het van belang dat het OMT alle betrokkenen goed meeneemt in de beleidsafspraken, om de juiste uitvoering te bevorderen. De kans op herintroductie door een contact die niet in beeld is gekomen of een ping-pong-effect wordt hiermee verlaagd.

15 Nadat de diagnose scabiës (crustosa) is bevestigd en een OMT geformeerd is, is het van belang om afdelingen in de instelling mee te nemen in het gekozen beleid en een stappenplan te maken, zodat voor iedereen duidelijk is wanneer welke stappen worden genomen en waarom. Denk ook aan een contactpersoon welke voor vragen benaderd kan worden.

Contactonderzoek

20 Bij twijfel over de vorm van scabiës, moet in een instelling worden uitgegaan van scabiës crustosa. Dat betekent dat, tot de twijfel kan worden weggenomen, maatregelen voor isolatie volgens module 2, reiniging en desinfectie volgens module 3 en het contactonderzoek uit deze module uitgevoerd moeten zoals beschreven voor scabiës crustosa. Verder is het van belang dat het OMT zorgvuldig de behandelgroep inventariseert, zodat de kans van slagen met één behandelronde toeneemt.

25 Scabiës (klassieke vorm)

Includeer alle contacten van de index tot zes weken voor aanvang van klachten. Contacten zijn personen die langdurig of frequent huidcontact met een patiënt/cliënt hebben gehad. Het gedurende de dagen delen van een kamer of bij elkaar wonen in een huishouding, levert ook een aanzienlijke kans op overdracht op. Denk hierbij aan:

30 - Medepatiënten op de kamer of zaal die intensief contact hebben gehad;

- Personeelsleden die direct betrokken zijn bij verzorging of behandeling van de patiënt en minimaal vijftien minuten aaneensluitend onbeschermd contact hebben gehad;

- De directe familieleden van de patiënt en van eventuele personeelsleden die besmet kunnen zijn geraakt.

35 - Overgeplaatste patiënten, ontslagen patiënten en personeelsleden die langdurig direct lichamelijk contact hebben gehad met de indexpatiënt en een risico hebben gelopen op besmetting, dienen opgespoord en preventief behandeld te worden.

40 - Alle contactpersonen met klachten maar ook personen waarbij een scabiësinfectie onomstotelijk is aangetoond (met KOH-preparaat of dermatoscopisch) moeten zo spoedig mogelijk worden behandeld.

- Patiënten mogen tijdens de behandeling alleen worden overgeplaatst, mits melding wordt gemaakt van mogelijke scabiës. Als men door een patiënt met scabiës crustosa besmet is, lijdt men aan gewone scabiës. De mijten zijn niet méér virulent. Het is een kwestie van verschil in het aantal parasieten, met als een gevolg grotere besmettelijkheid voor anderen bij scabiës crustosa.

5 Scabiës (crustosa)

Bij scabiës crustosa zal, naast de profylactische behandeling, een inventarisatie van klachten bij alle contacten van de index moeten plaatsvinden. Dit betreft dus niet alleen nauwe contacten zoals verzorgenden en partners (thuis of elders) maar óók alle mensen die vluchtig lichamelijk contact met de patiënt hebben gehad en zelfs mensen die geen lichamelijk contact hebben gehad, maar wel contact hebben gehad met kleding of beddengoed of stoel of bank van de patiënt en via deze weg met diens huidschilders. Dit betreft iedereen die in de kamer van de patiënt is geweest of een kamer met de patiënt heeft gedeeld. Gezien het feit dat patiënten weinig of geen symptomen hebben, met name tijdens de eerste maand van de infectie terwijl ze wel besmettelijk zijn, lijkt screening op scabiës niet of nauwelijks zinvol.

15 Bij een uitbraak is profylactische behandeling noodzakelijk (zie ook **module 1.3**). Overweeg als instelling om ook medicatie voor te schrijven aan contacten buiten de instelling (familie, huisgenoten et cetera) om geen vertraging bij de huisarts te krijgen en eenduidige informatie over uitvoering van de behandeling te kunnen geven. Overleg met medewerkers van de lokale GGD of zij kunnen ondersteuning bij uitschrijven van recepten. Het is aan te raden om bij een grote behandelgroep 20 nauw contact te onderhouden met de betrokken apotheek gezien de (mogelijke) schaarste van diverse middelen.

Maak een overzicht van waar de patiënt op welk tijdstip is geweest en wie daar mogelijk besmet is geraakt. Meestal zal dit resulteren in behandeling van een hele afdeling, of soms een hele instelling. Soms zijn er uitbraken in meerdere instellingen tegelijkertijd, bijvoorbeeld bij een patiënt met 25 scabiës crustosa die woont in een verpleeg- of verzorgingshuis en later is opgenomen in een ziekenhuis.

Personeelsleden die een reëel risico hebben gelopen op besmetting, dienen tijdens de verzorging of behandeling van andere patiënten persoonlijke beschermingsmiddelen (disposable handschoenen en een disposable isolatie schort met lange mouwen) te dragen, tenzij die patiënten tot de 30 contactgroep behoren. Deze restrictie geldt tot twaalf uur na de eerste van twee behandelingen van de patiënt en het personeelslid.

Waarden en voorkeuren van patiënten en/of zorgmedewerkers

Patiënten en medewerkers zijn gebaat bij een adequate aanpak van individuele infecties en bij 35 uitbraken. In het laatste geval is een goede inventarisatie van de behandelgroep de meest belangrijke factor voor het welslagen van de bestrijding.

De aanvullende maatregelen moeten worden afgestemd op de specifieke situatie en rekening houden met o.a. de aanwezigheid en deskundigheid van de zorgmedewerkers en specifiek gedrag van de patiënten/cliënten (bijvoorbeeld psychogeriatricie of verstandelijke en lichamelijke 40 beperkingen). Als er sprake is van een woonsituatie zoals in de thuiszorg of langdurige zorg, moet rekening te worden gehouden met de haalbaarheid van de maatregelen en het welzijn van de betrokkenen.

Kosten en middelen

Een uitbraak kan gepaard gaan met hoge kosten omdat infectiepreventiemaatregelen moeten worden geïntensiveerd, wat extra kosten (behandeling, gebruik PBM, desinfectiemiddelen, inzet personeel en middelen) met zich meebrengt en mogelijk impact heeft op de zorgcontinuïteit.

- 5 Daarnaast kost het veel tijd, voor de deelnemers van het OMT, maar ook voor de medewerkers die betrokken zijn bij de uitvoering van de behandeling van patiënten. Regelmatig zijn meerdere behandelingen nodig, omdat bij de eerste inventarisatie van de behandelgroep toch mensen buiten beeld zijn gebleven. Verder moet bij uitbraken in een instelling voor langdurige zorg nog gemonitord worden na de behandelingen tot tweemaal de maximale incubatietijd van tien weken: tot 20 weken.
- 10 Ook kan er sprake zijn van maatschappelijke onrust wat negatieve publiciteit voor de betreffende instelling kan geven. Daarom moet bij het ontdekken van scabiës in een zorginstelling alles worden gedaan om verspreiding te voorkomen en/of de uitbraak met scabiës zo snel mogelijk te bestrijden.

- 15 In de thuiszorg en bij medewerkers kan er sprake zijn van extra kosten door de eigen bijdrage van de zorgverzekering voor de medicatie die nodig is voor de behandeling. De werkgroep is van mening dat het een instellingen zou sieren om in dergelijke situaties de kosten voor de behandeling voor medewerkers te vergoeden.

Aanbevelingen

Een uitbraakteam bestaat minstens uit de volgende personen:

- Arts-microbioloog (in ziekenhuizen)
- Deskundige infectiepreventie
- Behandelend arts
- Leidinggevende van de betrokken afdeling(en)
- Medisch verantwoordelijke van de betrokken afdeling(en)
- Facilitaire dienst
- Afdeling communicatie.

Aanvullend kunnen de volgende personen optioneel aansluiten of geraadpleegd worden:

- lid raad van bestuur (RvB)
- Bedrijfsarts*
- GGD afdeling infectieziektebestrijding
- Dermatoloog.

*Veel instellingen hebben beperkte contracten met bedrijfsartsen, waarbij deelname aan een OMT niet altijd is vastgelegd. Als structurele deelname van een bedrijfsarts niet mogelijk is, moet vooraf goed vastgelegd worden hoe dit op een andere manier wordt vormgegeven, waarbij het belang van de medewerkers leidend moet zijn.

Waar een instelling een specifiek gevraagde discipline niet in huis heeft, is de aanbeveling van de werkgroep deze discipline extern in te huren.

De volgende taken worden uitgevoerd vanuit het OMT:

- In kaart brengen van de epidemiologie, brononderzoek
- 5 - De contacten in kaart brengen en indelen in behandelgroepen (
- Afspraken maken over isolatie, sluiten van (delen van) afdelingen
- Beleid voor bezoekers
- Communicatie in- en extern
- 10 - De raad van bestuur informeren over de uitbraak, de te nemen maatregelen en het einde van de uitbraak.

Voor het melden van uitbraak geldt het volgende:

- Een zorginstelling is verplicht op basis van de Wpg artikel 26 om een uitbraak bij de GGD te melden bij meer dan twee personen die op dezelfde afdeling liggen, hebben gelegen of werkzaam zijn, binnen zes weken van het begin van de uitbraak.
- 15 - Overweeg bij een langdurige uitbraak of een uitbraak op meerdere locaties om de uitbraak te melden aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en het Signaleringsoverleg zorginstellingen en antimicrobiële resistentie (SO-ZI/AMR).
- 20 - Meld de uitbraak bij het NCvB als de scabiës is opgelopen tijdens de beroepsuitoefening.

Voor het contactonderzoek geldt het volgende:

Volg de maatregelen voor scabiës crustosa bij twijfel over de vorm van scabiës bij de index.

5 **Scabiës (klassieke vorm)**

- Includeer contacten (patiënten, personeel, familieleden/ bezoekers) van de index alle personen die langdurig of frequent huidcontact met een patiënt/cliënt hebben gehad tot zes weken voor aanvang van klachten.
- Alle contactpersonen met klachten en personen waarbij een scabiësinfectie onomstotelijk is aangetoond (met KOH-preparaat of dermatoscopisch), moeten zo spoedig mogelijk worden behandeld.
 - Plaats patiënten tijdens de behandeling alleen over, mits melding wordt gemaakt van mogelijke scabiës.
- Personeelsleden die in het contactonderzoek zijn opgenomen, dragen tijdens de verzorging of behandeling van andere patiënten persoonlijke beschermingsmiddelen (disposable handschoenen en een disposable isolatie schort met lange mouwen), tenzij die patiënten tot de contactgroep behoren. Deze restrictie geldt tot twaalf uur na de eerste van twee behandelingen van de patiënt en het personeelslid.

20 **Scabiës (crustosa)**

- Maak een overzicht van waar de patiënt op welk tijdstip is geweest en wie daar mogelijk besmet is geraakt.
- Includeer personen in het contactonderzoek die zowel vluchtig als meer intensief contact met de indexpatiënt en/of zijn of haar omgeving (beddengoed/ kleding/meubilair) hebben gehad.
- Stel een profylactische behandeling in voor alle contacten. Zie **module 1.3**.
- Personeel dat in het contactonderzoek is opgenomen, draagt persoonlijke beschermingsmiddelen (disposable handschoenen en een disposable isolatieschort met lange mouwen) bij de verzorging en behandeling van patiënten, tenzij die patiënten ook tot dezelfde contactgroepen behoren. Deze restrictie geldt tot twaalf uur na de eerste van tweebehandelingen van de patiënt en het personeelslid.

Referenties

- [LCI-richtlijn Scabiës](#)
- Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. Dtsch Arztebl Int. 2021 Oct 15;118(41):695-704. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0296. PMID: 34615594; PMCID: PMC8743988.
- Bouvresse S, Chosidow O. Scabies in healthcare settings. Curr Opin Infect Dis. 2010 Apr;23(2):111-8. doi: 10.1097/QCO.0b013e328336821b. PMID: 20075729
- [UKHSA guidance on the management of scabies cases and outbreaks in long-term care facilities and other closed settings \(jan 2023\)](#)

Module 1.2 De rol van diagnostiek

Uitgangsvraag

Hoe kunnen diagnostische methoden bijdragen aan een scabiës (crustosa) contactonderzoek binnen een instelling?

5 Verantwoording

Zoeken en selecteren

Voor deze uitgangsvraag is geen literatuurzoekopdracht uitgevoerd. De werkgroepleden hebben de huidige (inter)nationale richtlijnen beoordeeld en aangevuld met een expert opinion vanuit de werkgroep.

10 Overwegingen

Aanbevelingen in (inter)nationale richtlijnen

De diagnose van scabiës gaat op basis van het aantonen van mijten op of onder de huid. Als er geen mijten aantoonbaar zijn en er bij patiënt geen gangetjes (meer) zichtbaar zijn (door onder meer krabben), kan de diagnose scabiës niet met zekerheid gesteld worden. Uitsluiten van een scabiësinfectie is echter niet mogelijk. Eventueel kan de diagnose ook met dermatoscopie worden gesteld.

Scabiës crustosa is daarentegen makkelijk aan te tonen. In vrijwel elke huidschilfer zijn de mijten met een microscoop aantoonbaar.

De richtlijn [UKHSA guidance on the management of scabies cases and outbreaks in long-term care facilities and other closed setting' januari 2023](#) over scabiës-uitbraakmanagement in de langdurige zorg stelt dat diagnostiek tijdens een mogelijke uitbraak niet altijd van toegevoegde waarde is, omdat de instellingen/locaties waar mogelijkheden voor diagnostiek zijn niet altijd goed bereikbaar of beschikbaar zijn. Er wordt geadviseerd om waar mogelijk een gespecialiseerde dermatoloog te raadplegen. Maar het starten van een behandeling of het instellen van (uitbraakmanagement)maatregelen voor infectiepreventie moeten niet afhankelijk zijn van dat advies als dit significant langer duurt.

De werkgroep ziet diagnostiek wel als cruciaal bij de bestrijding van een (mogelijke) uitbraak in een zorginstelling. Een diagnose onderbouwd met diagnostiek is essentieel, omdat de consequenties voor een instelling aanzienlijk kunnen zijn als een diagnose op basis van klinisch beeld achteraf niet blijkt kloppen.

De werkgroep acht alle diagnostische methoden van dermatoscoop, KOH-preparaat en scabiës-PCR, zoals beschreven in de [FMS-richtlijn SOA/ Scabiës](#) doelmatig. In het kader van een (mogelijke) uitbraak wordt de voorkeur gegeven aan de lokaal best beschikbare methode voor de instelling. De

overwegingen voor het inzetten van diagnostiek zijn conform de eerdergenoemde richtlijnen. Ook is hierbij van belang dat de diagnostiek uitgevoerd wordt door een behandelaar met ervaring, bij voorkeur een dermatoloog.

5 Als er binnen een instelling een bevestigd geval van scabiës is, acht de werkgroep het van meerwaarde om behandelgroepen op te stellen voor de contacten van de index. Contacten met enkel klachten komen ook in aanmerking voor diagnostiek.

10 De scabiës-PCR is momenteel in ontwikkeling. De LCI-richtlijn [Scabies - paragraaf diagnostiek](#) en de [FMS richtlijn SOA/ Scabies](#) zijn tegenstrijdig in hun aanbeveling over het gebruik van deze PCR. Ten tijde van het ontwikkelen van deze richtlijn is wat de werkgroep betreft nog onvoldoende zicht op de effectiviteit van deze diagnostische mogelijkheid om deze mee te nemen in de aanbevelingen. Dit onderwerp zal worden opgenomen als kennislacune in de bijlage van deze richtlijn.

Kosten en middelen

15 De werkgroep acht de kosten van het uitvoeren van diagnostiek opwegen tegen de extra kosten die gemaakt worden bij een verkeerde of geen klinische diagnose. Met name in een zorginstelling kunnen de kosten voor diagnostiek wel snel oplopen. Maar financiële consequenties van een (te) late diagnose of geen diagnose, wegen op tegen de kosten die diagnostiek kost.

Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie

20 Diagnostiek van scabiës kan erg lastig zijn, omdat het klinische sterk kan wisselen, met name bij mensen met onderliggende lijden en ouderen waardoor klachten langer kunnen bestaan. In sommige gevallen heeft het daarom de voorkeur om te monitoren op klachten bij contacten in plaats van te gaan behandelen zonder een bevestigde diagnose. Het ontbreken van een methode voor snelle diagnosemethode is een knelpunt. Het kan ook lang duren voordat patiënten of zorgmedewerkers terecht kunnen bij een behandelaar voor diagnostiek. Het outbreakmanagementteam kan een lokale inventarisatie maken van de diagnostische mogelijkheden intern, extern en regionaal als onderdeel van de te nemen maatregelen.

Waarden en voorkeuren van patiënten en/of zorgmedewerkers

30 Patiënten en medewerkers hebben belang bij een juiste behandeling en tijdige diagnostiek; verkeerde behandeling kan ook bijwerkingen opleveren en verlenging van de ziektelast. Zeker voor de behandelgroep zonder klachten is een bevestigde diagnose belangrijk, om compliance aan de profylactische behandeling te verhogen.

Aanbevelingen

- 5
- Zet diagnostiek in als onderdeel van de bestrijding van een (mogelijke) uitbraak in een zorginstelling
 - Laat de diagnose stellen door een behandelaar met ervaring, bij voorkeur een dermatoloog
- Gebruik de diagnostische methode van dermatoscoop, KOH-preparaat of scabiës-PCR zoals beschreven in de [FMS-richtlijn SOA/Scabies](#)

Referenties

LCI-richtlijn [Scabies - paragraaf Diagnostiek](#)

LCI-richtlijn Scabies - [bijlage Behandeling en hygiënevoorschriften scabies](#)

- 10 Multidisciplinaire richtlijn (MDR) seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) van FMS
[Nieuwe richtlijn \(MDR\) soa's voor zorgprofessionals](#)

Bousema MT, Van Oosten EJ, Jonkman MF. Het Deltateken. Scabiës door de dermatoscoop!
Ned Tijdschr Dermatol Venereol 2013; 23: 412413.

- 15 [UKHSA guidance on the management of scabies cases and outbreaks in long-term care facilities and other closed settings \(jan 2023\)](#)

Module 1.3 behandelvoorkeur ten behoeve van bestrijding

Uitgangsvraag

Wat is de behandelingsvoorkeur in een zorginstelling waar een Scabiës uitbraak is vastgesteld?

5 Verantwoording

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is er in de literatuur gezocht naar bewijs om bij een uitbraaksituatie in een zorginstelling anders of aanvullend te adviseren over behandeling van een index of een groep contacten dan bij de behandeling van één scabiës (crustosa)-patiënt. Hierbij gaat het om een behandeling van contacten met ivermectine, permetrine, of een behandeling van ivermectine in combinatie met permetrine.

Voor de systematische zoekopdracht werden de volgende onderzoeksvragen gebruikt:

Wat is het effect van de behandeling van ivermectine versus permetrine versus ivermectine met permetrine van een scabiës (crustosa)-index of zijn contacten?

- 15 **P:** Contacten van een patiënt met bevestigde scabiës (crustosa)
I: Behandeling met ivermectine
C: Behandeling met permetrine
O: Nosocomiale transmissie naar zorgverleners, patiënten
- 20 **P:** Contacten van een patiënt met bevestigde Scabiës (crustosa)
I: Behandeling met permetrine
C: Behandeling met ivermectine en permetrine
O: Nosocomiale transmissie naar zorgverleners, patiënten
- 25 *Wat is het effect van de herhaalbehandeling van ivermectine versus permetrine versus ivermectine gecombineerd met permetrine van een Scabiës (crustosa)?
- 30 **P:** Contacten van een patiënt met bevestigde Scabiës (crustosa)
I: Herhaalbehandeling met ivermectine
C: Herhaalbehandeling met permetrine
O: Nosocomiale transmissie naar zorgverleners, patiënten
- 35 **P:** Contacten van een patiënt met bevestigde Scabiës (crustosa)
I: Herhaalbehandeling met permetrine
C: Herhaalbehandeling met ivermectine en permetrine
O: Nosocomiale transmissie naar zorgverleners, patiënten

Op 21-10-2022 is in de databases Ovid/Medline en Embase gezocht naar literatuur zonder beperking in taal en tijd. Er was sprake van een overkoepelende zoekactie gericht op de twee zoekopdrachten. Er is sensitief gezocht waarbij niet specifiek gezocht is met het trefwoord 'uitbraak', omdat daarmee mogelijk relevante publicaties gemist worden. De zoekactie leverde na ontdebellen 501 resultaten op. De volledige zoekactie is beschreven in de bijlage [Samenvatting literatuur](#).

De selectiecriteria waren als volgt:

- Het gaat om een systematische review, RCT's, observationele studies.
- De patiëntengroep bestaat uit contacten van een patiënt met scabiës (crustosa).
- De interventie bestaat uit behandeling of (herhaal)behandeling met ivermectine.
- 10 - De controle interventie bestaat uit (herhaal)permetrine of (herhaal) behandeling met ivermectine en permetrine.
- Uitkomsten richten zich op overdracht van scabiës en infecties met scabiës.

Resultaten

De selectiecriteria zijn toegepast op de referenties verkregen uit de zoekactie. Na het verwijderen van dubbele referenties, zijn de titel en abstract van de referenties beoordeeld.

15 Hiervan werden 27 referenties geïncludeerd voor de beoordeling op basis van de volledige tekst. Na de beoordeling van de volledige tekst is geen studie definitief geïncludeerd die voldeed aan de PICO-zoekvraag. In de Exclusietabel is de reden voor exclusie toegelicht.

20 Er is geen wetenschappelijk bewijs gevonden over de over behandelvoorkeuren van contacten van een patiënt met scabiës (crustosa) bij een uitbraak in een zorginstelling. De aanbevelingen zijn gebaseerd op informatie uit andere richtlijnen aangevuld met expertise van de werkgroepleden, andere literatuur en risicoafwegingen.

Overwegingen

25 Aanbevelingen in (inter)nationale richtlijnen

De standaard behandeladviezen voor scabiës in [de FMS richtlijn SOA/Scabiës](#). De behandeling van (klassieke) scabiës berust daarin op de volgende pijlers:

- De gelijktijdige behandeling van de patiënt en contacten met een scabicide middel (Bouvresse 2010) én:
- 30 • Wassen/luchten van kleding en beddengoed van patiënt met gewone scabiës en behandelgroep en:
- De gelijktijdige behandeling van patiënt en contacten met een scabicide middel
- NB De behandeling van een patiënt met scabiës crustosa moet door de dermatoloog gedaan worden.

35 De behandeling bestaat, in volgorde van voorkeur, uit:

- permetrinecrème 5% eenmalig crème voor over het gehele lichaam
- ivermectine 0,2 mg/kg lichaamsgewicht eenmalig; na 7 dagen herhalen

40 In de [LCI-richtlijn Scabiës -bijlage Behandeling en hygiënevoorschriften scabiës en het Farmacotherapeutisch kompas staan de volgende adviezen over de behandeling van scabiës](#). Ivermectine moet twee keer gegeven worden bij voorkeur met zeven dagen (maximaal tien dagen) ertussen. Omdat ivermectine niet ovicide is, moeten de larven, die na gemiddeld vier dagen na de eerste behandeling uit de eitjes kunnen komen, gedood worden met een tweede behandeling. Het

uitstellen van de tweede dosis ivermectine langer dan tien dagen na de eerste dosis moet worden voorkomen om (verdere) verspreiding in de omgeving zoveel mogelijk tegen te gaan. De werkgroep adviseert om tijdens een uitbraak in een zorginstelling alle contacten tweemaal te behandelen met een scabide middel.

5 Kosten en middelen

Als personen/patiënten die opgenomen zijn in een contactonderzoek naar de eigen huisarts gaan voor een (preventieve) behandeling van scabiës, betalen zij hiervoor vanuit hun eigen risico.

- 10 Hoewel permectrine goedkoper is in aanschaf dan een ivermectine tablet, moet een zorginstelling ook rekening houden met de kosten die gemaakt worden voor het uitvoeren van de behandeling met de crème. Het grondig insmeren en douchen van patiënten is, afhankelijk van de grootte van de zorginstelling en de omvang van de uitbraak, een aanzienlijke tijdsinvestering voor de zorgmedewerkers en kost dus ook geld en middelen.

Waarden en voorkeuren van patiënten en/of zorgmedewerkers

- 15 De behandelaar schrijft het middel voor, waar mogelijk in overleg met de patiënt of instelling. Voor contacten in een zorginstelling is de bedrijfsarts (medewerkers) of behandelaar (patiënten) de arts die de medicatie voorschrijft. Voor contacten die geen ivermectine mogen ontvangen of bij schaarste van het middel zal de behandelaar een alternatieve behandeling voorschrijven. Contacten die familie zijn (en dus niet onder de zorg van een bedrijfsarts of
- 20 instellingsarts vallen) worden verwezen naar hun eigen huisarts voor een behandeling. Zowel ivermectine (tabletten) als permectrine (zalf) worden door de werkgroep gezien als goede scabicide middelen. De vorm en wijze van gebruik van deze middelen maken dat voor de behandeling een zorgvuldige afweging gemaakt dient te worden. Hieronder worden factoren die onderdeel kunnen zijn van deze afweging.

25 Correct gebruik

Bij permectrine is geneesmiddel dat toegepast wordt in een crème. De werkgroep acht het van groot belang dat de crème goed over het gehele lichaam (vanaf de kaakranden tot de tenen toe) wordt aangebracht én twaalf uur blijft zitten. Dit maakt het gebruik bewerkelijk, met in sommige situaties een grotere kans op therapiefalen.

- 30 De werkgroep adviseert om bij een uitbraak in een instelling de voorkeur te geven aan ivermectine als eerste behandeloptie voor de contacten. Een orale behandeling in tabletvorm is minder arbeidsintensief en logistiek praktischer dan de behandeling met permectrinecrème. Ivermectine werkt van binnenuit en zit niet op de huid zoals permectrine. Permectrine belast de huid en moet daarom afgespoeld worden. Het smeren luistert nauw waardoor de kans op behandelvalen groter is.

35 Doelgroepen

Ivermectinetabletten hebben vanuit de werkgroep de voorkeur in de volgende (zorg)situaties:

- Bij patiënten die de instructies niet goed begrijpen.
- Patiënten niet in staat zijn de zalf goed aan te brengen, bijvoorbeeld omdat zij alleen wonen en/of geen hulp hebben bij het aanbrengen en afspoelen.

- 40 Het gebruik van ivermectinetabletten is in deze (zorg)situaties minder arbeidsintensief.

Voor zwangere vrouwen en kinderen <4 kg wordt gebruik van ivermectine niet geadviseerd vanwege het ontbreken van veiligheidsdata. Zie ook de [LCI-richtlijn Scabiës bijlage Behandeling en hygiënevoorschriften scabiës](#), inclusief middelen en (contra-)indicaties. Dit onderwerp zal worden opgenomen als kennislacune van deze richtlijn.

5 Aanbevelingen

10

- Gebruik in een zorginstelling met een scabiësuitbraak bij voorkeur ivermectinetabletten voor de (profylactische) behandeling van scabiës bij (verdachte) personen.
- Voor zwangere vrouwen en kinderen <4 kg geldt een ander middel als eerste keuze.
- Behandel tijdens een uitbraak in een zorginstelling alle contacten minimaal twee keer.

Referenties

15

Multidisciplinaire richtlijn (MDR) seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) van FMS

[Nieuwe richtlijn \(MDR\) soa's voor zorgprofessionals](#)

Bouvrès S, Chosidow O. Scabies in healthcare settings. *Curr Opin Infect Dis* 2010; 23: 111118.

[LCI-richtlijn Scabiës - bijlage Behandeling en hygiënevoorschriften scabiës](#)

[Ivermectine \(oraal\), Farmacotherapeutisch kompas](#)

Module 2 Isolatiemaatregelen

Uitgangsvraag

Welke isolatiezorgmaatregelen zijn noodzakelijk bij een uitbraak met scabiës (crustosa)?

5 Verantwoording

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is er een systematische literatuursearch verricht met PICO-zoekvragen over het dragen van beschermende kleding en over een isolatiekamer met sluis en/of drukhiërarchie. Beide onderwerpen zijn een knelpunt in de praktijk.

10

Wanneer is het dragen van schorten als persoonlijk beschermingsmiddel van toegevoegde waarde bij de zorg van een patiënt met scabiës (crustosa) op het beperken van de kans op overdracht van nosocomiale zorginfecties via en/of naar zorgmedewerkers?

15

P: Patiënt met bevestigde scabiës (crustosa)
I: Schort met lange mouw
C: Schort met korte mouw of geen schort
O: Nosocomiale transmissie naar zorgverleners, patiënten

20

Wanneer is het dragen van muts en mondneusmasker als persoonlijk beschermingsmiddel van toegevoegde waarde bij de zorg van een patiënt met Scabiës (crustosa) op het beperken van de kans op overdracht van nosocomiale zorginfecties via en/of naar zorgmedewerkers?

25

P: Patiënt met bevestigde scabiës (crustosa)
I: Muts en mondneusmasker
C: Geen muts en mondneusmasker
O: Nosocomiale transmissie naar zorgverleners, patiënten

30

In de databases Embase, Ovid/Medline en Cinahl is op 15 november 2022 met relevante zoektermen gezocht naar literatuur over scabiës en persoonlijke beschermingsmiddelen. Er was sprake van een overkoepelende zoekactie met een literatuursearch naar ander persoonlijke beschermingsmiddelen bij zorgmedewerkers. De literatuurzoekactie leverde na ontdebellen 60 unieke treffers op. De volledige zoekacties is te vinden in de Samenvatting literatuur.

De 60 studies werden geselecteerd op grond van de volgende vooraf gestelde selectiecriteria:

35

- Het gaat om een (systematische) reviews, randomized controlled trials (RCT's), observationele studies en overige studies.
- De participanten patiënten met een bevestigde scabiës (crustosa).

- De interventie (1) bestaat uit het dragen van een schort met lange mouwen.
 - De interventie (2) bestaat uit het dragen van een muts en mondneusmasker als isolatiemaatregel.
 - De controle (1) bestaat uit het dragen van een schort met korte mouwen of geen schort.
 - De controle (2) bestaat uit het dragen van een schort met korte mouwen of geen schort.
- 5
- Uitkomsten richten zich op (preventie van) nosocomiale transmissie naar zorgverleners, patiënten van scabiës.
 - Uitkomstmaten zijn gerapporteerd.

Draagt een gesluisde kamer met drukhiërarchie bij aan het voorkomen van transmissie bij bevestigde scabiës crustosa-patiënten?

- 10
- P:** Patiënt met bevestigde scabiës (crustosa)
I: Isolatie in gesluisde kamer met drukhiërarchie
C: Eenpersoonskamer/anders, buiten ziekenhuis
O: Nosocomiale transmissie naar zorgverleners en/of patiënten, scabiësinfectie
- 15
- In de databases Embase, Ovid/Medline en Cinahl is op 14 november 2022 met relevante zoektermen gezocht naar literatuur over isolatie en luchtsluit, maar dit leverde geen treffers op. De zoekactie is aangepast naar studies over isolatiemaatregelen bij scabiës en leverde 54 unieke treffers op. De volledige zoekacties is te vinden in de bijlage Samenvatting Literatuur.
- 20
- De 54 studies werden geselecteerd op grond van de volgende vooraf gestelde selectiecriteria:
- Het gaat om een (systematische) reviews, randomized controlled trials (RCT), observationele studies en overige studies’.
 - De patiënten met een bevestigde scabiës (crustosa).
 - De interventie bestaat uit isolatiezorg in een gesluisde kamer met drukhiërarchie
- 25
- De controle bestaat uit isolatiezorg in een eenpersoonskamer en/ of buiten het ziekenhuis.
 - Uitkomsten richten zich op (preventie van) nosocomiale transmissie naar zorgverleners, patiënten van scabiës
 - Uitkomstmaten zijn gerapporteerd.

Resultaten

- 30
- Een literatuurzoekopdracht met de onderzoeksvraag of het dragen van schorten als persoonlijk beschermingsmiddel van toegevoegde waarde is bij de zorg van een patiënt met scabiës (crustosa), heeft 60 artikelen opgeleverd over het toepassen van isolatie en gebruik van schorten als persoonlijke beschermingsmiddel bij een scabiës-index. Na de beoordeling van titel en samenvatting bleven er geen artikelen over die aan de PICO-zoekvraag voldeden.
- 35
- De literatuurzoekopdracht met onderzoeksvraag of een gesluisde kamer met drukhiërarchie bijdraagt aan het voorkomen van transmissie bij bevestigde scabiës crustosa patiënten, heeft 54 artikelen opgeleverd die aan de vooraf opgestelde zoektermen voldeden. Na de beoordeling van titel en samenvatting bleven er twee artikelen over die beoordeeld zijn op basis van volledige tekst.

Na de beoordeling van de volledige tekst voldeden beide artikelen niet aan de selectiecriteria. In de Exclusetabel in [bijlage 4](#) is de reden voor exclusie toegelicht.

- 5 Er is geen wetenschappelijk bewijs gevonden voor de infectiepreventie maatregelen over het dragen van beschermende kleding en een isolatiekamer met sluis/drukhiërarchie bij het isoleren van een patiënt met scabiës (crustosa) in een zorginstelling. De aanbevelingen zijn gebaseerd op expertise van de werkgroepleden aangevuld met informatie uit andere richtlijnen, andere literatuur en risicoafwegingen.

Overwegingen

Infectiepreventiemaatregelen

10 Besmettelijkheid

Scabiës (klassiek)

- 15 In de CDC-richtlijn [Scabiës](#) staat dat de besmetting met gewone scabiës plaatsvindt door langdurig (langer dan 15 minuten) huidcontact, bijvoorbeeld bij wassen en zalven. Ook kan de mijt worden overgebracht door besmet beddengoed of door kleding van de patiënt. De patiënt is besmettelijk zodra er volwassen mijten aanwezig zijn. Na besmetting duurt het een tot twee weken voordat er nieuwe mijten volwassen zijn. De huidandoening manifesteert zich meestal pas na verloop van tijd. Besmettelijkheid gaat dus aan de klinische verschijnselen vooraf.

Scabiës crustosa

- 20 In de richtlijn van het UK Health Security Agency over outbreakmanagement bij scabiës en uit een studie van Voss A. 1994 en [UKHSA guidance on the management of scabies cases and outbreaks in long-term care facilities and other closed settings](#) blijkt dat bij contact met een patiënt met scabiës crustosa een vluchtig contact, zoals het opmaken van een bed, al voldoende kan zijn om besmetting te doen plaatsvinden. Een patiënt met scabiës crustosa is zeer besmettelijk door de aanwezigheid van grote aantallen mijten in de huidschilfers en doordat de diagnose veelal laat wordt gesteld.
- 25 Overdracht van scabiësmijten kan daarom ook al bij kortdurende lichaamscontacten en door het beddengoed (via schilfers) plaatsvinden. Patiënten met deze vorm van scabiës vormen vooral voor de zorgmedewerkers voor medepatiënten en bezoekers/ familie een groot risico (LCI-richtlijn [Scabiës](#)).

Isolatiemaatregelen

30 Scabiës (klassiek)

Een patiënt met scabiës (verdenking) wordt tijdens verblijf in een zorginstelling in isolatie verpleegd. De werkgroep is van mening dat hierbij de volgende maatregelen gelden:

- De isolatiezorg wordt uitgevoerd met *een disposable schort met lange mouwen*. De werkgroep acht het schort van meerwaarde. De zorgmedewerker heeft zo minder risico om blootgesteld te worden aan huidschilfers en mijten. Voor gebruik van schorten zie ook SRI-richtlijn [Persoonlijke beschermingsmiddelen](#).
 - Dit isolatiezorg wordt uitgevoerd met disposable handschoenen. De werkgroep acht handschoenen van meerwaarde. De zorgmedewerker heeft zo minder risico om blootgesteld te worden aan huidschilfers en mijten. Voor gebruik van handschoenen zie ook SRI-richtlijn [Persoonlijke beschermingsmiddelen](#).
- 40

- De isolatie met PBM handhaven tot minimaal twaalf uur na het starten van de behandeling.
- De kans op overdracht is bij huid-huidcontact van >15 minuten zodat geldt dat de isolatiemaatregelen moeten worden toegepast. De werkgroep acht het van belang dat langdurig huid-huidcontact met een onbehandelde (index)-patiënt zoveel mogelijk vermeden wordt. Vluchtig huidcontact is geen probleem. Het is daarom bijvoorbeeld niet risicovol om de patiënt de hand te schudden.

Scabiës (crustosa)

De studie van Ozdamar 2023 beschrijft een uitbraak in een zorginstelling waarbij 42 indexen (7 patiënten, 25 medewerkers en 10 familieleden van patiënten) besmet zijn geraakt. Om de uitbraak onder controle te krijgen werd onder andere gebruik gemaakt van isolatiemaatregelen (strikte contactisolatie)waarbij zorgmedewerkers en bezoekers een schort en handschoenen droegen.

De werkgroep adviseert om een patiënt met scabiës crustosa-(verdenking) tijdens verblijf in een zorginstelling in contact isolatie te verplegen zoals beschreven in de in de SRI-richtlijn [Isolatie](#). Hierbij gelden de volgende aanvullingen:

- De isolatiezorg wordt uitgevoerd met *een disposable schort met lange mouwen*. De werkgroep acht het schort van meerwaarde. De zorgmedewerker heeft zo minder risico om blootgesteld te worden aan huidschilfers en mijten. Voor gebruik van schorten zie ook SRI-richtlijn [Persoonlijke beschermingsmiddelen](#).
- De isolatiezorg wordt uitgevoerd met disposable handschoenen. De werkgroep acht handschoenen van meerwaarde. De zorgmedewerker heeft zo minder risico om blootgesteld te worden aan huidschilfers en mijten. Voor gebruik van handschoenen zie ook SRI-richtlijn [Persoonlijke beschermingsmiddelen](#).
- Er hoeft geen muts en mondneusmasker te worden gedragen.
- Op indicatie van de dermatoloog blijft de contactisolatie van de patiënt gehandhaafd tot deze genezen is verklaard.
- Er mag geen huidcontact plaatsvinden met de patiënt of het beddengoed.
- Bezoekers dienen te worden voorgelicht dat ook zij bij het betreden van de kamer beschermende kleding en handschoenen dragen.
- Cohortverpleging is mogelijk als er meerdere patiënten met scabiës crustosa aanwezig zijn in een instelling.

Sluis en drukhiërarchie van een isolatiekamer

Ondanks dat er geen wetenschappelijk bewijs is gevonden op basis van de literatuurzoekopdracht adviseert de werkgroep om een patiënt met scabiës crustosa te behandelen en te verplegen in een eenpersoonskamer met, indien aanwezig, een sluis en drukhiërarchie om het risico op transmissie door besmettelijke huidschilfers via stof- en luchtwervelingen te voorkomen. Ziekenhuizen beschikken over gesluisde isolatiekamers. In deze kamers kan het drukverschil in lucht tussen de kamer, sluis en gang ingeregeld worden. Het advies van de werkgroep is om bij een patiënt met scabiës crustosa de PBM aan te trekken in de sluis. Na het bezoek aan de patiënt dient ook het uittrekken van de gebruikte PBM in de sluis plaats te vinden.

Zorginstellingen in de langdurige zorg kunnen doorgaans geen gebruik maken van een gesluisde kamer. De werkgroep adviseert om in dat geval als alternatief gebruik te maken van een eenpersoonskamer. Het aantrekken van de PBM zal dan buiten de kamer gebeuren. Het uittrekken van PBM kan voor het verlaten van de kamer. Zorg hierbij voor een uniforme werkwijze die

medewerkers aanhouden waarbij van tevoren gedacht is aan de afvoer van het vuile materiaal en gebruikte PBM uit de kamer.

Tabel 1 Isolatievorm en persoonlijke beschermingsmiddelen bij klassieke scabiës en scabiës crustosa) (verdachte) patiënten in ziekenhuizen

Vorm Scabiës	Duur isolatie	Isolatiekamer	Persoonlijke beschermingsmiddelen		
			Schort	Muts/ Masker	Handschoenen (niet-steriel)
Klassieke Scabiës	Tot 12 uur na start therapie	Eenpersoonskamer met eigen sanitair	Schort met lange mouwen bij betreden van de isolatiekamer – conform richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen	n.v.t.	Bij betreden van de isolatiekamer en bij verzorging/behandeling met direct patiëntcontact of fysiek contact met patiëntmateriaal of omgeving – conform richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen Vermijd huid-huidcontact > 15 minuten
Scabiës crustosa	Op indicatie van de dermatoloog gehandhaafd tot deze de patiënt genezen heeft verklaard	Een isolatiekamer met drukhiërarchie (gesluisde isolatiekamer) Indien niet beschikbaar ter overbrugging een eenpersoonskamer met eigen sanitair worden gebruikt.	Schort met lange mouwen bij verzorging / behandeling met direct patiëntcontact of contact met patiëntmateriaal – Conform richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen Ook voor bezoekers	n.v.t.	Bij betreden van de isolatiekamer en bij verzorging/behandeling met direct patiëntcontact of fysiek contact met patiëntmateriaal of omgeving – conform richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen Vermijd huid-huidcontact > 15 minuten Ook voor bezoekers

5 Tabel 2 Isolatievorm en persoonlijke beschermingsmiddelen bij klassieke Scabiës en Scabiës crustosa) (verdachte) patiënten in de langdurige zorg

Vorm Scabiës	Duur isolatie	Isolatiekamer	Persoonlijke beschermingsmiddelen		
			Schort	Muts/ Masker	Handschoenen (niet-steriel)
Klassieke Scabiës	Tot 12 uur na start therapie	Eenpersoonskamer met eigen sanitair	Schort met lange mouwen bij betreden van de isolatiekamer – conform richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen	Niet van toepassing	Bij betreden van de (isolatie)kamer en bij verzorging/behandeling met direct patiëntcontact of fysiek contact met patiëntmateriaal of omgeving – conform richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen Vermijd huid-huidcontact > 15 minuten Vermijd huid-huidcontact > 15 minuten

Vorm Scabiës	Duur isolatie	Isolatiekamer	Persoonlijke beschermingsmiddelen		
			Schort	Muts/ Masker	Handschoenen (niet-steriel)
			voor eisen en wet- en regelgeving m.b.t. persoonlijke beschermingsmiddelen zie richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen		
Scabiës crustosa	Op indicatie van de dermatoloog gehandhaafd tot deze de patiënt genezen heeft verklaard	Een isolatiekamer/ eigen kamer met eigen sanitair (kamer met drukhiërarchie indien aanwezig)	Schort met lange mouwen bij verzorging / behandeling met direct patiëntcontact of contact met patiëntmateriaal – Conform richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen Ook voor bezoekers	Niet van toepassing	Bij betreden van de (isolatie)kamer en bij verzorging/behandeling met direct patiëntcontact of fysiek contact met patiëntmateriaal of omgeving – conform richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen Vermijd huid-huidcontact > 15 minuten Ook voor bezoekers NB Bij enkel gespreksvoering

Waarden en voorkeuren van patiënten en/of zorgmedewerkers

- 5 Scabiës crustosa is zeer besmettelijk als er geen infectiepreventiemaatregelen worden toegepast of wanneer de maatregelen niet goed of onvoldoende worden uitgevoerd. Het trainen en scholen van zorgmedewerkers op correct gebruik van PBM en het toepassen van isolatiemaatregelen is daarom van belang.
- 10 Bij de isolatiezorg van een patiënt met scabiës crustosa adviseert de werkgroep om in verband met hoog risico op besmetting getrainde zorgmedewerkers in te zetten en het aantal zorgmedewerkers tot een minimum te beperken. Daarbij kunnen zwangere en lacterende zorgmedewerkers beter niet worden ingezet in verband met beperkte behandel mogelijkheden bij een accidentele besmetting.

Duurzaamheid

- 15 Het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen dragen negatief bij aan de CO₂-footprint van de zorg. Zie de richtlijn [Persoonlijke beschermingsmiddelen](#) voor overwegingen en aanbevelingen voor effectief gebruik van handschoenen en schorten.

Aanbevelingen

Volg de infectiepreventiemaatregelen voor scabiës crustosa bij twijfel over de vorm van scabiës bij de index.

Maatregelen bij scabiës klassiek

- Pas isolatie toe met de volgende maatregelen:
 - Maak gebruik van een eenpersoonskamer
 - Draag een disposable schort met lange mouwen
 - Draag disposable handschoenen
 - Vermijd huid-huid contact >15 minuten
 - Handhaaf de isolatiemaatregelen tot minimaal twaalf uur na start van de therapie

Maatregelen bij Scabiës crustosa

- Pas isolatie toe met de volgende maatregelen:
 - Maak gebruik van een eenpersoonskamer met (indien aanwezig) een sluis en druk hiërarchie
 - Draag een disposable schort met lange mouwen
 - Draag disposable handschoenen
 - Er hoeft geen muts of mondneusmasker gedragen te worden
 - Bezoek draagt ook dezelfde persoonlijke beschermingsmiddelen als zorgmedewerkers
 - Maak geen huid-huidcontact met de patiënt of huidcontact met het beddengoed
 - Op indicatie van de dermatoloog blijft de isolatie van de patiënt gehandhaafd tot deze de patiënt genezen heeft verklaard.
- Bezoek wordt geïnstrueerd in gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen
- Cohort verpleging is toegestaan bij meerdere gevallen van scabiës (crustosa)
- Beperk het aantal medewerkers bij de verzorging van de index tot een minimum
- Maak gebruik van voldoende geschoolde en getrainde medewerkers door risico op besmetting bij niet goed gebruik PBM
- Zwangere/lacterende medewerkers voeren bij voorkeur niet de isolatiezorg uit door beperkte behandel mogelijkheden bij een accidentele besmetting.

Referenties

Ozdamar M, Turkoglu S. A nosocomial scabies outbreak originating from immunocompromised transplant patients in Turkey: Upholstery as a possible cause. *Transpl Infect Dis.* 2020 Aug;22(4):e13284. doi: 10.1111/tid.13284. Epub 2020 Apr 23. PMID: 32274845.

Conceptrichtlijn Scabiës, april 2024

LCI-richtlijn [Scabiës](#)

CDC [Scabiës](#)

Voss A, Milatovic D, Meis JFGM. Epidemie van scabiës bij personeel in de gezondheidszorg. Infectieziekten Bull 1994; 5(7):140-143

- 5 [UK health security agency \(UKHSA\) guidance on the management of scabies cases and outbreaks in long-term care facilities and other closed settings \(Jan. 2023\)](#)

SRI-richtlijn [Persoonlijke beschermingsmiddelen](#)

SRI-richtlijn [Isolatie](#)

Module 3 Reiniging en desinfectie

Uitgangsvraag

- 5 Welke methode(n) van omgevingsdesinfectie bij een patiënt met scabiës (*crustosa*) dragen bij aan het verkleinen van de kans op het ontstaan van nosocomiale infecties bij zorgmedewerkers en/of patiënten in vergelijking met standaard (meest gangbare) reinigingsmethode?

Verantwoording

Zoeken en selecteren

- 10 Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is er een systematische literatuursearch verricht met PICO-zoekvragen over desinfectiemethoden van ruimten/oppervlakken en desinfectiemethoden van materialen en (be)kleding.

Onderzoeksvraag 1:

- 15 *Welke methoden van omgevingsdesinfectie van de kamers van patiënten met scabiës (*crustosa*) dragen bij aan het verkleinen van de kans op het ontstaan van nosocomiale infecties van scabiës (*crustosa*) in vergelijking met routinereiniging?*

P: Ruimten en oppervlakken gebruikt door een patiënt met scabiës (*crustosa*)

I: Desinfectiemethode

C: Reiniging met reinigingsmiddel

- 20 **O:** Ruimten en/of oppervlakken zonder scabiësmijten of stofdeeltjes/huidschilfers en verminderde nosocomiale infecties van scabiës

- 25 In de databases Embase, Ovid/Medline is op 18 november 2022 met relevante zoektermen gezocht naar literatuur over naar studies over desinfectie en scabiës. Er is niet specifiek op kamers gezocht omdat daar geen goede terminologie voor te hanteren is, zonder het risico relevante literatuur te missen. Het nadeel is dat op deze manier veel ruis ontstaat. De literatuurzoekactie leverde 345 unieke treffers op. De volledige zoekactie is te vinden in de Samenvatting literatuur/ **bijlage 4.**

De 345 studies werden geselecteerd op grond van de volgende vooraf gestelde selectiecriteria:

- Het gaat om een (systematische) reviews, randomized controlled trials (RCTs), observationele studies
- 30 • De onderzoeksgroepen richten zich op ruimten en/ of oppervlakken gebruikt door een patiënt met scabiës (*crustosa*).
- De interventie bestaat desinfectie

- De controle bestaat uit reiniging met een reinigingsmiddel
- Uitkomsten richten zich op (preventie van) nosocomiale transmissie naar zorgverleners, patiënten van scabiës en/of ruimten oppervlakken vrij van scabiësmijten, stofdeeltjes, huidschilfers
- Uitkomstmaten zijn gerapporteerd

5 Resultaten

10 Een literatuurzoekopdracht met de onderzoeksvraag of het desinfecteren van ruimten en oppervlakken bijdragen aan het verkleinen van de kans op overdracht van scabiës (crustosa) in vergelijking met routine reiniging. De literatuurzoekopdracht heeft 345 artikelen opgeleverd. Na de beoordeling van titel en samenvatting bleven er geen artikelen over die aan de PICO-zoekvraag voldeden.

Er is geen wetenschappelijk bewijs gevonden over de effectiviteit van het desinfecteren van ruimten en oppervlakken die (mogelijk) besmet zijn met scabiës mijten, huidschilfers en stofdeeltjes ten opzichte van een reiniging.

15 De aanbevelingen zijn gebaseerd op expertise van de werkgroepleden aangevuld met informatie uit andere richtlijnen, andere literatuur en risicoafwegingen.

Overwegingen

De werkgroep heeft diverse literatuur aangedragen als sleutelartikelen over dit onderwerp.

Infectiepreventiemaatregelen

20 De studies van Sunderkötter (2021) en van Arlian (2017) gaan over het overleven van de scabiësmijt in diverse omstandigheden. Infectiepreventiemaatregelen gericht op het verwijderen van de mijt via reiniging, machinaal wassen en op beperkte overlevingsduur buiten het lichaam zijn deels gestoeld op deze studies.

Kleding en beddengoed

Scabiës (klassiek)

25 De werkgroep acht dat kleding die in direct contact is geweest met de huid en kleding gebruikt in de 72 uur voorafgaande aan de behandeling, gewassen dient te worden bij een temperatuur van tenminste 60 °C. Zo wordt de kans op herbesmetting verminderd. Het verhitten tot een temperatuur van tenminste 60 °C, gedurende tien minuten doodt de mijt.

30 Indien kleding en beddengoed niet bij deze temperatuur gewassen kunnen worden, moeten deze tenminste 72 uur (drie dagen) in een dichtgeknoopte plastic zak bij kamertemperatuur worden bewaard. Het is raadzaam op de datum en tijd te noteren bij start van het bewaarproces. Over de overlevingsduur van mijten buiten het lichaam zijn weinig literatuurgegevens bekend. Aangenomen wordt dat de meeste mijten bij een kamertemperatuur van 18°C of hoger – en zeker bij een relatieve luchtvochtigheid < 50% - na ongeveer drie dagen zo verzwakt zijn, dat deze zich niet meer kunnen ingraven in de huid. Studies van Fang, 2015 en van Andresen 2000 ondersteunen dit.

35

Een alternatief voor voorwerpen zoals knuffels, kleding, schoenen die niet gewassen kunnen op 60 °C en ook niet 72 uur bewaard kunnen worden, is een alternatief een bewaartermijn bij een temperatuur van -20 °C. De literatuurstudies van Bernigaud, 2020 en Bernigaud, 2020(Bernigaud C 2020) beschrijven dat voorwerpen als geheel minimaal vijf uur een temperatuur van -20 °C bereiken moeten hebben. Daarnaast is er een studie van Bouvresse (2010) die een bewaartermijn van 72 uur bij -20 °C aanhouden. De werkgroep adviseert om deze bijzondere voorwerpen minimaal 24 uur bij -20 °C te bewaren.

Scabiës (crustosa)

10 Bij scabiës crustosa dient al het beddengoed en de kleding, inclusief schoeisel 168 uur (zeven dagen) in dichtgeknoopte plastic zakken te worden bewaard en pas daarna te worden afgevoerd naar de wasserij. Als het wasgoed direct naar de wasserij gaat, moet de wasserij vooraf worden ingelicht.

Na behandeling van de patiënt wordt het matras een week gelucht bij een temperatuur van 18 °C of hoger en een lage (<50 %) tot normale luchtvochtigheid, waarna het matras wordt voorzien van een nieuwe beschermhoes. Als deze behandeling niet mogelijk is, dient het matras afgevoerd te worden voor destructie (niet voor hergebruik).

De LCI-richtlijn Scabiës heeft een [Bijlage behandeling en Hygiënevoorschriften scabiës](#) waarin adviezen schematisch weergegeven zijn voor het wassen en luchten van kleding en beddengoed.

Kamer, ruimten en oppervlakken

20 Scabiës (klassiek)

Bij gewone scabiës is er geen sprake van grote verspreiding van de scabiësmijten in de omgeving. Daarom is de werkgroep van mening, mede op basis van de studie van Leeyaphan 2019, dat er geen extra reinigingsmaatregelen nodig zijn. De standaard procedure voor huishoudelijke reiniging van ruimten, kamers en oppervlakken volstaat. Scheinfeld (2004) beschrijft dat het van belang is dat gebruik van een stoomreiniging een negatief effect kan hebben. Dit verhoogde luchtvochtigheid, waardoor de mijten langer kunnen overleven.

Scabiës (crustosa)

30 Bij scabiës crustosa kan het aantal mijten op de huid enorm zijn. In de omgeving van de patiënt vindt dan ook een grote verspreiding van scabiësmijten plaats. Alle stof dient daarom grondig huishoudelijk te worden verwijderd door reiniging. Voor het reinigingsproces heeft het de sterke voorkeur om alleen te werken met wegwerpreinigingsmaterialen. Als het niet mogelijk is om gebruik te maken van wegwerpreinigingsmateriaal, dan wordt het gebruikte materiaal direct na gebruik gewassen bij een temperatuur van tenminste 60 °C.

35 De patiëntenkamer wordt na ontslag of genezing gedurende 72 uur (drie dagen) niet gebruikt. Mijten overleven het best bij een temperatuur van 15° C en een hoge luchtvochtigheidsgraad, maar kunnen niet zonder voedsel vanuit huidcellen en celvocht. Het bed blijft gedurende deze periode in de kamer. De kamer dient wel op een kamertemperatuur van tenminste 18° C te worden gehouden. Daarna kan worden volstaan met normale huishoudelijke reiniging van kamer, bed en overig meubilair.

40

De gordijnen op de patiëntkamer worden na ontslag of genezing gewassen bij een temperatuur van minstens 60 °C. Als dit niet mogelijk is worden de gordijnen gedurende 168 uur (zeven dagen) in een plastic zak bewaard.

5 In de langdurige zorg waar cliënten wonen en daar hun eigen woning of kamer hebben, kan het niet gebruiken hiervan voor langere tijd (tien dagen) niet of lastig haalbaar zijn. In een literatuurstudie van Morrison, 2019 wordt langdurige desinfectie (48 uur) van kamers/woningen beschreven als een alternatief.

Kosten en middelen

10 Bij een scabiësuitbraak zijn er extra kosten en middelen nodig voor extra reiniging van beddengoed, kleding en voorwerpen. Ook kunnen er extra kosten zijn voor het reinigen van kamers, ruimten en het tijdelijk niet kunnen gebruiken van ruimten. De infectiepreventiemaatregelen voor reiniging zijn een belangrijk onderdeel voor het bestrijden van een scabiësuitbraak. Worden de maatregelen voor reiniging niet precies genomen, dan is er kans op herintroductie van scabiës en is inventarisatie en opnieuw behandelen nodig. Hiermee acht de werkgroep deze maatregelen opwegen tegen de
15 eventuele extra kosten.

Waarden en voorkeuren van patiënten en/of zorgmedewerkers

20 Het belangrijkste doel van de hier voorgestelde infectiepreventiemaatregelen over reinigen en desinfectie is de bescherming van patiënten/cliënten en zorgverleners tegen (her)besmetting met scabiës. Er kunnen echter ook nadelen zitten aan deze maatregelen waaronder het tijdelijk inperken van de vrijheid van de patiënt en de consequenties van de beperkte sociale interactie.

25 Daarbij worden zorgverleners vaak extra belast bij de uitvoering van de maatregelen. Met name in de langdurige zorg is veelal sprake van een woonsetting waar de maatregelen moeten plaatsvinden. Intensieve schoonmaakmaatregelen en wasvoorschriften kunnen hier ingrijpen op het welzijn van cliënten, zeker bij scabiës crustosa.

Aanbevelingen

- Volg de infectiepreventiemaatregelen voor scabiës crustosa bij twijfel over de vorm van scabiës bij de index.
- Einddesinfectie voor oppervlakken, ruimten, kleding, beddengoed en voorwerpen wordt *niet* aanbevolen.

Maatregelen voor reiniging bij klassieke scabiës

- Voor kleding en beddengoed dat in direct contact is geweest met de besmette huid 72 uur (drie dagen) voorafgaand aan start behandeling geldt:
 - Machinaal wassen bij tenminste 60 °C gedurende tenminste 35 minuten.
 - Indien machinaal wassen niet mogelijk is:
 - Bewaren in een dichtgeknoopte plastic zak voor tenminste 72 uur (3 dagen) bij kamertemperatuur.
 - Noteer datum en tijd bij aanvang van de bewaartermijn.
- Voor overige voorwerpen zoals schoenen, knuffels) die niet machinaal gewassen kunnen worden, geldt:
 - Bewaar deze in een vriezer met temperatuur van tenminste -20 °C voor tenminste 24 uur.
- Voor ruimten, kamer en oppervlakken waar een patiënt met scabiës (verdenking) is geweest, geldt:
 - Reinig de omgeving volgens reguliere werkafspraken, zie ook de SRI-richtlijn [Reiniging en desinfectie van ruimten](#).
 - Maak *geen* gebruik van stoomreiniging.

Maatregelen voor reiniging bij scabiës crustosa

Voor *kleding en beddengoed* dat in direct contact is geweest met de besmette huid vooraf aangaand aan start behandeling geldt:

- Bewaar al het beddengoed, de kleding, inclusief schoeisel en knuffels, 168 uur (zeven dagen) in dichtgeknoopte plastic zakken.
- Noteer datum en tijd bij aanvang van de bewaartermijn.
- Voer het beddengoed (en eventueel kleding) pas na bovenstaande bewaartermijn af naar de wasserij.
- Als het wasgoed toch direct naar de wasserij gaat, moet de wasserij vooraf worden ingelicht.
- Lucht de matras van de patiënt na 168 uur (zeven dagen) bij een temperatuur van 18 °C of hoger en een lage (< 50%) tot normale luchtvochtigheid.
- Voorzie het matras hierna van een nieuwe beschermhoes.
- Als deze behandeling niet mogelijk is, dient het matras afgevoerd te worden voor destructie (niet voor hergebruik).

Voor *ruimten, kamer en oppervlakken* waar een patiënt met scabiës crustosa heeft verbleven, geldt:

- Reinig de ruimte met wegwerpschoonmaakmaterialen grondig zodat deze vrij is van stof.
- Indien gebruik van wegwerpschoonmaakmaterialen niet mogelijk is, was de schoonmaakmaterialen na gebruik direct op tenminste 60 °C.
- Patiëntenkamer na ontslag of genezing gedurende 72 uur (drie dagen) niet gebruiken.

Referenties

[LCI-richtlijn Scabies](#)

5

Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Dtsch Arztebl Int* 2021;118:695-704. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0296

10

Sunderkötter C, Feldmeier H, Fölster-Holst R, et al. S1 Guidelines on the diagnosis and treatment of scabies. *JDDG* 2016;1411:155-1167. DOI: 10.1111/ddg.13130.

Arlian L, Morgan M. A review of *Sarcoptes scabiei*: past, present and future. *Parasites & Vectors* 2017;10:297. DOI: 10.1186/s13071-017-2234-1.

15

Bernigaud C, Fischer K, Chosidow O. The Management of Scabies in the 21th Century: Past, Advances and Potentials. *ActaDV* 2020;100:225-234. DOI: 10.2340/00015555-3468.

20

Bernigaud C, Fernando D, Hieng L, et al. How to eliminate scabies parasites from fomites: A high-throughput ex vivo experimental study. *J Am Acad Dermatol* 2020;83:241-245.

- 5 Morrison E, Middleton J, Lanza S, et al. Do we know how scabies outbreaks in residential and nursing care homes for the elderly should be managed? A systematic review of interventions using a novel approach to assess evidence quality. *Epidemiology and Infection* 2019;147:e250, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0950268819001249>.
- 10 Fang F, Bernigaud C, Candy K, et al. Efficacy assessment of biocides or repellents for the control of *Sarcoptes scabiei* in the environment. *Parasites & Vectors* 2015;8:416. DOI: 10.1186/s13071-015-1027-7.
- 15 Andersen, B.M, Haugen, H, Rasch, M, et al. Outbreak of scabies in Norwegian nursing homes and home care patients: Control and prevention. *J. Hosp. Infect.* 2000;_:160–164.
Scheinfeld, N. Controlling Scabies in Institutional Settings. *Am J Clin Dermatol* 2004;5(1):31-37.
- Bouvrès S., Chosidow O. Scabies in healthcare settings. *Curr Opin Infect Dis* 2010;23:111-118.
Leeyaphan C, Pluetrattanabha N., Lymphoka P, Bunyaratavej N. Scabicial effect of heat on the *in vitro* survival of scabies mites and their eggs: Optimal temperature and exposure time. *Indian J Dermatol Venereol Leprolol* 2019;85(6):647-649.