

Vergelijkende analyse uitvoering BCO in maart 2020 & september 2020

Achtergrond

Op 11 september jl. heeft VWS de eerste melding ontvangen van een GGD regio die binnen de richtlijn BCO van het RIVM overstapte op een andere werkwijze voor het BCO. Kortweg 'risicogestuurd' genoemd. De reden hiervoor was dat het aantal besmettingen hoger en sneller steeg dan voorzien. Dit was niet alleen het geval voor deze specifieke GGD regio, de trend werd ook breder in Nederlandesignaleerd. De opschaling van de capaciteit voor BCO via de landelijke schil en de eigen regionale opschaling in de GGD regio's, bleek niet toereikend om de stijging van het aantal besmettingen op te vangen. Althans, niet volgens de reguliere richtlijn voor uitvoering BCO. Om toch index patiënten snel te kunnen informeren, is voor de aangepaste werkwijze gekozen.

Inmiddels, op 25 september, zijn alle 25 GGD regio's overgegaan op risico-gestuurd BCO. Daarmee lijkt een vergelijking te maken met de situatie van februari/ maart 2020. In maart is toen door de GGD regio's met een hoog aantal besmettingen, in overleg met het RIVM, besloten in ieder geval in deze regio's te stoppen met de uitvoering van een volledig BCO volgens de RIVM richtlijn. De GGD-en bepaalden zelf welke onderdelen van de richtlijn nog uitgevoerd werden. De redenen hiervoor waren:

- de beschikbare capaciteit bij de GGD-en voor uitvoering BCO: bij de toename van de aantallen besmettingen bleek het niet meer mogelijk het BCO volledig uit te voeren.
- Indexen werden laat getest waardoor ziektebeeld al gevorderd was, en voor sommige contacten (met name die buiten het huishouden) de incubatieperiode reeds verstreken was.
- Indexen hadden veel contacten (betekent veel nabellen), en waren op veel plekken geweest (bron was niet meer te achterhalen).

Van maart 2020 tot september 2020 is hard gewerkt ter voorbereiding op een eventuele tweede golf. In mei is het volledige BCO weer opgepakt door GGD regio's. Begin mei is daartoe ook het RIVM protocol over het BCO gepubliceerd. En is, ter voorbereiding op een 'tweede golf', begonnen met opschaling van de regionale GGD capaciteit. En door GGD GHOR NL met de opzet van een landelijke, flexibele schil met extra capaciteit die regionaal ingezet kan worden.

Vraag

Wat zijn de redenen voor de overstap die we nu zien van de GGD regio's naar risico-gestuurd BCO, wetende dat de uitgangssituatie anders is (of zou moeten zijn) t.o.v. de situatie in maart?

Deelvragen:

- Wat maakt dat het risico-gestuurd BCO bijdraagt aan de maximale controle van de pandemiebestrijding
- Wat betekent het risicogestuurd BCO voor de mogelijkheden tot surveillance?
- Welke doelgroepen zijn dusdanig risicovol dat BCO daar op uitgevoerd moet worden om verspreiding te voorkomen

Aanpak

Verzoek aan RIVM: uitvraag voor cijfermatig analyse van de vergelijking van de situatie maart 2020 en september 2020 op aantallen besmettingen, verloop aantallen (hoe ziet de curve eruit), regionale verspreiding,

Evt. verzoek aan RIVM: inzichtelijk maken welke verbeteringen zijn aangebracht in de registratie (-systemen) tussen maart en september 2020.

i.o.m. GGD GHOR: analyse op de verschillen in BCO capaciteit maart en september 2020, en verandering werkwijze vanwege komst landelijke schil.

Verzoek VWS/IZ i.s.m. BZ: internationale vergelijking van stand van zaken Europese landen in de uitvoering van BCO.

Opbrengst

Analyse van de 2 situaties die verklaringen biedt voor het verloop van BCO bij oplopende aantallen besmettingen.

Waarom willen we dit weten?

- 1) Politieke en media vragen rondom dit onderwerp zijn te verwachten. Bron- en contactonderzoek (en Testen) liggen onder het politieke vergrootglas. Nu de besmettingen oplopen, en de verkiezingen van maart er aan komen, loopt de (politieke) druk op.
- 2) Zijn er leerpunten te trekken die helpen het BCO weer vlot te trekken e/o in de volgende golf?