

## **Gedachtennotitie: BCO, pijler van de infectieziektebestrijding**

Doel document: inzicht bieden in de wijze waarop maatregelen ter bestrijding van COVID-19 worden genomen, specifiek in relatie tot effectiviteit van het bron- en contactonderzoek.

Aanleiding voor document: bij grote (of plotselinge) toename in aantallen besmettingen (regionaal of landelijk) kan uitvoering (en daarmee effectiviteit) BCO onder druk komen te staan. Er bestaan verschillende inzichten in wat dan de gevolgen zijn voor uitvoering van het BCO.

### *BCO: wat er aan vooraf ging*

Einde februari werd de eerste patiënt gediagnosticeerd met COVID-19. In maart-april 2020 zagen we een grote toename van de aantallen COVID-19 besmettingen in Nederland. GGD-en hebben eind februari en eerste week maart bij elke nieuwe index een BCO uitgevoerd. Conform artikel 6, Wpg. Daarbij werden de contacten ingelicht en bij klachten (veelal aan huis) getest. De grootste toename besmettingsgevallen concentreerde zich in bepaalde gebieden in Brabant. Met name in de GGD regio's Brabant Zuid-Oost, Hart van Brabant, West-Brabant en Limburg-Noord, was de besmettingsdruk heel hoog.

In maart is door de GGD, 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: registreren, informeren en monitoren van alle contacten door de GGD. De GGD-en bepaalden zelf wat er nog wel gedaan werd. De redenen hiervoor:

- 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 vergevorderd 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).

Hoewel veel GGD-en nog BCO deden, was dit in sommige regio's afgeschaald en werd geprioriteerd naar wat het meest effectief was. Het is onduidelijk in hoeverre in andere regio's nog wel een volledig BCO werd gedaan, voor alle gevallen. De ervaring met de pandemische griep uitbraak had geleerd dat te lang werd doorgegaan met bron en contactonderzoek, terwijl dit eigenlijk geen zin meer had. Ook het instellen van de strikte -lockdown- maatregelen half maart 2020 in heel Nederland (de mitigatiefase) verminderde het belang van BCO voor COVID-19: iedereen moest immers al thuisblijven.

In mei is het volledige BCO weer opgepakt door (alle) 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.

### *Geleerde lessen over het virus, de verspreiding en de aanpak*

Sinds de introductie van het virus begin 2020 en nu (september 2020) is er veel wetenschappelijke kennis ontwikkeld over de aard van het virus, de verspreiding en het ziektebeeld. De WHO, het ECDC en het RIVM actualiseren op basis van die inzichten continu de richtlijnen en adviezen voor de aanpak van het virus.

In Nederland is een bestrijdingsstrategie ontwikkeld waarin testen, traceren en thuis isoleren de belangrijke pijlers zijn. Dit conform de internationale richtlijnen. Sinds 1 juni is het voor iedereen mét klachten mogelijk zich te laten testen, de GGD-en zijn deels al opgeschaald in BCO capaciteit en deels nog verder aan het opschalen. En de monitoring (surveillance) van de bestrijding wordt fijnmaziger en verbeterd.

Om het virus beter op de hielen te zitten zijn ook systemen ontwikkeld die vroeg signalen afgeven van opleving van het virus. Zoals het systeem van rioolwater surveillance. Daarnaast is het Coronadashboard ontwikkeld om informatie over verspreiding van het virus voor iedereen inzichtelijk te maken.

Voor BCO is ook sprake van voortschrijdend inzicht. Het RIVM protocol is gebaseerd op jarenlange ervaring in de infectieziektebestrijding. De laatste 20 jaren hebben GGD-en vooral uitbraken gezien die lokaal, en soms bovenregionaal aangepakt werden. Bestrijding van COVID-19 is door de omvang van de verspreiding van een andere ordegrrootte.

Het stoppen van het uitvoeren van een volledig BCO in veel regio's in maart 2020 was onvermijdelijk. De toename van het aantal indexen was groot, niet iedereen met klachten kon worden getest en het aantal (nauwe) contacten per index was ook groot. En de capaciteit bij de GGD niet toereikend. Mede om deze redenen is toen een intelligente lockdown afgekondigd (de mitigatiefase). Achteraf zijn er lessen te trekken uit het besluit te stoppen met een volledig BCO: het zicht op de verspreiding verdween, er was mogelijk sprake van minder bewustzijn in de omgeving van een indexpatiënt of rondom een uitbraak, en bij versoepeling van de maatregelen (in mei) kostte het relatief veel moeite om het BCO, en daarmee adequate zicht op de epidemie, weer opgestart te krijgen.

#### *Perspectief bij (verdere) opleving besmettingsaantallen*

In de maanden mei-augustus is door VWS met landelijke en regionale partners verder gewerkt aan een systeem van vroege signalering en indamming van de verspreiding van het virus. Waarbij de focus ligt op het nemen van regionale maatregelen waar dat kan, en alleen landelijke maatregelen als het echt moet (dit is ook een advies uit het traject van de lessons learned).

Het RIVM heeft in augustus een handreiking 'clusters en regionale verspreiding' gepubliceerd. Dit is te lezen als een scenariobeschrijving voor de situatie dat er lokale clusters en verheffingen zijn. Het beschrijft welke maatregelen er aanvullend genomen kunnen worden en de uitvoering van het BCO in verschillende stadia van infectiedruk. In bepaalde situaties vraagt dit een verscherping, in anderen meer risico gebaseerd. Internationale richtlijnen (ECDC, WHO) schrijven voor dat bij oplopende infectiedruk het BCO in aangepaste vorm kan worden uitgevoerd.

Bij de afweging voor de overstap van regulier BCO naar risico gestuurd BCO spelen de factoren van toenemende besmettingsdruk en beschikbare capaciteit (bij regionale GGD en landelijke schil). Regionaal heeft de IZB-arts de professionele ruimte om voor de eigen regio het voorstel te doen tot overstap op risicogericht BCO. Volgens het principe van 'comply or explain'. Bij het risicogestuurd BCO verricht de GGD die stappen in het BCO die het meeste bijdragen aan het indammen van de transmissie bewust wél zelf, en laat andere onderdelen (tijdelijk) achterwege of zorgt dat zij op een andere manier toch uitgevoerd worden.

Het RIVM heeft ten bate van de GGD-en een 'tool testprognose' ontwikkeld, waarmee GGD-en de testvraag 4 weken vooruit kunnen modelleren, en daarop de benodigde capaciteit in de teststraten op in zetten.

Het Coronadashboard heeft een belangrijke rol als informatiesysteem. Daarnaast is het 'inschalingsoverleg' geïntroduceerd. In dit overleg worden op basis van landelijke en regionale duiding van RIVM en GGD-en, veiligheidsregio's besproken waar de verspreiding (te) hard gaat en waar knelpunten in de bestrijding bestaan of snel kunnen ontstaan. Het overleg bestaat uit vertegenwoordigers van de Rijksoverheid, GGD GHOR NL, en de veiligheidsregio's. Doel hiervan is tijdig in staat zijn maatregelen te nemen, op regionaal niveau zodat de verspreiding zo veel mogelijk bij de bron wordt gestopt. De opbrengsten uit het BCO zijn een belangrijke bron in de afweging hoe 'het gaat' in een regio: waar verspreiding vooral plaatsvindt en (hiermee) het voorstel voor mogelijke maatregelen, en het monitoren van effect van maatregelen op de toe- of afname van besmettingsgraad. Voor het inschalingsoverleg wordt gebruik gemaakt van een zogenaamde escalatieladder, waarin per regio wordt vastgesteld of de situatie tot 1) waakzaamheid leidt, 2) zorgelijk, of 3) ernstig is. Gekoppeld aan deze classificering is een gereedschapskist in ontwikkeling aan mogelijke maatregelen om de trend te keren.

#### *Inschaling i.r.t. uitvoering BCO*

- 1) "Waakzaam": er is sprake van een beheersbare situatie. Het aantal nieuwe besmettingen is laag. Het BCO is overwegend effectief in het indammen van de verspreiding.
- 2) "Zorgelijk": aantal nieuwe besmettingen neemt toe, als de situatie voortduurt Is het BCO minder effectief voor het indammen van de verspreiding.
- 3) "Ernstig": aantal nieuwe besmettingen neemt snel toe, het BCO is niet meer effectief voor het indammen van de verspreiding of voor het zicht op de verspreiding afneemt.<sup>1</sup> Het BCO is dan vooral gericht op het identificeren van (contacten van) kwetsbaren om deze groep te beschermen.

#### *Concluderend*

- De waarde van BCO voor infectieziektebestrijding is onomstreden.

<sup>1</sup> <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/verantwoording>

- Internationale wetenschap en richtlijnen, en het RIVM wijzen op belang van BCO óók bij oplopende infectiedruk. Voor deze situaties is de handreiking clusters en verheffingen gepubliceerd.
- BCO stopt verspreiding door de keten van besmetting te doorbreken én het biedt op regionaal en landelijk niveau monitoringinformatie over de verspreiding. Op basis hiervan kunnen maatregelen genomen worden.
- Als BCO onder druk komt te staan, waardoor deze niet meer tijdig en/of volledig uitgevoerd kan worden, zal de bijdragen aan het verlagen van het reproductiegetal verminderen.
- Om de verspreiding snel in te dammen, is een aantal instrumenten ontwikkeld.
- Bij te hoog oplopende infectiedruk, worden deze ingezet en maatregelen genomen. Hiermee neemt de druk op de uitvoering van het BCO af.
- Het BCO en (nationale en/of regionale) maatregelen zijn communicerende vaten. In de bestrijding van het virus is de balans tussen die twee van groot belang.
- Via het inschalingsmodel is een continu overleg georganiseerd over de op- of afschaling van maatregelen.
- Regio's waar knelpunten bestaan kunnen n.a.v. dit inschalingsoverleg maatregelen treffen. Het overgaan tot risicogericht BCO is onderdeel van de bespreking in het inschalingsoverleg, deze kan geïnitieerd worden door de infectieziekte-arts en zijn DPG.
- Vanuit oogpunt van infectieziektebestrijding moet beschikbare capaciteit zo gericht mogelijk worden ingezet en, in die regio's waar BCO op reguliere wijze nog wel tot de mogelijkheid behoort, daar mee door gaan.
- Minimale basis van de uitvoering van risicogericht BCO is de registratie. In alle niveaus van het inschalingsmodel blijft de registratie op orde. Deze is namelijk cruciaal voor informatievoorziening, het volgen van de verspreiding, en de basis voor de te nemen maatregelen.
- Als in meerdere regio's grote knelpunten ontstaan en de situatie 'ernstig' wordt (volgens de inschaling) worden landelijke (lockdown) maatregelen overwogen om de infectiedruk te verlagen.
- In de tijdelijke, ernstige, situatie kan het zo zijn dat BCO verder onder druk komt te staan. Ook hier geldt dat in de regio maatwerk is over wat nog wél kan gebeuren aan BCO in die betreffende regio.
- Het ligt voor de hand alleen over te gaan op risicogericht BCO als er ook andere maatregelen worden getroffen.