



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

181.6 Commentaar LOI-leden op het protocol bron- en contactonderzoek COVID-19

181e LOI 9 juni

Vorbereiding 181^e LOI 9 juni door LOI-leden, agendapunt 181.6 Protocol bron- en contactonderzoek COVID-19

Zie <https://lci.rivm.nl/COVID-19-bco>

Graag uw commentaar zo concreet mogelijk formuleren.

Graag vermelding van uw naam en GGD-regio of organisatie die u vertegenwoordigt:

RIVM/Cib/LCI

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

T 030 274 7000
lci@rivm.nl

Auteur

5.1.2e 5.1.2e

T 030 274 7000

5.1.2e 5.1.2e **POI Limburg:**

1. Er wordt gesteld dat er bij elke positieve uitslag BCO wordt gestart. Het komt geregeld voor dat de 1^e ziektedag van de patiënt enkele weken geleden is. Hoe zinvol is dan BCO? Is er een maximale tijd 1^e ziektedag tot wanneer men BCO opstart (bijv max besmettelijke periode plus max incubatietijd voor contacten)?
- 2.
3. Overige niet nauwe contacten zijn contacten die >15 min, >1,5 afstand hebben gehad tot de index **in dezelfde ruimte**. Betekent dit dat er geen enkel risico is in de buitenlucht en dat deze contacten dus niet hoeven te worden geïnformeerd?
- 4.
5. Wat is "werkzaam in vitale sector of cruciale beroepen?" Graag hier een lijst toevoegen zodat alle GGD-en op een lijn zitten.
6. Volgens dit BCO protocol worden asymptomatische mensen nooit getest. Hoe kan het dan dat bijv in een bedrijf alle (asymptomatische) medewerkers worden getest bij een of enkele gevallen? Waarom worden alle (asymptomatische) leraren op een school getest als er enkele medewerkers positief zijn? In de praktijk wordt dit dus vaker gedaan, echter ik kan dit niet in een richtlijn terugvinden..... Wanneer is er een indicatie op asymptomatische personen te testen? Aanvullend hierop: Is er een richtlijn voor clusters?
7. Hoe monitor je huisgenoten?
 - a. Volgens protocol wordt op dag 0, 7 en 14 (einde quarantaine) gebeld
 - b. Echter, de 14 dgn quarantaine gaan pas in nadat de index minimaal 24 u klachtenvrij is (en min 7 dgn na start symptomen)
 - c. Hoe weet je of de index nog klachten heeft? Tot wanneer moet je dus de huisgenoten monitoren?
 - d. Is er geen maximale tijd te stellen aan de quarantaine van huisgenoten?

8. Verricht je BCO bij asymptomatische personen? Zo ja, besmettelijke periode van 2 dgn voor testafname tot 3 dgn erna (indien patiënt asymptomatisch blijft) of anders?
- 9.
10. Welke acties worden verwacht bij de categorie 3 contacten (groep "overige (niet nauwe) contacten")? Hoe ver gaan we hierin? Gaat de GGD actief nazoeken wie er gelijktijdig in de kapsalon, restaurant, enz hebben gezeten?
- 11.
12. Buiten de zorg en gebruik PBM: bijv kapper met faceshield. Mag hij werken als hij een nauw contact is (bijv klant die later COVID blijkt te hebben? Kan expliciet in de richtlijn worden vermeld dat PBM die worden gebruikt in niet medische settings geen consequenties hebben voor het beleid?
- 13.
14. In (Lab)Infa@ct COVID-19 van woensdag 20 mei staat dat protocol BCO (LCI-richtlijn) op een aantal punten is herzien, zoals "De leefregels voor overige nauwe contacten zijn verduidelijkt: zij blijven thuis en mogen niet buiten de deurwerken." Dit is echter niet aangepast in de brief "Informatie voor nauwe contacten van positief geteste COVID-19 patiënt", deze is nog gedateerd 8 mei 2020. Verzoek is dit z.s.m. aan te laten passen.
15. Q&A Bron- en contactonderzoek COVID-19 van het RIVM is nu enkel toegankelijk in de Viadeskgroep COVID-19. Dit is helaas niet toegankelijk voor al onze medewerkers die werken voor BCO. Kan deze Q&A wel toegankelijk gemaakt worden voor iedereen die werkt voor BCO? Bijvoorbeeld als Bijlage richtlijn?

5.1.2e

, POI Zuid-Holland

1. In het protocol wordt geen onderscheid gemaakt tussen bevestigde gevallen thuiswonend of wonend in een instelling.
Kan het BCO bij een bewoner / zorgmedewerker door de zorginstelling zelf uitgevoerd worden? Is het de bedoeling dat alle nauwe contacten (bewoners en/of zorgmedewerker) in een instelling ook geregistreerd worden en nagebeld.
Kan hiervoor een handreiking gemaakt worden gericht op verpleeg-, verzorgingshuizen en thuisorganisaties?
2. De GGD zorgt ervoor dat huisgenoten, die klachten krijgen, zo snel mogelijk getest worden. Adviseren we dit ook bij (kleine) kinderen?
Testen in een teststraat is voor kleine kinderen lastig en traumatisch. Wat is de meerwaarde van een dergelijke test als het kind toch al thuis moet blijven. Is er een leeftijdsgrens te benoemen, waarboven we kinderen als huisgenoot wel willen laten testen.
3. Wij hebben moeite met de zin voorkomt in 1. Beleid bij huisgenoten **en**
2. Beleid bij overige nauwe contacten: "Ook personen werkzaam in de vitale sector of met cruciale beroepen blijven thuis. Voor deze beroepen

kan een uitzondering gemaakt worden in **overleg met de GGD** en alleen als zij geen klachten hebben"

Als GGD hebben we geen zicht op continuïteit en exacte aard van werkzaamheden en willen een dergelijk advies dan ook graag bij de Arbo-arts beleggen.

4. Er is nu extra aandacht voor het naleven van de maatregelen van contacten, zij worden op dag 7 en 14 actief benaderd. Een dergelijke benadering van de index zou ook passend zijn (lukt het om de isolatiemaatregelen na te leven)

5. Wat voor mogelijkheden zijn er voor de handhaving van de gegeven maatregelen als duidelijk is, dat nauwe contacten, huisgenoten of de index zich niet aan de quarantaine houden?

Verdere genoemde knelpunten in de regio

- Geen contactgegevens index beschikbaar
 - Ziekenhuizen en testlaboratoria die gegevens index niet willen delen
 -
- Index zelf in isolatie >
 - Soms weerstand
- Index wil contactgegevens contacten niet delen
-
- Contacten met klachten willen niet getest worden
 - Angst voor verliezen baan
- Mantelzorgers in gezinnen
 - onmogelijkheid om te isoleren of niet willen
- casussen met grote gezinnen
-
- Personen die lastig te bereiken zijn
 - Hoe vaak terugbellen?
 - Met name bij terugbellen nauwe contacten en huisgenoten na 7 en 14 dagen na laatste contact met index
 - Voorstel nu 2x
 - Sms of indien mogelijk Email sturen en info opvragen
 -
- Huisgenoten en nauwe contacten die het niet eens zijn met maatregelen
-
- Gespreksvoering
 - Van aardig begripvol naar dwingend
 - Vraag aan LCI kunnen er consequenties aan zitten. ? wat kan wettelijk .
 -
 -
- Bedrijfsartsen die andere maatregelen opleggen dan het RIVM
 - > dat blijkt bij nabellen vaak niet te kloppen
 -
- Contacten in een andere regio

- o Contacten moeten bij testindicatie lang reizen naar Rotterdam → contacten worden overgedragen aan GGD elders. Dit is eigenlijk niet de bedoeling. Eigenlijk pas na positieve test overdragen naar GGD in eigen regio

5.1.2e, ROI Noord Nederland

1. Bij Inleiding:

2^e bolletje:

Wat doen we met de meldingen vanuit het ziekenhuis van casus die klinisch/radiologisch bevestigd, maar niet laboratorium bevestigd zijn? Contacten van deze mensen kunnen ook risico lopen en vragen hebben. Dus de vraag: komt er ook meldingsplicht voor CT-bevestigde gevallen, of (CT-)verdachte gevallen ?

3^e bolletje:

"Het doel van bron- en contactonderzoek is om contacten..." Hier mist de vermelding van de bron (immers: bron- en contactonderzoek.

4^e bolletje:

In een fase van transitie/exit is het meenemen van alle contacten...". Ook hier toevoegen en het opsporen van bronnen die nog nieuwe mensen kunnen besmetten.

2. Bij Bronopsporing:

1^e zin kan weg, voegt niets toe. Verderop ook bij contactopsporing

3. Bij Contactonderzoek:

Snelle melding is essentieel voor de "tijdige start van een bco"

4. Definitie contacten:

De naamgeving is (ook voor de relatief onervaren collega's die BCO doen) onnodig verwarrend, met name door 2x het woord overige. Dat leidt tot spraakverwarringen.

Voorstel:

- 1) huisgenoten
- 2) nauwe contacten
- 3) overige contacten

Her en der wordt gesproken over "start van de klachten", "start van de symptomen", liever overal "Eerste ziektedag".

Kan hoogrisicoblootstelling nader uitgewerkt worden, om het makkelijker toepasbaar te maken voor de bco-collega's. (concreter)

Het vliegtuigbeleid is niet logisch: eerst wordt gesteld dat het 'overige nauwe contacten' zijn, vervolgens dat we geen contactonderzoek doen. (waarom niet) Is het dan niet logischer om ze uit te sluiten als nauw contact?

"Zorgmedewerkers met PBM worden niet als contact geïncludeerd:"
 Gooien we daarmee geen informatie weg? Zijn de besmettingen in de ziekenhuizen/verpleeghuizen niet ook af en toe ontstaan ondanks PBM? Onjuist gebruikte PBM? Missen we daardoor geen clusters in de VVT sector?

5. Beleid bij huisgenoten

Hoe worden huisgenoten geïnformeerd: Alle huisgenoten individueel ... (in geval van studentenhuys bijvoorbeeld.) en in een gezinssituatie kan dat evt. via een van de ouders. Leeftijdsgrens? In hoeverre kan je een quarantaine-advies aan een inwonend 18-jarige via een ouder doorgeven? De opmerking "inclusief kinderen" is niet duidelijk: kind te woord staan?

4^e bolletje (en verderop ook):

Bedoeld wordt: de GGD direct te bellen **bij het optreden van passende klachten.**

Monitoringsgesprekken 0-7-14:

Hier mist een nadere duiding over wat te doen met de opgehaalde info. Wat als de quarantaine of isolatie niet goed lukt of men zich er niet (meer) aan wil houden?

Laatste alinea (vitale sector of cruciale beroepen): tekst synchroniseren met Q&A.

6. beleid overige nauwe contacten

"net zoals andere burgers":

Bedoeld wordt "net zoals andere burgers die klachtenvrij zijn".

Ingewikkelde zin. Liever: "...opgetreden en is de quarantaineperiode ten einde."

7. Monitoring bron- en contactonderzoek

HPZone: cave niet iedere ggd heeft HPZone. Oplossing?

Te rapporteren gegevens: graag vermelden voor welk doel, monitoring door het rivm? Welke gegevens kan het rivm dan inzien aan de achterkant?

Gerapporteerd per contact: alleen huishoud en nauwe contacten.

5.1.2e

, NVMM/WOGIZ

5.1.2e

1. Meldingsplicht: een positieve PCR is noodzakelijk voor de melding. Coron-IT kent echter naast de uitslagen positief en negatief ook de uitslag "indeterminate". In principe betekent dit dat er een nieuwe test afgenomen moet worden. Hangende deze nieuwe testuitslag, heeft de GGD dan een verplichting om toch al iets aan BCO te doen? Zeker in een situatie waarin iedereen zich, ongeacht klachten, kan laten testen is het

bij een "indeterminante" testuitslag onwenselijk om daaraan zware consequenties te hangen.

2. GGD-regio overstijgend BCO: wanneer de contacten van een patient buiten de eigen regio woonachtig zijn, worden die contacten dan naar hun eigen GGD-regio verwezen? Worden GGD's van nauwe contacten ook geïnformeerd dat er een persoon in hun regio, zodat die GGD de contacten kan benaderen op dag 7 en dag 14? Of moet de GGD van de regio van de oorspronkelijke patient dit doen?

5.1.2e

, NVMM/WOGIZ

5.1.2e

Beste ^{5.1.2e} en de rest,

Ik onderschrijf je opmerking, vanuit ; het veld' , in dit geval de PAMM, zien we in deze periode nauwelijks positieve PCR (95% is negatief). Dit komt

a) door de pre- operatieve screening: als de PCR positief is, dan is de cq waarde extreem hoog (> 35). Patiënt heeft geen klachten, is 'oud' RNA en dus geen reden voor isolatie. Melding naar GGD is dan ook niet logisch (gebeurt nu wel)

b) voor het opheffen van isolatie in verpleeghuizen wordt, tegen ons advies, regelmatig mensen herhaald getest middels nasopharynx uitstrijk. Ook hier zien we dan af en toe nog een positieve PCR, maar ook hier hoge ct waarde (> 35).

Het lijkt mij dus heel verstandig om, in deze periode van lage incidentie, deze belangrijke nuance van een positieve PCR mee te geven .

Met bijlage, Voorbeeld uitslag positieve PCR

5.1.2e

, GGD regio Utrecht

1. In het protocol is aandacht voor bronopsporing en wordt gevraagd alert te zijn op mogelijke clusters. Onze vraag is hoe we dit kunnen vormgeven bij grote patiëntenaantallen. Hoe houden we overzicht op verschillende mogelijke bronnen? Bijv. hoe komen we erachter dat meerdere patiënten bij dezelfde kerkdienst/sportschool/restaurant zijn geweest? We kunnen dit uiteraard wel uitvragen bij patiënten maar hoe registreren we dit dusdanig dat we het ook terug kunnen vinden? Dat is nl. de enige manier als dagelijks 50-100 man per regio BCO doen, de kans dat 1 iemand 2 patiënten treft die bij dezelfde gelegenheid is geweest is buitengewoon klein.
2. Hierbij aansluitend: we missen een landelijke afstemming over registratie-afspraken op HPzone niveau.
3. Wie heeft uiteindelijk het mandaat om het besluit te nemen dat personen met cruciale beroepen wel of niet mogen werken? In het protocol staat: "Ook personen werkzaam in de vitale sector of met cruciale beroepen blijven thuis. Voor deze groepen kan een uitzondering gemaakt worden in overleg met de GGD en alleen als zij geen klachten hebben". Waarom bepaalt de GGD dit, wat is de achterliggende gedachte? Het is toch logisch dat de bedrijfsarts dit beoordeelt, eventueel met input van een arts IZB?

4. Onze ervaring met BCO tot nu toe is dat patiënten het moeilijk vinden om gegevens van anderen 'zomaar' te delen met de GGD. We verwachten dat dit ook sterker geldt voor beroepsmatige contacten. Kan hier een standaardtekst over komen die mensen uitlegt waarom ze deze gegevens toch kunnen delen?
5. Knelpunt: we zien een aanzienlijk aantal mensen met langdurige klachten, vaak wekenlang. Hoe langer het duurt, des te moeilijker het is om afstand te houden. Sowieso heeft niet iedereen voldoende ruimte in huis om afstand te houden. Hun huisgenoten moeten dan echt lang in quarantaine. Wat weten we over de besmettelijkheid bij langdurige klachten en zijn er mogelijkheden om de quarantaine dan toch eerder op te heffen? (aangezien we ook weten dat de besmettelijkheid de eerste 7 dagen het hoogst is, dus hoe is de besmettelijkheid als iemand na 3-4 weken nog steeds klachten heeft?).

6.
7.

8. 5.1.2e **POI regio Oost**

9.

1. Start contactonderzoek bij bevestigde patient; ook als PCR bij herhaling positief is? In Q&A staat al redelijk duidelijk antwoord, graag opnemen in richtlijn. Kunnen we iets met die CT waarde van 35? Of icm EZD die al langer geleden?
2. Asymptomatische patient;
 - Na 72u zowel isolatie pt als quarantaine contact opheffen? Ja, lees ik in Q&A -> graag opnemen in richtlijn.
 - We zouden ook heel graag een brief voor asymptomatische patiënt willen hebben.
3. Nav punt 1 van 5.1.2e: Gister hebben wij met LCI afgesproken dat wij nauwe contacten binnen het ziekenhuis niet registreren en monitoren. Het ziekenhuis moet dat zelf doen en geeft ons alleen de aantallen door. Er komt een link in HP Zone waar we deze aantallen kunnen registreren.
4. Testen van kinderen; Wij zijn niet blij dat er is besloten dat wij kinderen <12 jaar moeten testen zolang er geen goede sabbeltest beschikbaar is...