

Risicogestuurd BCO

Deze handreiking geeft een aantal inhoudelijk handvatten / principes die door de GGD gebruikt kunnen worden om keuzes te maken in geval van de noodzaak tot prioriteren. Hierbij is gekeken welke onderdelen van het BCO het grootste effect opleveren ten aanzien van de bestrijding van COVID-19 en bescherming van kwetsbaren. Resultierend in de situaties waarbij het BCO volledig wordt uitgevoerd.

Uitgangspunten

- In het protocol bron- en contactonderzoek COVID-19 wordt het belang van een goed uitgevoerd BCO bij *inleiding en uitgangspunten* helder omschreven. Het zo snel mogelijk traceren / informeren van (alle) contacten reduceert de kans op transmissie en is in een fase van transitie/exit essentieel om de epidemie blijvend in te dammen. Het BCO levert tevens belangrijke informatie op over het verloop van de COVID-19 epidemie. Clusterrapportage en analyse van contacten zijn belangrijk instrumenten voor monitoring en surveillance. Deze data worden gebruikt bij het formuleren van adviezen en beleid.
- Een volledig BCO, bestaande uit een gesprek met de (index)patiënt, het informeren en nabellen van alle contacten en de registratie hiervan is arbeidsintensief en kost ten minste 8-12 uur. Bij complexe BCO's (veel contacten, diverse settings) kan het aantal uren oplopen tot ruim meer dan 12 uur.
- De benodigde BCO capaciteit is afhankelijk van het aantal nieuwe patiënten en de fase van de epidemie (bepaalt de complexiteit van het BCO). Bij een (forse) toename van het aantal patiënten kan de opschalingscapaciteit overschreden worden met als consequentie vertraging bij het BCO.
- Door vertraging van het BCO zullen nieuwe indexen en hun contacten later in isolatie / quarantaine gaan met als gevolg meer risico op transmissie en dus vermijdbare nieuwe patiënten.
- In een situatie van onvoldoende opschalingscapaciteit kan **risicogestuurd BCO** met uniforme prioritering een oplossing zijn voor het leveren van het meest optimaal haalbare BCO.
- Uitgangspunt van een risicogestuurd BCO is de keuze tussen een volledig uit te voeren BCO bij een index die tot een prioritaire groep behoort en een beperkter uitgevoerd BCO bij de overige indexen.
- Door goed te prioriteren wordt het (nadelig) effect op de verspreiding van COVID-19 zo klein mogelijk gehouden: daar waar het BCO het meest effect heeft, wordt maximaal ingezet.
- De beperking van het BCO voor niet prioritaire groepen bestaat uit het op een minder arbeidsintensieve wijze informeren van de nauwe contacten categorie 2A. Hierdoor kan een substantieel aantal (grote schatting 25-50%) meer BCO's bij gelijkblijvende capaciteit worden uitgevoerd.
- Om de tijdsinvestering per BCO te verminderen zijn enkele andere stappen denkbaar voordat besloten wordt tot risicogestuurd BCO: niet uitvoeren monitor call dag 5 en/of 10, niet uitvoeren follow up van indexen.
- Testen & BCO zijn communicerende vaten; opschaling in testcapaciteit heeft direct gevolg voor aanbod BCO. Prioritering in testen zou gekoppeld moeten zijn in prioritering van BCO.

- Prioritering is in eerste instantie bedoeld om onderscheid te maken tussen BCO die door landelijke partijen opgepakt kan worden en welke door lokale GGD opgepakt wordt. Deze prioritering kan later gebruikt worden om onderscheid te maken tussen BCO die wel en niet/of op een andere manier opgepakt worden (app of via media met algemene instructies bv).

Handvatten voor prioritering

Index

Het gesprek met de **index** dient altijd zo snel mogelijk plaats te vinden. Dit gesprek levert belangrijke informatie over waar de infectie mogelijk is opgelopen, de omvang, context en mogelijke clusters. Op basis van dit gesprek moet tevens worden vastgesteld of de index aan één van onderstaande prioriteringscriteria voldoet.

Prioritering n.a.v. karakteristieke index

1. (Zorg)instelling gerelateerd
Index was in de besmettelijke periode bewoner, bezoeker of medewerker van een (zorg)instelling (ziekenhuis, huisarts, fysio, verpleeghuis, thuiszorg, AZC, PI, opvang etc.).
2. Index behoort tot een moeilijk bereikbare groep (bijvoorbeeld bij een taal of cultuurbarrière)
3. Werkgerelateerd:
De index heeft gewerkt in de besmettelijke periode EN heeft nauw contacten op werk EN/OFGeeft aan dat er meerdere zieken op werk zijn EN/OF er is onrust op deze werkplek
4. Sociale bijeenkomsten
De index is op een evenement/bijeenkomst geweest met ≥ 10 aanwezigen waar niet 1,5 m afstand werd gehouden en waar hij/zij zelf hoogstwaarschijnlijk blootgesteld is geweest (periode: tot 14 dagen voor 1e ziekte dag) of waar hij anderen kon besmetten (periode: 2 dagen voor 1e ziekte dag tot start isolatie)
5. De index heeft gevlogen in de besmettelijke periode
6. Onderwijs/school gerelateerd.
Index was in de besmettelijke periode medewerker, leerling of kind van een school/KDV

Binnen bovenstaande prioritering is er een aflopende prioriteit m.b.t. COVID bestrijding. Contacten worden geïnventariseerd (voor prioritering nauwe contacten zie onder).

Contacten Huisgenoten

De contacten die het meeste risico lopen (10-15%) om geïnfecteerd te raken met SARS-CoV-2 zijn de **huisgenoten**. Het is daarom van belang dat huisgenoten mondeling geïnformeerd worden en instructies krijgen over de quarantaine maatregelen. De huisgenoten **met prioritering** worden geregistreerd in HP zone. Ook het aanvullend contact met deze huishoudcontacten tijdens de quarantaineperiode/ter afsluiting van de quarantaineperiode is belangrijk.

Overige nauwe contacten

Onder de overige nauwe contacten wordt minder vaak (5%) een secundaire infectie geregistreerd. De nauwe contacten **zonder prioritering** worden door de index per brief/digitaal geïnformeerd. Ook de monitor calls dag 5 en 10 komen te vervallen.

De overige nauwe contacten **met prioritering** worden uitgebreid geïnventariseerd en geïnformeerd (bij zowel prioritaire als niet-prioritaire cases), geregistreerd en gemonitord

Prioritering nauwe contacten

1. Individuele kans op ernstig verloop infectie: risicogroepen zoals ouderen, en andere groepen die een verhoogd risico lopen op ernstig verloop van de infectie, incl. contacten met een immuunstoornis
2. Contact woont in een zorgcentrum of AZC
3. Contact is werkzaam in de zorg
4. Contact heeft een ander beroep waar hij/zij veel (>10) contacten langer dan 15 min binnen 1½ meter heeft
5. Belang van goede communicatie: bij sommige contacten is het van meerwaarde om persoonlijk contact te hebben met contacten, bijvoorbeeld bij een taal of cultuurbarrière.
6. Contact werkt op school of KDV
7. Contact is gaat naar school of KDV
- 8.

De overige, niet nauwe contacten

Deze contacten worden geïnformeerd door de index of context (bijvoorbeeld zorginstelling). Per brief, digitaal, of de media voor het informeren van bijvoorbeeld bezoekers aan een horecagelegenheid.

Bijzondere situaties

Als er aanwijzingen zijn dat meerdere besmettingen zijn gerelateerd aan een situatie dan wordt dit in kaart gebracht ter overweging van maatregelen.

9.

Gevolgen prioritering

Een gevolg van risicogestuurd BCO is dat de registratie in (huidige) HPzone en dus ook de input voor landelijke BCO dashboard onvolledig is.

Deze onvolledigheid betreft:

- informatie ontbreekt over de **overige nauwe contacten zonder prioritering**,
- kwalitatieve informatie (NAW etc.) van huisgenoten **zonder prioritering**

Wanneer overgaan op risicogestuurd BCO

De beslissing om als GGD over te gaan op risicogestuurd BCO is afhankelijk van:

- de lokale epidemiologie (aantal nieuwe cases, aanbod teststraat en vind %)
- de beschikbare BCO-capaciteit lokaal (gebaseerd op landelijke afspraken)
- de beschikbare BCO-capaciteit landelijk / andere GGD'en

Het besluit tot een risicogestuurd BCO wordt genomen door de DPG na doorlopen onderstaand proces:

Proces besluitvorming overstap naar risicogestuurd BCO:

Uitgangspunt: Primair lossen we de druk die er in regio's is op met eigen opschaling, onderlinge ondersteuning en landelijke ondersteuning. Wanneer de druk aanhoudend te hoog wordt, kan risicogestuurd BCO ingezet worden als (tijdelijke) maatregel om snelheid te houden in het uitvoeren van BCO.

De beslisboom om hierop over te gaan is als volgt:

1. IZB-arts en BCO-manager van betreffende GGD constateren aanhoudende hoge aantallen meldingen waarbij BCO die niet door eigen capaciteit, onderlinge ondersteuning en/of landelijke ondersteuning kan worden uitgevoerd.
2. De IZB-arts informeert hierover de DPG.
3. Daarnaast wordt er vanuit de betreffende GGD contact opgenomen met de landelijke programmaorganisatie om nogmaals te vragen of er nog capaciteit beschikbaar is.
4. Indien bevestigd wordt door de landelijke programmaorganisatie dat er geen capaciteit beschikbaar is, neemt de DPG een besluit dat risicogestuurd BCO wordt toegepast.

5. De arts IZB beslist op basis van deze handreiking op welke onderdelen van BCO er geprioriteerd wordt en welke onderdelen (dus) afgeschaald.
6. De DPG informeert hierover de landelijke programmaorganisatie en de voorzitter van de Veiligheidsregio.
5. Daarnaast informeert de afdeling communicatie van de betreffende GGD de afdeling communicatie van GGD GHOR.
6. Het LCI wordt door de GGD geïnformeerd over de begin- en eind datum van het risicogestuurd BCO, zodat hiermee rekening gehouden kan worden bij de interpretatie van de data.

Bronnen

Dit document is samengesteld op basis van RIVM protocol bron- en contactonderzoek COVID-19.

Bijlagen

Best practices werkwijzen verschillende GGD