

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

In het hart van de Nederlandse covid-19-epidemie

Ervaringen van een GGD met een blik op de toekomst

Karin Westra, Christian A. Beulens en Maartje M.A. Sijbers-Hanegraaf

Samenvatting

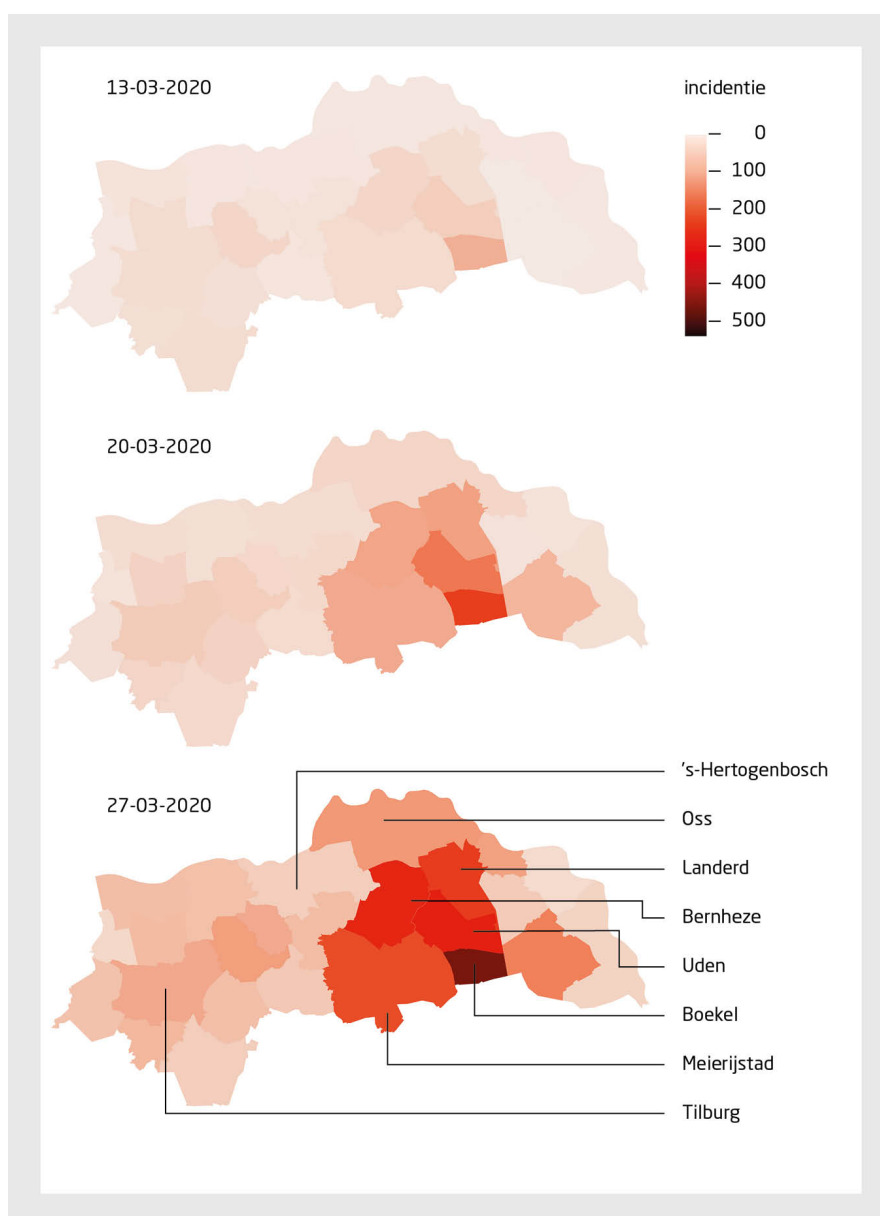
Eind februari 2020 dook covid-19 voor het eerst op in Nederland. Noord-Brabant was de brandhaard, wat in het werkgebied van GGD Hart voor Brabant leidde tot de melding van 1495 patiënten in één maand. De GGD werd in de voorhoede van de bestrijding geconfronteerd met de snelle toename tot een epidemie van grote omvang. Wij beschrijven de ervaringen van de GGD Hart voor Brabant aan de hand van de GGD-taken. Een epidemie kent verschillende stadia met elk zijn eigen focus in bron- en contactonderzoek en de inzet van diagnostiek. Een epidemie van deze omvang gaat in beginsel gepaard met gemeenschappelijke uitdagingen in de zorg door beperkte middelen voor diagnostiek en persoonlijke bescherming. Nu de overheid de maatregelen versoepelt, is vooral vroege bronopsporing en snel opstarten van contactonderzoek belangrijk. Hierbij is het de uitdaging om bereidheid te verkrijgen van de contacten van covid-19-patiënten om de beperkende maatregelen na te leven.

Wat op een vismarkt in Wuhan eind 2019 begon met een lokale uitbraak van onverklaarde pneumonieën is uitgegroeid tot een pandemie van ongekeerde omvang. De oorzaak: SARS-CoV-2, het virus dat covid-19 veroorzaakt. Ook Nederland wordt sterk geraakt door dit virus en we bevinden ons momenteel in crisistijd, met alle gevolgen van dien. In Nederland lag de brandhaard in Noord-Brabant, waar tot en met vrijdag 27 maart 2020 alleen al in de regio Hart voor Brabant bijna 1500 bevestigde patiënten werden gemeld, van wie er tot die dag al 210 waren overleden. En dat was slechts het topje van de ijsberg.

In dit artikel beschrijven wij werkwijzen en ervaringen van de GGD Hart voor Brabant in het eerste en zeker in de beginfase het zwaarste door covid-19 getroffen gebied in Nederland. Ook kijken we vooruit naar de mogelijkheden in diagnostiek, bron- en contactonderzoek, gebaseerd op de ervaringen van de eerste maand.

Epidemiologie

Begin januari meldde de WHO een cluster van patiënten met onverklaarde pneumonie in de stad Wuhan in China.¹ Al snel werd bekend dat het om een nieuw coronavirus ging met importgevallen in andere landen.² De GGD bereidde zich voor op een mogelijke import naar Nederland en alles was erop gericht deze zo snel mogelijk te detecteren en verdere verspreiding te voorkomen. Een kleine 2 maanden later, op 27 februari 2020, werd in Nederland de eerste covid-19-patiënt gemeld bij de GGD Hart voor Brabant.³ Daarna werden in een maand tijd werden 1495 bevestigde covid-19-patiënten gemeld in het werkgebied van de GGD Hart voor Brabant. Dat was ruim 15% van het totale aantal meldingen in Nederland tot dat moment.⁴ Met name in de zuidoostelijke hoek van de regio was verspreiding van het virus snel gegaan. Figuur 1 laat alle meldingen zien van bevestigde covid-19-infecties in de eerste maand.



Figuur 1
Geografische verspreiding covid-19 in GGD-regio Hart voor Brabant

De incidentie is uitgedrukt in aantallen per 100.000 inwoners

Taken van de GGD

Bron- en contactonderzoek

Via de Wet publieke gezondheid is vastgelegd dat alle bewezen covid-19-infecties aan de GGD gemeld moeten worden.⁵ Het is vervolgens de taak van de GGD om de mogelijke bron van de infectie op te sporen en contacten van de patiënt in beeld te brengen die risico op besmetting hebben gelopen. Door hen goed te instrueren en te monitoren kan verdere verspreiding van het virus worden voorkomen.

Eind februari 2020 werden de eerste bron- en contactonderzoeken in het kader van covid-19 opgestart. Een mogelijke bron kon worden herleid door bij de patiënt te achterhalen welke locaties hij had bezocht en met wie de patiënt in contact was geweest, rekening houdend met de incubatietijd. Kennis van parameters als eerste ziektedag, klachtenbeloop, reishistorie en contact met andere personen met covid-19-gerelateerde klachten waren hiervoor noodzakelijk. Vervolgens bracht het contactonderzoek in kaart met wie de patiënt gedurende diens besmettelijke periode contact had gehad en in welke mate. De GGD maakte een inschatting van het risico op overdracht en hield de gezondheidstoestand van hoog-risicocontacten dagelijks telefonisch bij. Op deze manier kon tijdig diagnostiek worden ingezet bij contacten die koorts of luchtwegklachten ontwikkelden.

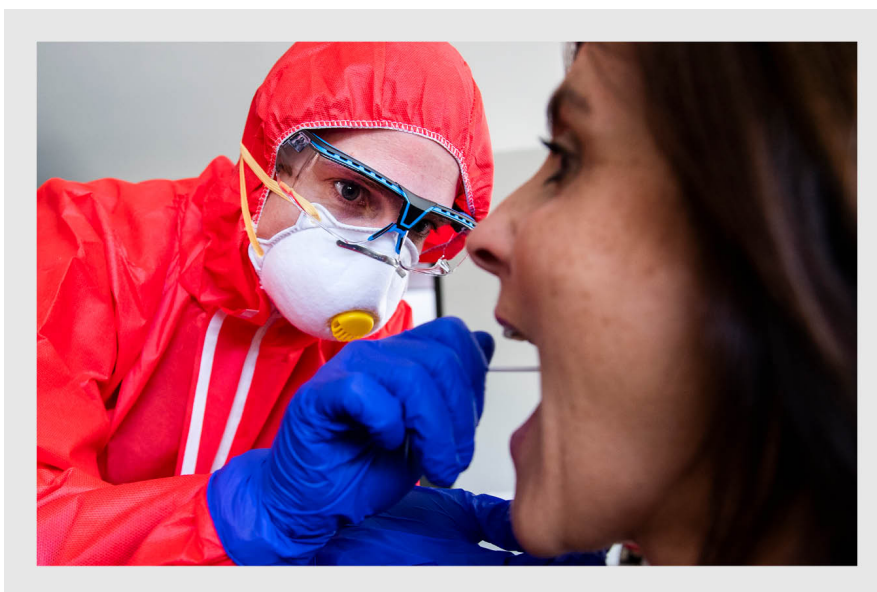
De patiënt zelf verbleef in thuisisolatie zolang hij klachten had. Hij mocht het huis niet verlaten en het hele gezin kreeg instructies

over hygiënemaatregelen.⁶ Het was de taak van de GGD om te beoordelen of de thuissituatie hiervoor geschikt was. Soms waren er aanpassingen nodig, zoals tijdelijke huisvesting elders, omdat er een te groot risico was op besmetting van medebewoners of mantelzorgers. Het besluit om de isolatie op te heffen werd door de GGD genomen; opheffen van de isolatie werd in beginsel verantwoord geacht als er tweemaal een negatieve uitslag was van een PCR-test op covid-19.

Diagnostiek

In de beginfase van de epidemie in Nederland waren het buiten de ziekenhuizen alleen de GGD's die de indicatie voor covid-19-diagnostiek mochten stellen en daar materiaal voor mochten afnemen, in begin zelfs alleen na afstemming met de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI), onderdeel van het RIVM. Het accent lag toen op snelle opsporing om het virus geen kans te geven zich verder te verspreiden. Toen het virus zich eenmaal had verspreid werd vooral nog getest als dit consequenties had voor de behandeling of de zorgverlening aan de patiënt, bijvoorbeeld als cohortverpleging of tijdelijk verblijf in een zorghotel noodzakelijk was.

Een speciaal voor deze epidemie ingericht mobiel team van GGD Hart voor Brabant werd alleen al in de eerste maand 425 keer ingezet om materiaal af te nemen in de thuissituatie van de patiënt (figuur 2).⁷



Figuur 2
Afname van materiaal voor covid-19-diagnostiek in de thuissituatie

De GGD had hier een mobiel team voor ingericht

Foto: Jeroen van Eijndhoven (BeeldWerk).

Netwerk- en regiefunctie

Een andere belangrijke taak van de GGD is het aangaan en onderhouden van contacten met zogenoemde ketenpartners die betrokken zijn bij de covid-19-epidemie. Dit zijn onder andere lokale laboratoria, huisartsen en diverse instellingen, zoals verpleeg- en verzorgingsinstellingen, maar ook bestuurders, zoals burgemeesters. Dit netwerk draagt bij aan de uitwisseling van informatie en de signalering van nieuwe ontwikkelingen en eventuele knelpunten. Met deze informatie kan de GGD infectiepreventieadviezen op maat aan zorginstellingen bieden. Daarnaast dient de informatie als input voor het crisisteam van de GGD dat samenwerkt met de Veiligheidsregio en het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Op landelijk niveau wordt de informatie gedeeld met de LCI, wat kan bijdragen aan het vormgeven van landelijk beleid.

Beschouwing

De covid-19-epidemie begon in Nederland in Noord-Brabant en was daar het meest omvangrijk.⁴ Lokaal toegespitst beleid was nodig omdat er zowel grote regionale als landelijke verschillen waren in de aantallen patiënten. We hebben ervaren dat het even duurde voordat signalen vanuit de brandhaard waren vertaald naar landelijk beleid en dat de gehele samenleving hiervan doordrongen was. Voor de GGD heeft dat tot verschillende knelpunten geleid, bijvoorbeeld in de uitvoer van thuisisolatie bij een covid-19-patiënt. Door schaarste aan materialen kon de GGD niet voorzien in mondkapjes voor gezinsleden, met als gevolg dat de bescherming van huisgenoten en mogelijkheden voor omgang met de patiënt niet optimaal waren. Ook wat betreft de infectiepreventieadviezen is vaak pragmatisch maatwerk geleverd. Persoonlijke beschermingsmiddelen waren vaak niet of niet

voldoende voorradig bij de instellingen, wat de continuïteit van de zorg bedreigde.

Veel richtlijnen en protocollen waren nog nieuw of in ontwikkeling, wat leidde tot praktische vragen. Zo kreeg de GGD veel vragen over het moment waarop materiaal voor een hertest afgenomen moet worden. Veelvuldig bleek een hertest positief, terwijl de patiënt al geruime tijd klachtenvrij was. Dat was voor de patiënt en zijn omgeving vaak een erg frustrerende en onzekere situatie. Voor de GGD was het door deze nieuwe situatie lastig om perspectief op beëindiging van de thuisisolatie te bieden. Het zijn dit soort vragen en ervaringen die bijdroegen aan meer inzicht en de verdere ontwikkeling van richtlijnen en adviezen.

Van containmentfase naar mitigatiefase

Vooraf in de beginfase van de epidemie was brononderzoek belangrijk om het virus in te kunnen blijven dammen; dit was de zogenoemde containmentfase.^{8,9} Zolang er immers een duidelijke bron aan te wijzen was, was er geen reden om aan te nemen dat er sprake was van wijdverspreide transmissie.

Al in de eerste week bleek echter dat een mogelijke bron niet altijd aanwijsbaar was. Bovendien liet typeringsonderzoek al vroeg zien dat er verschillende types van het virus in Noord-Brabant circuleerden.¹⁰ Dit maakte het aannemelijk dat het virus zich al onder de bevolking had verspreid en dat indammen niet meer mogelijk was. Vanaf 6 maart 2020 werden de bekende overheidsmaatregelen getroffen voor Noord-Brabant. Een kleine week later volgden maatregelen voor de rest van Nederland. Hiermee begon de zogenoemde 'mitigatiefase', die gericht was op het afremmen van de groei van de epidemie.¹¹

Testbeleid

Een ander terugkerend knelpunt in de vroege fase van de epidemie was de indicatiestelling tot testen. Idealiter zou veel vaker getest zijn, zeker toen de overheidsmaatregel werd ingesteld dat men al bij milde verkoudheidsklachten thuis moest blijven. Het aantal verzoeken om een test af te nemen bij zorgpersoneel in zorginstellingen en huisartsenpraktijken groeide toen enorm. Thuisblijven had immers direct grote gevolgen voor de continuïteit van zorg. Er was telkens afstemming met de lokale laboratoria hierover, maar de capaciteit liet nóg meer testen in deze fase van de epidemie niet toe.

Maatregelen

De epidemie heeft in ons land veel veranderingen teweeggebracht. Aanvankelijk kwamen er ingrijpende overheidsmaatregelen voor de hele samenleving, de zogenoemde 'intelligente lockdown'.¹² Daarnaast werden ook landelijk maatregelen getroffen om persoonlijke beschermingsmiddelen zoals mondkapjes gelijkmatig te verdelen.¹³ Er is ook een coördinatiestructuur voor testen opgezet.¹⁴ De testcapaciteit is inmiddels sterk verruimd. Sinds 1 juni 2020 kan iedere Nederlander met klachten die verdacht zijn voor covid-19 zich laten testen bij de GGD in de speciaal daarvoor opgezette teststraten. Iedereen kan zich zelf aanmelden zonder tussenkomst van een arts. De indicatiestelling door de GGD is daarmee komen te vervallen.

Dat maakt echter niet dat er minder werk te verzetten valt voor de GGD. Met de gefaseerde versoepeling van de overheidsmaatregelen in de huidige transitiefase is snelle detectie van een opvlamming van het virus noodzakelijk om een nieuwe patiëntengolf te voorkomen. We kunnen het effect van de maatregelen alleen volgen als we ruimhartig testen en het bron- en contactonderzoek intensiveren. Daarbij hoort ook verscherpte monitoring. Nu er in de samenleving meer vrijheden komen, moeten contacten die een risico vormen voor verspreiding voor het virus snel worden opgespoord en goed geïnstrueerd worden. Het vraagt goede en begrijpelijke uitleg aan deze personen om duidelijk te maken waarom juist zij in quarantaine moeten.

Hoe nu verder?

Wij zien momenteel dat mensen die in quarantaine moeten, de strenge leefregels als erg beperkend ervaren. Voor de GGD's is het nu een grote uitdaging om bereidheid te verkrijgen van de contacten van covid-19-patiënten om de beperkende maatregelen na te leven. Dat vergt tijd en overtuigingskracht. Om al deze intensieve bron- en contactonderzoeken te doen wordt momenteel extra personeel opgeleid. Daarnaast is nauwe samenwerking met alle ketenpartners nu meer dan ooit belangrijk. Door signalen van alle betrokken partijen te combineren kunnen nieuwe brandhaarden tijdig worden ontdekt, zoals recentelijk besmette personen bij verschillende vleesverwerkingsbedrijven of aannemelijke transmissie van dier op mens in nertsbedrijven. Dat is de komende periode een kerntaak voor de GGD.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D5043
- GGD Hart voor Brabant, afd. Infectieziektebestrijding, 's-Hertogenbosch: drs. K. Westra en C.A. Beulens, MSc, artsen infectieziektebestrijding KNMG; M.M.A. Sijbers-Hanegraaf, MSc, verpleegkundige.
- Contact: K. Westra (k.westra@ggdhvb.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 10 juni 2020

– Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D5043

Literatuur

1. World Health Organization. Pneumonia of unknown cause – China. 5 januari 2020. www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en, geraadpleegd op 15 juni 2020.
2. World Health Organization. WHO statement on novel coronavirus in Thailand. 13 januari 2020. Available from: www.who.int/news-room/detail/13-01-2020-who-statement-on-novel-coronavirus-in-thailand, geraadpleegd op 15 juni 2020.
3. Alderweireld CEA, Buiting A, Murk JAN, Verweij JJ, Berrevoets MAH, van Kasteren MEE. [COVID-19: patiënt nul in Nederland](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D4962.
4. RIVM. Ontwikkeling COVID-19 in grafieken. www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/grafieken, geraadpleegd op 30 april 2020.
5. Wet publieke gezondheid. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2020-03-19>, geraadpleegd op 30 april 2020.
6. RIVM. Leefregels. <https://lci.rivm.nl/leefregels>, geraadpleegd op 30 april 2020.
7. RIVM. Afnametechniek specifieke virale diagnostiek (COVID-19, influenza). Bilthoven: RIVM, Centrum Infectieziektenbestrijding; 2020. <https://lci.rivm.nl/bijlage/afnametechniek>, geraadpleegd op 15 juni 2020.
8. Haagmans BL, Timen A, Koopmans MPG. [Nieuw van de markt? Coronavirusuitbraak in Wuhan](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D4847.
9. Wallinga J, Backer JA, Klinkenberg D, van Hoek A, Hahné SJM, van der Hoek W, et al. [De COVID-19-epidemie: indammen en afvlakken. Bestrijdingsmaatregelen tegen piekbelasting in de zorg](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D4961.
10. Oude Munnink B, Nieuwehuijse D, Stein M, O'Toole A, Haverkate M, Mollers M, et al. Rapid SARS-CoV-2 whole genome sequencing for informed public health decision making in the Netherlands. bioRxiv preprint, 25 april 2020. www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.04.21.050633v1, geraadpleegd op 7 mei 2020.
11. Anderson R, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? Lancet. 2020;395:931-4. [Medline](#)
12. Premier Rutte: dit is een intelligente lockdown. NOS Nieuws, 23 maart 2020. <https://nos.nl/video/2328097-premier-rutte-dit-is-een-intelligente-lockdown.html>, geraadpleegd op 30 april 2020.
13. Rijksoverheid. Het coronavirus en persoonlijke beschermingsmiddelen. www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/zorg/beschermingsmiddelen, geraadpleegd op 4 mei 2020.
14. RIVM. Aanvullende informatie diagnostiek COVID-19. <https://lci.rivm.nl/covid-19/bijlage/aanvullend>, geraadpleegd op 4 mei 2020.