



**AANBEVELINGEN
EN STAPPENPLAN
UIT DE RICHTLIJN
TUBERCULOSE BRON- EN
CONTACTONDERZOEK**



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
Voorwoord	3
Aanbevelingen.....	4
Stappenplan	8
Stap 1 Verzamelen van informatie	8
Stap 2 Planning en organisatie bron- en contactonderzoek	12
Stap 3 Uitvoering van het contactonderzoek.....	14
Stap 5 Afsluiten BCO	15
Stroomschema.....	16

Voorwoord

Voor u ligt de praktische uitwerking van de richtlijn tuberculose bron- en contactonderzoek. Het bevat de aanbevelingen, het stappenplan met daarin de belangrijkste tabellen uit de richtlijn én het stroomschema in een handzaam formaat.

De volledige richtlijn is te vinden op de Kennisbank op www.knctbc.org bij Richtlijnen, Bron en Contactonderzoek, 7.1 [Richtlijn tuberculose bron- en contactonderzoek](#).

De richtlijn is vastgesteld door de CPT vergadering van 6 december 2019.

Revisie 2025.

Aanbevelingen

Paragraaf		Aanbeveling								
3.1.	Wanneer dient een bron- en of contactonderzoek plaats te vinden?	<p>Bronopsporingsonderzoek rond een persoon met tuberculose of latente tbc-infectie dient te worden uitgevoerd indien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de indexpatiënt met hoge waarschijnlijkheid recent geïnfecteerd (< 2 jaar) is; én - de bronpatiënt nog niet gediagnosticeerd is én het waarschijnlijk is dat deze zich in Nederland bevindt. <p>Contactonderzoek dient te worden uitgevoerd rond personen met (potentieel) infectieuze tuberculose, dat wil zeggen rond personen met longtuberculose, in situaties waar aerosolen met tuberkelbacteriën zijn ontstaan óf in (zeldzame) gevallen dat directe overdracht via bloed of weefselcontact kan hebben plaatsgevonden</p>								
3.2.	Hoe snel moet een bron- en contactonderzoek in gang gezet worden?	Het onderzoek van contacten met een hoog risico op actieve tuberculose dient snel in gang gezet te worden. De risico-inventarisatie waarmee de kans op transmissie en het optreden van vervolggevallen wordt ingeschat, dient daarom binnen 3 dagen na de melding te gebeuren en betrokkenen dienen zo snel mogelijk geïnformeerd te worden over de organisatie van het onderzoek. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de folder " Tuberculose en contactonderzoek "								
3.3.	Hoe wordt de besmettelijkheid van de indexpatiënt bepaald?	<p>Een praktische indeling voor de (potentiële) graad van besmettelijkheid van een patiënt met longtuberculose aflopend van potentieel zeer besmettelijk tot waarschijnlijk niet besmettelijk is:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sputum (Auramine of ZN) positief • Spoelvloeistof van longen of maaginhoud (Auramine of ZN) positief • Sputum Auramine of ZN negatief, PCR positief, kweek positief • Spoelvloeistof van longen of maaginhoud (Auramine of ZN) negatief, PCR positief, kweek positief • Sputum, spoelvloeistof van longen of maaginhoud (Auramine of ZN) negatief, PCR negatief, kweek positief • Sputum, spoelvloeistof van de longen of maaginhoud (Auramine of ZN) negatief, kweek negatief 								
		<p>Om de periode gedurende welke contacten moeten worden geïdentificeerd te bepalen, kunnen de volgende vuistregels worden gebruikt [4]:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Soort tuberculose</th> <th>Begin</th> <th>Einde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Auramine of ZN-positieve longtuberculose</td> <td>Begin van hoestklachten (in eerste instantie maximaal 3 maanden)</td> <td rowspan="2">Normaal gevoelige tuberculose: minimaal 2 weken na start van adequate behandeling</td> </tr> <tr> <td>Auramine of ZN-negatieve, kweekpositieve longtuberculose</td> <td>1 maand voor de diagnose</td> </tr> </tbody> </table>	Soort tuberculose	Begin	Einde	Auramine of ZN-positieve longtuberculose	Begin van hoestklachten (in eerste instantie maximaal 3 maanden)	Normaal gevoelige tuberculose: minimaal 2 weken na start van adequate behandeling	Auramine of ZN-negatieve, kweekpositieve longtuberculose	1 maand voor de diagnose
Soort tuberculose	Begin	Einde								
Auramine of ZN-positieve longtuberculose	Begin van hoestklachten (in eerste instantie maximaal 3 maanden)	Normaal gevoelige tuberculose: minimaal 2 weken na start van adequate behandeling								
Auramine of ZN-negatieve, kweekpositieve longtuberculose	1 maand voor de diagnose									

Paragraaf		Aanbeveling
3.4.	Hoe wordt de mate van expositie van de contacten bepaald?	<p>Op grond van de duur en intensiteit van de blootstelling wordt een indeling gemaakt in ringen, ook wel het 'stone-in-the-pond' principe genoemd. De ringen worden als volgt gedefinieerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eerste ring: personen met nauwe en langdurige, gedocumenteerde contacten met de infectieuze bronpatiënt. <i>Dit zijn personen die dagelijks dezelfde (ademhalings)ruimte met de bronpatiënt delen, zoals personen die in hetzelfde huishouden wonen en personen die dagelijks of in totaal meer dan 48 uur in dezelfde afgesloten (werk)ruimte hebben verbleven. Huisgenoten van de bronpatiënt vallen dus altijd in de eerste ring.</i> • Tweede ring: personen met nauwe of langdurige, gedocumenteerde contacten met de infectieuze bronpatiënt. <i>Dit zijn personen die regelmatig maar minder langdurig (6-48 uur) nauw contact hebben en/of personen die langdurig of regelmatig minder nauw contact hebben.</i> • Derde ring: Personen met minder nauwe en minder langdurige, vaak niet gedocumenteerde contacten met de infectieuze bronpatiënt. <i>Dit zijn personen die minder langdurig (<6-48 uur) of zelfs maar zo nu en dan minder nauw contact hebben gehad met de bronpatiënt.</i>
3.5.	Welke contacten krijgen hogere prioriteit bij het contactonderzoek?	<p>De hoogste prioriteit dient gegeven te worden aan het onderzoek van:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 contacten met klachten passend bij tuberculose, 2 contacten met condities die het immuunsysteem aantasten (Tabel 3), 3 (gezonde) eersteringscontacten.
3.6.	Hoe snel moeten geïdentificeerde contacten worden onderzocht?	<p>Een onderzoek in twee rondes met het eerste onderzoek zo snel mogelijk na de diagnose van de indexpatiënt en het tweede onderzoek tenminste 8 weken na het laatste (potentieel) infectieuze contact dient (in ieder geval) plaats te vinden bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personen met klachten passend bij tuberculose • Kinderen jonger dan 5 jaar in de eerste ring • Immuungecompromitteerden in de eerste ring • Overige eersterings contacten indien er al aanwijzingen zijn voor transmissie of de indexpatiënt langer dan 8 weken als potentieel zeer besmettelijk wordt beschouwd. • Immuungecompromitteerden en kinderen jonger dan 5 jaar uit de tweede ring, indien er in de 1^e ring transmissie is vastgesteld of de indexpatiënt langer dan 8 weken als zeer besmettelijk wordt beschouwd <p>In alle overige gevallen volstaat een eenmalig onderzoek tenminste 8 weken na het laatste (potentieel) infectieuze contact met de indexpatiënt.</p>

Paragraaf		Aanbeveling
3.7.	Met welke onderzoeksmethodes dienen contacten te worden onderzocht?	<p>Het onderzoek bij hoogprioriteit contacten bestaat uit een röntgenfoto van de longen gecombineerd met THT zo nodig gevolgd door IGRA volgens aanbeveling in de Richtlijn diagnostiek LTBI. In alle overige gevallen volstaat een onderzoek met THT zo nodig gevolgd door IGRA en röntgenfoto van de longen.</p> <p>Personen die niet op een nieuwe infectie met <i>M. tuberculosis</i> onderzocht (kunnen) worden, worden eenmalig onderzocht met een röntgenonderzoek van de longen en dienen goed geïnformeerd te worden over de symptomen van tuberculose en hoe zij in geval van klachten moeten handelen. Het strekt tot aanbeveling de huisarts schriftelijk te informeren.</p>
3.8.	Handelwijze bij contacten met verhoogde kans op progressie naar tuberculose	<p>Het onderzoek bij immuungecompromiteerde personen bestaat uit een röntgenfoto van de longen gecombineerd met THT zo nodig gevolgd door IGRA volgens aanbeveling in de Richtlijn diagnostiek LTBI. Bij de geringste klinische verdenking is tevens bacteriologische diagnostiek aangewezen.</p>
		<p>Bij immuungecompromiteerde personen en kinderen jonger dan 5 jaar dient bij ontbreken van een betrouwbare immuunrespons, of in afwachting van een betrouwbare immuunrespons minimaal 8 weken na het laatste infectieuze contact, actieve tuberculose te worden uitgesloten en een primaire profylactische behandeling te worden overwogen.</p>
3.9.	Handelwijze bij contacten met tuberculose/LTBI	<p>Personen bij wie tuberculose of LTBI wordt vastgesteld dienen te worden behandeld volgens de geldende professionele richtlijnen voor behandeling van tuberculose en tbc-infectie.</p>
3.10.	Wanneer moet een contactonderzoek worden uitgebreid of afgesloten?	<p>Wanneer er concrete aanwijzingen voor transmissie binnen de onderzochte contactring zijn dient uitbreiding van het contactonderzoek naar contacten met een lagere prioriteit overwogen te worden.</p> <p>Wanneer transmissie is vastgesteld, dienen de nog niet onderzochte contacten uit de prioriteitgroep opnieuw te worden aangespoord om zich te laten onderzoeken.</p> <p>Voorkomen dient te worden dat bij opschaling naar een volgende prioriteitring een grote groep contacten onderzocht wordt waarbij de infectieprevalentie min of meer overeen zal komen met de achtergrondprevalentie. Als praktische leidraad kan gelden dat wanneer de prevalentie in de laatst onderzochte ring minder dan tweemaal de verwachte achtergrondprevalentie is, verdere opschaling niet zinvol is.</p> <p>Bij de beslissing om uit te breiden naar grote groepen dienen naast de kwetsbaarheid van de populatie, ook de kosten en baten in beschouwing genomen te worden.</p>

Paragraaf		Aanbeveling
3.11.	Communicatie met bedrijven en instellingen	Bij uitbreiding van het onderzoek naar bedrijven en instellingen neemt de GGD het initiatief tot een overleg met sleutelpersonen uit het bedrijf om de organisatie van het contactonderzoek af te stemmen. Wanneer dit bedrijf of instelling onder het werkgebied van een andere GGD valt, dient vooraf onderlinge overeenstemming te zijn tussen de betrokken GGD'en over de organisatie en werkwijze.
3.12.	Grootschalig onderzoek in de derde ring	<p>Het is van belang de index-patiënt op de hoogte te houden van het contactonderzoek en de beslissing tot uitbreiding naar een volgende ring en/ of een grootschalig onderzoek.</p> <p>Het is van belang grootschalige of anderszins interessante contactonderzoeken aan het Signaleringsoverleg van het RIVM te melden (signaleringsoverleg@rivm.nl).</p> <p>Het Outbreak Management Team (OMT) van het Centrum voor Infectieziektebestrijding (CIb) kan worden ingeschakeld voor advies wanneer de complexiteit van het contactonderzoek landelijke ondersteuning van de besluitvorming over opschaling behoeft.</p> <p>Bij grootschalige onderzoeken kan het communicatieplan van de lokale GGD (GGD rampen opvang plan = GROOP) als leidraad functioneren.</p>
	Wie moet worden geïnformeerd over de organisatie, voortgang en resultaten van het contactonderzoek?	<p>Duidelijke informatie naar zowel de (mogelijk) te onderzoeken contacten als ook naar de index-patiënt, met inachtneming van ieders privacy is van belang voor het goed verlopen van het contactonderzoek.</p> <p>Direct betrokken contacten dienen zo snel mogelijk te worden geïnformeerd over kans op besmetting, en symptomen van ziekte, de opzet van het onderzoek en welke personen voorrang krijgen voor onderzoek.</p> <p>Het algemene publiek en personen uit de omgeving die niet direct contact hebben gehad kunnen zo nodig via de media geïnformeerd worden over de werkwijze van de GGD bij de organisatie van het contactonderzoek.</p> <p>Geaggregeerde resultaten van het contactonderzoek dienen via het Nederlands Tuberculose Register gerapporteerd te worden aan het RIVM.</p> <p>Na afsluiting van het contactonderzoek ontvangen de direct verantwoordelijken en betrokken medische professionals een korte samenvatting van de resultaten en het verloop van het onderzoek.</p>

Stappenplan

Stap 1 Verzamelen van informatie

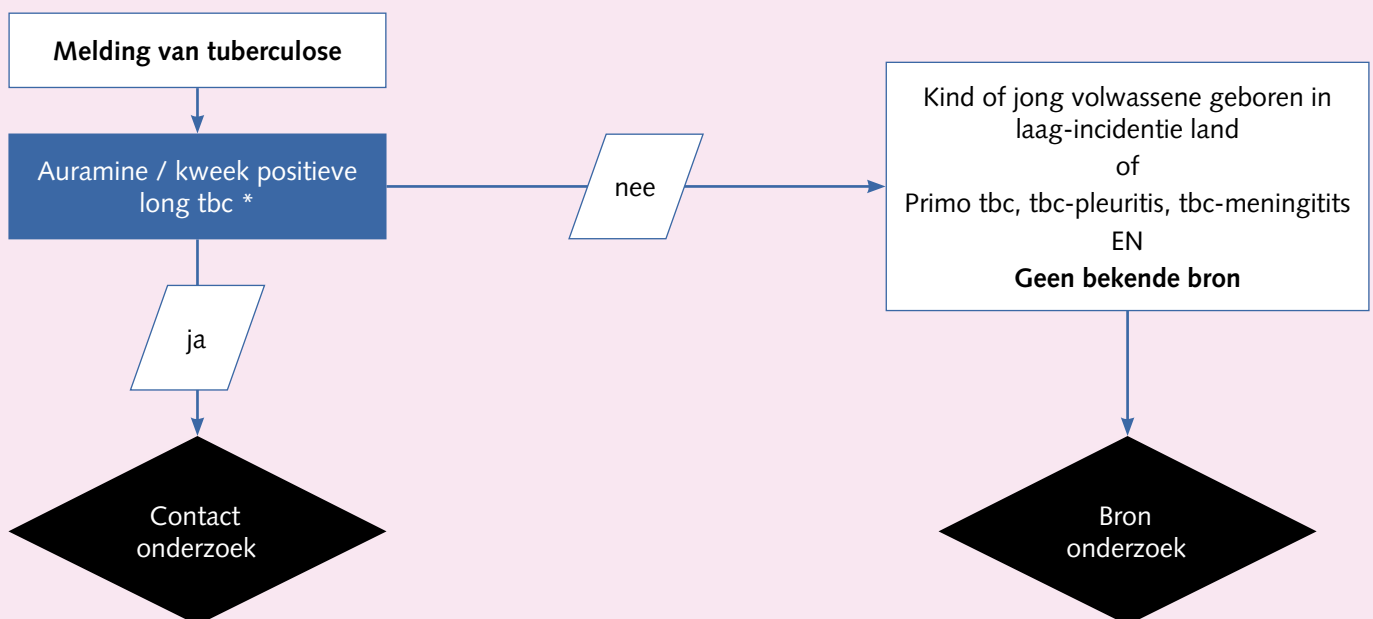
1.1 Contact met behandelend arts

Bij melding van een nieuwe tuberculosepatiënt, veelal door de behandelend arts worden tevens gegevens verzameld die van belang zijn voor de indicatiestelling en de organisatie van het BCO:

- Start/verloop episode van de (hoest)klachten
- Uitslagen patiëntmateriaal (sputum, spoelvroestof longen of maaginhoud (bij BAL)) (zie paragraaf 3.3 uit de richtlijn BCO)
- Datum van isolatie ziekenhuis/thuis
- Genomen preventieve maatregelen
- Is er een relatie met een risicogroep voor tuberculose
- Is er sprake van HIV of overige immuun incompetentie

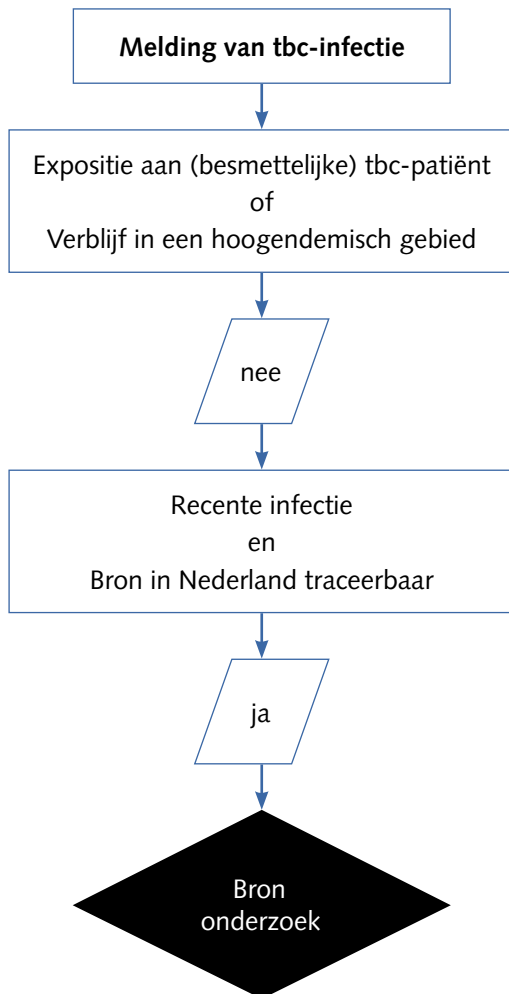
De tbc-arts én de sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding bepalen, mede op basis van de verkregen informatie van de behandelend arts, of een BCO is geïndiceerd.

Figuur 3.1.a. In welke gevallen moet bron- en/ of contactonderzoek plaatsvinden bij melding van tuberculose?



* Indien materiaal van sputum of bronchoalveolaire lavage (BAL) microscopisch Auramine of ZN positief én PCR positief voor *M. tuberculosis* dient contactonderzoek plaats te vinden en wordt de uitslag van de kweek niet afgewacht.

Figuur 3.1.b. In welke gevallen moet brononderzoek plaatsvinden bij melding van een LTBI?



1.2 Interview met de indexpatiënt

Zo spoedig mogelijk, doch binnen 1-3 werkdagen na melding van een nieuwe tuberculosepatiënt, dient er een persoonlijk gesprek met de patiënt plaats te vinden. Er wordt gebruik gemaakt van de verpleegkundige anamneselijst (VAL)

- Neem voorzorgsmaatregelen ter voorkoming van infectie (FFP2-mondneusmasker), instrueer patiënt ten aanzien van hoesthygiëne en leefregels. Overhandig eventueel de folder "Hoesthygiëne en leefregels bij open tuberculose".
- Geef de patiënt uitleg over de transmissiewijze van de tuberculosebacterie en vervolgens over doel, beleid, opbouw en belang van bron- en contactonderzoek.
- Benadruk de vertrouwelijkheid van de te verkrijgen informatie.
- Laat de folder "Tuberculose en contactonderzoek" achter bij de patiënt en/of verwijst naar de website.
- Verzamel informatie over de factoren die een indicatie geven van de duur van de infectieuze periode (zie paragraaf: 3.3 uit de richtlijn BCO)
- Identificeer contacten van de patiënt
- Verzamel informatie over de omgeving waarin de contacten plaatsvonden en transmissierisico bestond

Tabel 3.4.a. Risicofactoren in de omgeving voor transmissie

Factoren	Hoog risico voor transmissie	Laag risico voor transmissie
Omvang van de ruimte	Klein	Groot
Ventilatie	Slecht (< 2-4 ACH*)	Goed (≥ 4 ACH)
Zonlicht / UV	Geen	Wel
Luchtzuivering	Hercirculatie van gebruikte lucht	Geen hercirculatie van gebruikte lucht
Temperatuur	Warm	Koel
Luchtvochtigheid	Vochtig	Droog
Aantal personen per m ³	'Vol'	'Leeg'

* Ventilatie door open ramen, bereikt ongeveer 3 Air Changes per Hour (ACH), wat erop neer komt dat ongeveer elk uur de lucht is gezuiverd.

Tabel 3.4.b. Ringindeling op basis van een pragmatische en indicatieve operationalisatie van kenmerken van de omgeving, frequentie en intensiteit van het contact

Intensiteit	Omvang van de ruimte waar de expositie plaatsvond is vergelijkbaar met*	Globale omvang van de ruimte	Totale (cumulatieve) duur van het contact			
			langdurig	minder langdurig		
				dagelijks of >48 uur	wekelijks of 6-48 uur	incidenteel of 1-6 uur
nauw	auto	<5 m ³	Ring 1	Ring 1 en 2	Ring 2	Ring 2
	kamer	10-30 m ³	Ring 1	Ring 2	Ring 2	Ring 2 of 3
minder nauw	klas/kantoorruimte	100-200 m ³	Ring 2	Ring 2 of 3	Ring 3	Ring 3
	gesloten ruimte, groter dan een huis**	>200 m ³	Ring 2	Ring 3	Ring 3	geen

* operationalisatie van factoren: omvang van de ruimte, overlevingsduur van de bacterie (luchtzuivering en circulatie) en ventilatie

** indien de afstand tot de patiënt binnen deze ruimte 1-2 meter is, als contact in 'kamer' beschouwen

- h. Leg vast hoelang, hoe vaak en hoe intensief de contacten zijn blootgesteld aan de patiënt toen hij/zij besmettelijk was.
- i. Identificeer, zo mogelijk, contacten met bij tuberculose passende klachten of met een verhoogde kans op ontwikkelen van tuberculose indien geïnfecteerd.

1.3 Bezoek locaties diverse settings

Risico-inventarisatie tijdens bezoek aan het huis, werkplek en andere plaatsen waar de index veel tijd doorbracht, gedurende de besmettelijke periode. Indien nodig wordt ook bij brononderzoek bezoek gebracht aan een setting waar mogelijk transmissie kan hebben plaatsgevonden.

- a. Benadruk de vertrouwelijkheid van de te verkrijgen informatie.
- b. Geef de contacten, leidinggevend en andere betrokkenen uitleg over de transmissiewijze van de tuberculosebacterie en over het doel en beleid/opbouw/belang van het onderzoek.
- c. Leg aanvullende informatie op interview en medische anamnese vast.
- d. Signaleer contacten met symptomen van tuberculose.
- e. Verzamel informatie over de omgeving waarin de contacten plaatvonden en transmissierisico bestond (zie tabellen 3.4 A en B hierboven)
- f. Identificeer, zo mogelijk, contacten met bij tuberculose passende klachten of met een verhoogde kans op ontwikkelen van tuberculose indien geïnfecteerd.
- g. Overleg bij grotere groepen van contacten met lijnverantwoordelijken over:
 - communicatie naar betrokkenen bijv. voorlichtingsbijeenkomsten
 - publiciteit (rolverdeling)
 - aanleveren van NAW gegevens

De tbc-arts en de sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding bepalen, mede op basis van de verkregen informatie van de behandelend arts, de patiënt en de setting hoe het contactonderzoek zal worden uitgevoerd. Indien een omvangrijk deel van het contactonderzoek moet worden uitgevoerd door een andere GGD, omdat bv. werksituatie zich bevindt in een andere regio, wordt deze GGD bij de besluitvorming betrokken.

- h. Overleg met de deskundige infectiepreventie, tbc-coördinator en/of arbo-arts van het ziekenhuis over noodzaak en opzet van het contactonderzoek in geval van verblijf van de patiënt in het ziekenhuis, ten tijde van de besmettelijke periode.

Stap 2 Planning en organisatie bron- en contactonderzoek

In het team van de GGD, waarin minimaal een sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding, een tbc-arts en een MTM-er zitting hebben, wordt een planning gemaakt van het contactonderzoek en het te volgen beleid vastgesteld. Hierbij wordt duidelijk:

- Welke personen maken onderdeel uit van de 1^e ringscontacten (zie tabel 3.4.b), vindt het onderzoek in 1 of 2 rondes plaats (zie tabel 3.6) welk onderzoek krijgen zij (zie aanbeveling hieronder), waar wordt het onderzoek uitgevoerd.
- Welke personen maken onderdeel uit van **kwetsbare** 2^e ringscontacten, vindt het onderzoek in 1 of 2 rondes plaats (zie tabel 3.6.), welk onderzoek krijgen zij (zie aanbeveling hieronder), waar wordt het onderzoek uitgevoerd.
- Welke personen maken onderdeel uit van de overige 2^e ringscontacten, welk onderzoek krijgen zij (zie aanbevelingen 3.7 BCO richtlijn), waar wordt het onderzoek uitgevoerd.

Tabel 3.6 Indicatie en timing van bron- en contactonderzoek

Prioriteit voor onderzoek	Contactgroep	Timing	
		1 ^e ronde	2 ^e ronde
		(<1 week na diagnose (of zo snel mogelijk))	(na afloop incubatieperiode*)
Hoog	kwetsbare 1 ^e ring contacten	altijd	altijd
	contacten met symptomen passend bij tuberculose		
	overige 1 ^e ring contacten	optioneel**, altijd bij aangetoonde transmissie onder (kwetsbare) 1 ^e ring contacten	
	kwetsbare 2 ^e ring contacten	optioneel**, altijd bij aangetoonde transmissie onder 1 ^e ring contacten	
Medium	andere 2 ^e ring contacten	nee	alleen bij aangetoonde transmissie onder contacten met hoge prioriteit
Laag	3 ^e ring contacten	nee	alleen bij aangetoonde transmissie onder contacten met medium prioriteit

* 8 weken na het laatste contact met de index patiënt gedurende de infectieuze periode

** bij index patiënt met Auramine- of ZN positief sputum en geschatte infectieuze periode van meer dan 8 weken

Aan de hand van de aldus verkregen informatie wordt een (digitale) contactlijst opgesteld, met een prioriteitsindeling (zie Tabel 3.6) op basis van de verkregen informatie over:

- transmissierisico
- contacten met een hogere prioriteit (zie Tabel 3.5A en 3.5B)

Leg het te volgen beleid in zake het contactonderzoek vast in het digitale systeem op de afgesproken manier.

Tabel 3.5.a. Aandoeningen of condities met een verhoogde kans op progressie naar tuberculose indien geïnfecteerd met *M. tuberculosis* complex [4].

Aandoening of conditie*	relatief risico#
Pathologisch	
Hiv-infectie [43,44]##	50-170
Jejunale bypass	27-63
Silicose	30
Chronische nierinsufficiëntie of hemodialyse	10-25
Maligniteit	2,5-16
Diabetes mellitus - insuline afhankelijk	> 2-3,6
Medicamenteuze immunosuppressie	
Middelen bij orgaantransplantatie	20-74
TNF-alfa remmers[45,46]	1,5-17
Glucocorticosteroïden (≥ 7,5 mg prednison equivalent per dag)[47]	7,0**
Gebruik overige immunosuppressiva ter behandeling van auto-immuunziekten en inflammatoire aandoeningen	2-16

* Tabel ontleend aan verschillende bronnen.

** De gecorrigeerde odds ratio OR bij een dagelijkse dosering van <7,5 mg is 2.3 (95% BI 0,7–7,5).

Het relatieve risico is de factor waarmee de kans op ziekte hoger is dan de kans op ziekte van gezonde volwassenen.

Behandeling met ARV > 3 maanden reduceert het risico op Tuberculose bij HIV-positieve personen met 44%.

Tabel 3.5.b. Life-time risico op tuberculose na infectie met *M. tuberculosis* complex[48]

Leeftijd van infectie	Risico op pulmonale of mediastinale tuberculose %	Risico op tbc-meningitis of miliaire tuberculose %
< 12 maanden	30-40	10-20
12-24 maanden	10-20	2-5
2-4 jaar	5	0,5
5-10 jaar	2	<0,5
>10 jaar	10-20	<0,5

CAVE: Als er informatie beschikbaar komt over resistentie van de bron-patiënt dient dit te worden gedeeld met de organisaties die het contactonderzoek uitvoeren (andere GGD'en en eventueel ziekenhuizen/arbodiensten), in verband met de gevolgen voor geïnfecteerden.

Stap 3 Uitvoering van het contactonderzoek

3.1 Oproepen van de 1^e ring

De contacten in de 1^e ring worden binnen 3 – 7 dagen schriftelijk dan wel mondeling geïnformeerd over de wijze waarop het onderzoek zal worden uitgevoerd. Omdat het van belang is kwetsbare contacten én personen met klachten passend bij tuberculose vroegtijdig te identificeren, wordt de contacten in de oproepbrief gevraagd een gezondheidsvragenlijst in te vullen, en deze zo spoedig mogelijk te retourneren naar de GGD of mee te brengen op de afspraak.

3.2 Onderzoek van de 1^e ring

Onderzoek de geïdentificeerde contacten in volgorde van prioriteit (zie aanbevelingen BCO_richtlijn 3.6 en 3.7).

3.3 Evaluatie

Het team van de GGD, waarin minimaal een sociaalverpleegkundige tbc-bestrijding en een tbc-arts zitting hebben, evalueert periodiek (=na afloop van het onderzoek in de betreffende prioriteitsgroep c.q. ronde) het verloop van het onderzoek. Betrek daarbij tevens de eventuele resultaten van ketenpartners (bv. deskundige infectiepreventie) en/of onderzoek uitgevoerd bij andere GGD'en.

De stappen zijn (in chronologische volgorde):

- a. Evalueer de onderzoeksresultaten nadat de 1^e ringscontacten in de 1^e ronde zijn onderzocht. Dekkingsgraad (opkomst) en infectieprevalentie (opbrengst) dienen daarbij te worden beoordeeld op de kans dat transmissie naar contacten is opgetreden. (zie paragraaf 3.10 en Appendix II uit de richtlijn BCO)
- b. Identificeer niet verschenen contacten en motiveer hen alsnog voor onderzoek te komen.
- c. Indien transmissie is aangetoond in deze groep dient het contactonderzoek te worden uitgebreid naar kwetsbare 2^e ringscontacten.
Identificeren, informeren/ oproepen van 2^e ringscontacten (volgens zelfde procedure als genoemd bij 3.1., Oproepen van de 1^e ring) voor onderzoek.
- d. Evalueer de onderzoeksresultaten nadat de 1^e ringscontacten in de 2^e ronde zijn onderzocht. Dekkingsgraad (opkomst) en infectieprevalentie (opbrengst) dienen daarbij te worden beoordeeld op de kans dat transmissie naar contacten is opgetreden. (zie paragraaf 3.10 en Appendix II uit de richtlijn BCO)
- e. Identificeer niet verschenen contacten en motiveer hen alsnog voor onderzoek te komen.
- f. Indien transmissie is aangetoond in de hoogste prioriteitsgroep dient het contactonderzoek indien mogelijk te worden uitgebreid naar lagere prioriteitsgroepen.
Oproepen van overige 2^e ringscontacten voor onderzoek, conform stap 3.2.
- g. Indien geen transmissie is aangetoond in de hoogste prioriteitsgroep die qua omvang en samenstelling voldoende representatief is voor de groep at risk wordt besloten tot stoppen met contactonderzoek. Hiervan de reeds geïnventariseerde en geïnformeerde 2^e ringscontacten op de hoogte stellen. (zie paragraaf 3.10 richtlijn BCO)
- h. Volg verder de procedure vanaf d. voor het eventuele onderzoek van lagere prioriteitsgroepen.

Besluit tot uitbreiding of stoppen na afsluiten onderzoek van actuele ring, in overleg met eventuele ketenpartners en andere betrokken GGD'en.

Als contactonderzoek uitgebreid moet worden naar niet duidelijk afgrensbare groepen óf als er sprake is van veel maatschappelijke onrust kan het noodzakelijk zijn om over te gaan tot een crisisaanpak, met inzet van het Outbreak Management Team (OMT) (zie paragraaf 3.13 richtlijn BCO)

Stap 4 Resultaten en verslaglegging BCO

- a. Registreer en motiveer genomen besluiten rondom het contactonderzoek in het digitale systeem op de afgesproken wijze.
- b. Maak een samenvattend verslag van de resultaten (dekkingsgraad en opbrengst in de verschillende prioriteitsgroepen) en de overwegingen om het BCO af te sluiten.
- c. Informeer met dit verslag de direct verantwoordelijken, zoals bijvoorbeeld de huisarts en andere betrokken medische professionals zoals de klinisch behandelend arts, de tbc-coördinator, deskundige infectiepreventie en de bedrijfsarts

Stap 5 Afsluiten BCO

- a. Rapporteer resultaten van het contactonderzoek via het Nederlands Tuberculose Register (OsirisNTR) aan het RIVM
- b. Sluit het contactonderzoek administratief af in het digitale systeem volgens de afgesproken manier.

Stroomschema

