



Zijne Excellentie H.M. de Jonge
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Datum: 13 oktober 2020
Kenmerk: 20-080-AR
Betreft: Roadmap Testen en Traceren

Hooggeachte heer De Jonge,

Hierbij bied ik u namens GGD GHOR Nederland en de 25 regionale GGD'en de Roadmap Testen en Traceren aan. Deze Roadmap is aangekondigd in de Kamerbrief van 28 augustus 2020 ('Update BCO capaciteit'). In deze brief zet ik de belangrijkste punten uit de aanpak op een rij.

Eerste verdedigingslinie: gedragsmaatregelen

Het aantal besmettingen met het Covid-19-virus is in de afgelopen week fors gestegen. In het belang van de publieke gezondheid en dus de gezondheid van alle inwoners van Nederland, is het cruciaal dat het aantal besmettingen zo snel mogelijk afneemt. Daar is meer voor nodig dan het steeds opnieuw vergroten van de capaciteit voor testen en bron- en contactonderzoek (BCO). Alle mensen in Nederland moeten zich consequent aan alle gedragsmaatregelen houden. Het gedrag van alle 17 miljoen Nederlanders is de eerste én belangrijkste verdedigingslinie tegen het Covid-19-virus. Als er gaten in de dijk vallen en het water snel de polder instroomt, worden er niet meer pompen besteld. Dan wordt de dijk zo snel mogelijk gerepareerd. En hoe groter het gat, hoe zwaarder het materieel dat ingezet wordt. Al het mogelijke moet worden gedaan om verdere verspreiding van het virus te stoppen.

De tweede verdedigingslinie: testen en BCO

GGD'en zetten testen en BCO in als middelen bij het bestrijden van het Covid-19-virus. Dit is de tweede verdedigingslinie om zicht en greep te houden op het virus. Testen is bedoeld om mensen die besmet zijn met het Covid-19-virus op te sporen. BCO is bedoeld om contacten te identificeren, verspreiding in te dammen en te zoeken naar clusters die een verspreidingsbron zijn.

a. Testen

De GGD'en gaan de uitbreiding van de PCR-afnamecapaciteit op drie manieren versnellen:

1. Versneld uitbreiden van bestaande testafnamelocaties en het openen van nieuwe testafnamelocaties in de GGD-regio's.
2. Versterken van het fijnmazig landelijk netwerk voor kwetsbare groepen door:
 - Het inzetten van landelijke mobiele testunits (inzetbaar op verzoek van GGD'en);
 - Het aansluiten van andere zorg- en afnamepartijen op CoronIT.
3. Verkennen van landelijke XL-testlocaties met externe (markt-)partijen.

Met de al eerder ingezette versnelling realiseren we op dit moment (12 oktober) 42.800 afnames per dag in de teststraten. Met de aanvullende maatregelen uit de Roadmap kunnen we begin november minimaal 60.000 en eind december minimaal 80.000 testen per dag afnemen.

Vanzelfsprekend zullen we snel inspelen op ontwikkelingen ten aanzien van het testen op het Covid-19-virus, zoals de sneltesten die naar verwachting op afzienbare termijn beschikbaar zullen komen.

Wat de inzet van sneltesten betreft gaan wij ervan uit dat dit binnen de kaders van de teststrategie van het ministerie van VWS zal geschieden, zodat dit ook daadwerkelijk een versterking in de bestrijding van het virus kan betekenen. Dit impliceert dat, zolang er krapte in de testketen bestaat, ook sneltesten worden ingezet binnen het huidige beleid ('alleen testen bij klachten'). Zodra de doorlooptijden binnen de afgesproken normen zijn en iedereen met klachten binnen 24 uur kan worden getest, kan – op advies van het OMT – het beleid worden verbreed per type sneltest en doelgroep.

Cruciaal is daarbij dat centraal wordt bepaald welke sneltesten voor welke doelgroepen beschikbaar komen, dat er centrale inkoop en toedeling plaatsvindt en dat de inzet wordt ingebed in, of tenminste gekoppeld aan de huidige test- en ICT-infrastructuur (CoronIT). Dit laatste met het oog op de monitoring en de opvolging van positieve testuitslagen met een BCO.

Er heeft een eerste verkenning met marktpartijen naar de mogelijkheden voor XL-locaties plaatsgevonden. Doel was te bezien of we locaties met grote testafname capaciteit (2500-5000 afnames per dag) kunnen realiseren. Aan de marktpartijen is gevraagd of ze een bijdrage kunnen leveren in de vorm van personeel, een geschikte locatie en/of projectmanagement. Door veel van de aanwezige partijen is inmiddels aangegeven dat ze een bijdrage kunnen leveren. In een volgende stap wordt verder verkend hoe we met deze marktpartijen in november een aantal XL-locaties tot stand kunnen brengen.

b. Bron- en contactonderzoek

Conform eerder gemaakte afspraken zijn per 1 oktober 3.350 fte gerealiseerd voor het uitvoeren van BCO's bij de regionale GGD'en en de landelijke schil samen. De opleiding van deze mensen verloopt conform afspraak, zodat deze totale capaciteit sinds de eerste week van oktober inzetbaar is.

Wekelijks breiden we onze BCO-capaciteit uit. Daar gaan we ook mee door. Bij meer BCO's per dag dan er capaciteit is, wordt risicogestuurd BCO ingezet. Afhankelijk van de ontwikkelingen worden ook andere mogelijkheden ingezet, zoals het verder prioriteren in BCO ten behoeve van surveillance (denk aan clusteranalyses, risicobeoordelingen en trendanalyses) en het alleen informeren van de index. Mocht het aantal besmettingen zeer hoog oplopen, dan kunnen wij medio december in de meest afgeschaalde vorm van risicogestuurd BCO – het alleen informeren van de index – 10.000 BCO's per dag uitvoeren.

Het is belangrijk om op het netvlies te houden dat de bestaande IZB-capaciteit in de regio's toereikend is voor kwalitatief goed BCO tot maximaal 2.000 positieve gevallen per dag (onder meer goede clusteranalyses). Indien de besmettingen boven dit niveau uitstijgen, komt de kwaliteit van BCO zwaar onder druk te staan. Het zicht – en dus de greep – op het virus verdwijnt dan.

Startsein gedragsbeperkende maatregelen

We vragen in deze Roadmap expliciet aandacht voor de signaalwaarde van BCO die blijkt uit het recente RIVM-model. Hieruit komt nadrukkelijk de voorspellende waarde van 1.200 (vergelijkbaar met de 1.340 in onze modelmatige berekeningen) bevestigde Covid-19-patiënten per dag (en dus BCO's) naar voren. Het bereiken van dit aantal BCO's moet daarom het startsein zijn voor het direct nemen van gedragsbeperkende maatregelen (lokaal, regionaal, landelijk). Het is in onze ogen van wezenlijk belang om het gesprek hierover in de toekomst in een zo vroeg mogelijk stadium met elkaar te voeren en scherper te sturen op de 'rode vlag' van 1.200 incidenties per dag. De gaten in de dijk moeten dan snel worden gedicht.

We weten uit de praktijk en de modellering van het RIVM dat bij 1.200/1.340 incidenties vandaag, het aantal positieven over twee weken zal zijn opgelopen tot 2.720. Zijn er inderdaad maatregelen genomen, dan houden we zicht op het virus. We accepteren dat er gedurende een korte periode geen volledig zicht op de verspreiding van het virus is. Dit in relatie tot de scope van de IZB-artsen van maximaal 2.000 BCO's per dag. Deze kortdurende overbelasting is echter te overzien en te managen. We blijven 'in control'. Worden er echter geen (of te laat) landelijke maatregelen genomen bij 1.200 incidenties per dag, dan blijft het aantal positieven exponentieel stijgen.



Zie wat dit betreft het verloop van het aantal besmettingen in de afgelopen twee weken: van circa 3.000 eind september naar rond de 6.800 positieven nu. Het zicht op het virus vermindert dan sterk. BCO kan geen effectieve rol meer spelen in de virusbestrijding. En misschien nog wel zorgelijker: het is onduidelijk hoe lang het duurt voordat het aantal positieven weer op een beheersbaar niveau ligt. Wij pleiten er voor om in de toekomst bij het bereiken van de signaalwaarde uit het Rijksdashboard landelijke gedragsbeperkende maatregelen te nemen.

GGD'en op volle kracht door

De huidige besmettingscijfers liggen ver boven de prognoses waarop vorige plannen waren gebaseerd. De GGD'en gaan op volle kracht door met wat we de afgelopen maanden ook deden: er alles aan doen wat in ons vermogen ligt om door het afnemen van testen en het uitvoeren van BCO het virus in te dammen. Nederland kan op de maximale inzet van de GGD'en blijven rekenen.

Nieuwe ontwikkelingen rondom het virus kunnen het noodzakelijk of zelfs onvermijdelijk maken om deze Roadmap op enig moment aan te passen aan de nieuwe situatie. Deze Roadmap is daarom ook niet 'in beton gegoten'. Wanneer die situatie zich voordoet, zullen wij dit vroegtijdig signaleren en u informeren hoe wij samen met onze partners zo adequaat mogelijk gaan anticiperen op de ontwikkelingen. Wendbaarheid en samenwerking zijn cruciaal gezien bij het onder controle krijgen van het virus.

Met vriendelijke groet,

André Rouvoet
Voorzitter GGD GHOR Nederland

Roadmap Testen en Traceren

13 oktober 2020

Bijlage bij de brief van GGD GHOR Nederland van 13 oktober 2020

Inhoud

 Testen

 BCO

Bijlagen

 Varianten van BCO

 Digitale ondersteuning

 Monitoring

Inleiding

Het is cruciaal dat het aantal besmettingen zo snel mogelijk afneemt. Daar is meer voor nodig dan het steeds opnieuw vergroten van de capaciteit voor testen en bron- en contactonderzoek. Alle mensen in Nederland moeten zich consequent aan alle gedragsmaatregelen houden.

De rol van de GGD'en is infectieziektebestrijding. Testen en bron- en contactonderzoek (BCO) zijn hierbij belangrijke middelen. In deze Roadmap laten we zien hoe we hier de komende periode invulling aan geven. Van het uitbreiden van de pool BCO-medewerkers tot het inzetten van innovatieve methodes om de testcapaciteit te vergroten. Waarbij het van belang is dat BCO een professionele beheersmaatregel is onder verantwoordelijkheid van de IZB-arts.

We breiden het aantal PCR-testen de komende maanden fors uit om de doorlooptijden te verkorten. Opschalen kan alleen als alle schakels in de keten goed op elkaar afgestemd worden. Dat vergt nauwe samenwerking in de keten. Bovendien is het bij de huidige schaalgrootte essentieel dat wijzigingen op uitvoerbaarheid worden getoetst en dat er tijd is voor implementatie. Sneltesten zijn een enorme kans om het PCR-landschap te ontlasten. Daar zetten we vol op in. Het is cruciaal dat de toepassing ervan wordt ingepast in de teststrategie van VWS. Dat betekent voornamelijk dat deze alleen ingezet worden voor testen met klachten. Alleen dan ontlast het de keten.

We vragen in deze Roadmap expliciet aandacht voor de signaalwaarde van BCO. De GGD'en adviseren de waarde van 1.200 (vergelijkbaar met de 1.340 in onze modelmatige berekeningen) bevestigde Covid-19-patiënten per dag als het sein voor het direct nemen van gedragsbeperkende maatregelen. Dit advies geven wij om het zicht op het virus - en daarmee de effectiviteit van de bestrijding - niet te verliezen.

Deze Roadmap is niet 'in beton gegoten'. Bijna dagelijks zijn er nieuwe ontwikkelingen rondom het virus. Het kan noodzakelijk of onvermijdelijk zijn om deze Roadmap aan te passen om flexibel in te spelen op de nieuwe situatie, in nauw overleg met alle andere partners in de bestrijding van het virus.

Actuele situatie

Actuele situatie

- Forse besmettingsgraad (de afgelopen dagen 6.500 positieve uitslagen per dag), grote druk op snelheid en afronding BCO.
- Maximale capaciteit labs is de afgelopen week vergroot.
- Meer vraag dan capaciteit in de testketen; inmiddels (per 12 oktober) 42.800 afnames per dag.
- Daardoor: lange(re) doorlooptijden voor het krijgen van een afnamemoment, labuitslagen en start BCO.
- Landelijke en regionale capaciteit is opgeschaald en opgeleid conform oorspronkelijk opschalingsplan (3.350 FTE per begin oktober; 1.500 (klassiek) BCO). Verdere opschaling en opleiding loopt in oktober door, maar het aantal besmettingen loopt harder op.
- Klassiek BCO is voor de GGD'en niet meer mogelijk, we voeren in alle regio's risicogestuurde BCO's uit.

In het belang van de publieke gezondheid en dus de gezondheid van alle inwoners van Nederland, is het cruciaal dat het aantal besmettingen met het coronavirus zo snel mogelijk afneemt en weer beheersbaar wordt.

In de huidige context kunnen wij het coronavirus niet langer effectief bestrijden met de middelen die wij als GGD'en hebben: testen en traceren.

Er is meer nodig dan het alsmear uitbreiden van de capaciteit: een combinatie met andere maatregelen is altijd noodzakelijk. Al het mogelijke moet gedaan worden om verdere verspreiding van het virus te stoppen.

Hier staan we voor

GGD'en zetten Testen en BCO in als middelen om de gezamenlijke ambitie bij het bestrijden van het virus te realiseren: het zicht houden op en controleren van het virus, het beschermen van de kwetsbaren in onze samenleving en het behouden van continuïteit in de zorg. Dit doen wij niet alleen, maar in nauwe samenwerking met vele partijen in een keten. Intensieve ketensamenwerking houdt wel in dat GGD'en bij de uitvoering van onze taken afhankelijk zijn van externe factoren. Denk aan beschikbare labcapaciteit en aanpassingen in de beleidsregels (zoals het prioritair testen van bepaalde doelgroepen).

Testen en BCO

- Testen is een belangrijk middel om zicht te houden op het virus teneinde het te kunnen controleren. De mate en snelheid waarin GGD'en mensen kunnen testen is echter gelimiteerd. Het doel van het testen is het opsporen van mensen met het Covid-19-virus. Mensen met Covid-19-gerelateerde klachten moeten (al dan niet met prioriteit) in de gelegenheid worden gesteld om getest te worden.
- BCO is bedoeld om contacten te identificeren, verspreiding in te dammen en het zoeken naar clusters die een verspreidingsbron zijn. Op basis van de resultaten uit het BCO adviseren de GGD'en de voorzitter veiligheidsregio over aanvullende bestrijdingsmaatregelen. Het BCO wordt uitgevoerd door de GGD'en en landelijke partners op basis van de BCO-richtlijn van het RIVM die is uitgewerkt in een landelijke werkinstructie. Deze werkinstructie wordt continu up-to-date gehouden om zo maximaal aan te blijven sluiten op de ontwikkelingen.

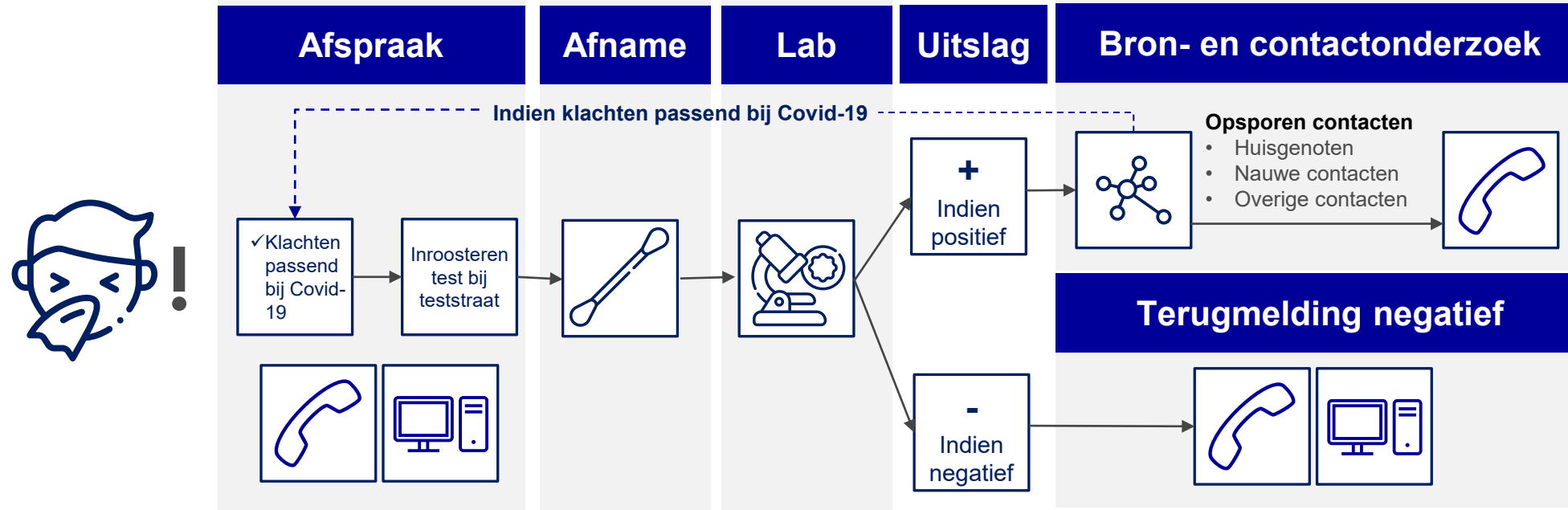
Eerste verdedigingslinie: gedrag

- Zowel het aantal testaanvragen, als het aantal BCO's per dag heeft een belangrijke signaalwaarde. Deze signaalwaarden kunnen een indicatie zijn voor (lokale) maatregelen, gekoppeld aan de escalatieladder.
- Belangrijk om hier te benadrukken dat de **eerste verdedigingslinie** altijd het gedrag van mensen is. Testen en BCO zijn de tweede verdedigingslinie. COVID-19 dammen we niet in als we grenzeloos de bemensing bij GGD'en uitbouwen. Wel als alle mensen in Nederland hun grenzen bewaken en 1,5 meter afstand van elkaar houden.

Tipping point

- Het doel van BCO is verdere verspreiding van het virus beperken en zicht houden op of/hoe het virus zich verspreidt. Bij een fors stijgend aantal besmettingen - en dus BCO's - is het de vraag of de algemene maatregelen in combinatie met Testen en BCO effectief genoeg zijn om het virus in te dammen. Er bestaat een *tipping point*. Dit vraagt om daadkrachtige en effectieve beleidskeuzes.

Huidige proces: Primaire proces GGD – Testen en BCO



Prioritering bij testen en BCO

- Beleid: testen met klachten
- Kwetsbare groepen
- Zorg- & onderwijspersoneel

Maatregelen en gedrag perken het virus in, testen en BCO zijn hulpmiddelen om zicht te houden op verspreiding.

“Hoewel testen zelf uiteraard niet de verspreiding inperkt, is een actief test- en traceerbeleid een essentieel hulpmiddel om zicht te houden op de circulatie van SARS-CoV-2 en deze met gerichte maatregelen in te perken met zo min mogelijk sociale en economische consequenties, zoals het voorkomen van een eventuele nieuwe (regionale) lockdown.” - 77^e OMT advies



Versnellen opschaling PCR-afnamecapaciteit

Benodigde testafnamecapaciteit

- We baseren de PCR-testafnamecapaciteit op het huidige RIVM-testbeleid, alleen testen bij klachten.
- We gaan uit van de (actuele) **gemiddelde** RIVM-prognoses (incidentie van Luchtweginfectie) voor de aantallen te testen mensen, met een verwachte piek in februari 2021.
- Als asymptomatisch testen onderdeel zou worden van de teststrategie dan heeft dat een impact op alle schakels in de testketen. De nieuwe prognose moet dan worden afgezet tegen de beschikbare testcapaciteit.
- Het OMT geeft advies over een effectieve teststrategie bij oplopende besmettingen en prioritering van groepen, gekoppeld aan een BCO-strategie om bij een gelimiteerde hoeveelheid BCO-capaciteit zo effectief mogelijk het zicht op het virus te behouden.
- In geval van voorrangbeleid (prioritaire groepen) is een heldere afbakening en definitie van de te prioriteren groep door VWS noodzakelijk, evenals het faciliteren van (sectorale) afspraken over identificatie van prioritaire groepen.
- Prioritair testen heeft negatieve impact op de efficiëntie van de totale testketen.

Partners in de testketen

- Teststraten worden uitgevoerd door de GGD of andere uitvoeringspartners conform kwaliteitsstandaarden. GGD'en werken toe naar het versneld uitbreiden van de afnamecapaciteit, waar nodig in samenwerking met landelijke (markt) partijen.
- Zorgpartners (bijvoorbeeld VVT) nemen eigen verantwoordelijkheid voor afnemen testen. Afnamecapaciteit wordt (fijnmazig) vergroot door andere (ook niet-zorggerelateerde) uitvoeringspartners aan te haken.
- LCDK zorgt voor het toevoegen van labcapaciteit en de koppeling van labs aan afnamelocaties. GGD GHOR Nederland voegt hen toe aan CoronIT en ondersteunt directe afhandeling.
- Voldoende capaciteit bij labs en een goede koppeling aan teststraten is een essentieel onderdeel van de totale keten. Het afstemmen tussen GGD GHOR Nederland en LCDK moet steeds meer een doorlopend proces worden. Samen met het LCDK zal het lablandschap opnieuw worden ingericht, waarbij wisselingen in de samenwerking tussen individuele afnamelocaties en labs worden vermeden.

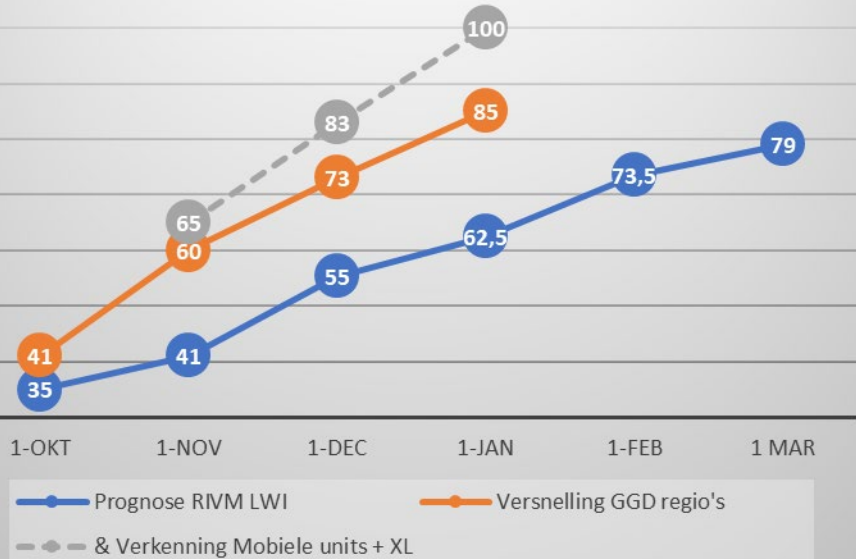
Sturen op doorlooptijd

- Het is noodzakelijk dat de beschikbare capaciteit van de testketen (afpraak, afname, test, uitslag) groter wordt dan de vraag. Hiermee kunnen we zorgen voor kortere doorlooptijden.



Versnellen van de opschaling PCR-afnamecapaciteit

GGD PCR afnamecapaciteit, excl. klinische diagnostiek ('000 afnames)



Deze aantallen tests zijn alleen te realiseren als alle schakels in de keten (afpraak, afname, lab, uitslag) afgestemd opschalen.

3 routes voor uitbreiding afnamecapaciteit:

- GGD'en zijn zich terdege bewust van de toegenomen vraag en problemen met doorlooptijden die zijn ontstaan. Zij spannen zich maximaal in om de afnamecapaciteit verder te vergroten om zo de doorlooptijd te reduceren.
- GGD-GHOR Nederland heeft voor de versnelling van de afnamecapaciteit 3 routes:
 1. Uitbreiden bestaande testafnamelocaties en openen nieuwe testafnamelocaties in de regio
 2. Versterken van het fijnmazig landelijk netwerk voor kwetsbare groepen door:
 - a) inzetten van landelijke mobiele testunits (inzetbaar op verzoek van GGD'en)
 - b) aansluiten van andere zorg- en afnamepartijen op CoronIT
 3. Verkenning landelijke (XL-)locaties met externe (markt-)partijen, eventueel in te richten met LAMP op locatie
- Met de ingezette versnelling realiseren we op dit moment (12 oktober) 42.800 afnames per dag in teststraten. Met de aanvullende maatregelen kunnen we begin november minimaal 60.000 en eind december minimaal 80.000 testen per dag afnemen.
- Facilitering vindt plaats door GGD GHOR Nederland bij de werving en opleiding van personeel voor GGD- testlocaties.
- Landelijke en regionale klantcontactcentra (website en callcenters) kunnen de geplande volumestijging aan.
- De piekbelasting & capaciteit zal periodiek moeten worden gemonitord en waar nodig leiden tot bijsturen.



Risico's en afhankelijkheden van de huidige PCR-testketen

Wat zijn de belangrijkste risico's?

- Grotere aantallen of snellere toename van het aantal testaanvragen dan op basis van de gemiddelde prognose van het RIVM verwacht kan worden, eventueel ontstaan door beleidswijzigingen (bijvoorbeeld asymptomatisch testen), kan de testketen op dit moment niet aan.
- Gewenste doorlooptijden worden niet gerealiseerd door beperkte capaciteit van de teststraten, laboratoria, ICT-infrastructuur.
- Wijzigingen in labstromen en beschikbaarheid van labcapaciteit.
- Overbelasting van en/of onvoldoende gekwalificeerd personeel laboratoria, toeleveranciers, partners die testafname verzorgen en GGD'en.
- Onvoldoende beschikbaarheid van testmaterialen en persoonlijke beschermingsmiddelen.

Afhankelijkheden

- Beleidswijzigingen alleen o.b.v. OMT-advies, waarbij inzicht is in effect op testvolume, de effectiviteit van de (gewijzigde) teststrategie, dit ook in relatie tot BCO.
- Toetsing van de uitvoerbaarheid van wijzigingen en tijd voor implementatie zijn essentieel bij de huidige schaalgrootte van de testketen (bijvoorbeeld voorkeursgroepen leiden tot procesaanpassingen).
- Bewustwording dat iedere aanpassing van testbeleid ook aanpassingen in ICT-systemen, klantcontactcentrum en teststraten betekent. Duidelijkheid over prioritering, realistische implementatietrajecten.
- Testbereidheid.



Inpassing sneltesten in de teststrategie

De GGD'en zien de enorme kans die ontstaat met de komst van gevalideerde sneltesten om het bestaande PCR-testlandschap te ontlasten en de doorlooptijd van afspraak tot uitslag radicaal te verkorten.

Hiervoor zijn volgende punten op het proces en inhoud van belang.

Inpassing in de teststrategie gericht op virusbestrijding

- Zodra er meer zicht is op het soort, de timing en schaal van de verschillende sneltesten zal dit onderdeel worden van het testlandschap en in worden gezet voor de juiste doelgroep en locatie.
- Het is cruciaal dat de sneltesten worden ingepast in de strategie van VWS voor de infectieziektebestrijding zoals geadviseerd door het OMT/BAO.
- GGD GHOR Nederland is onderdeel van de werkgroep sneltesten, waarbij VWS in de lead is, om vooraf in te schatten welke kansen en impact dit heeft op de huidige processen en systemen. Hierbij moet ook de impact op de huidige PCR testketen worden meegenomen.
- De GGD'en Amsterdam, Rotterdam, Haaglanden, Utrecht en Brabant NW zijn betrokken bij praktijktoets sneltesten.

Inhoudelijke randvoorwaarden

- Testen en BCO zijn een essentieel hulpmiddel om zicht te houden op de verspreiding van het virus. Dit geldt ook voor sneltesten. Er is een wettelijke meldingsplicht aan de regionale GGD'en in het geval van een positieve uitslag. Zicht op de negatieve uitslagen is ook van belang. Hiervoor moet een systeem/proces worden ingericht.
- Het is van belang dat ook voor sneltesten gelijke principes blijven gelden van het RIVM-testbeleid: alleen testen bij klachten. Alleen zo zal dit direct een ontlasting geven van de bestaande PCR-testketen.
- Een OMT-advies moet ook omvatten of een positieve test al dan niet moet worden opgevolgd met de bestaande PCR-test, per type sneltest.
- Het afnemen van een sneltest is in beginsel niet noodzakelijkerwijs een GGD taak. Dit zal verder moeten worden verkend. Goede borging van de kwaliteit van de afname is essentieel.



De uitgangspunten voor de roadmap BCO

Uitgangspunten BCO

Gemiddeld
8-12 uur
per BCO

Scenario's
voor aantallen BCO's

Beschrijving uitgangspunten

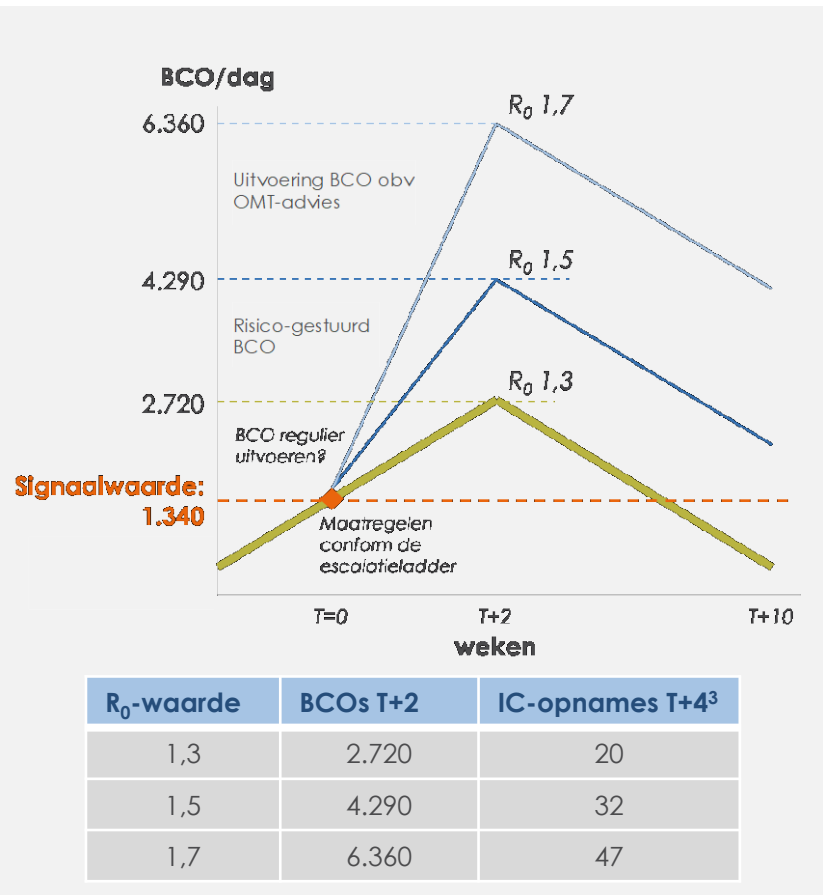
- Landelijk duur van 8 uur per regulier BCO¹.
- Er zijn twee uitzonderingsituaties waarvoor we een norm van 12 uur hanteren:
 - 'Intense' regio's (groot – hoog inwonertal, hoge bevolkingsdichtheid en dus meer BCO en meer nauwe contacten); op basis van ervaringen regionale GGD'en in de zomermaanden
 - Regio's met groot (internationaal) verkeer (luchthavens, cruiseterminals en grote treinstations)
Dit betreft 10 regio's, waarvoor we rekening houden met in totaal 20% extra benodigde capaciteit
- Daarnaast vindt er ook vliegtuigcontactonderzoek plaats (gemiddeld 8 uur per VCO). Voorstel is dat dat de regio Kennemerland voor heel Nederland het VCO uitvoert.
- Het verloop van de incidentie van Covid-19 en daarmee de benodigde BCO-capaciteit kan niet betrouwbaar worden voorspeld. Een betrouwbare prognose ontbreekt daarom nu en ook in de komende maanden.
- Vasthouden aan een percentage positieve testuitslagen (bv. 5%) lijkt niet logisch, omdat er geen eenduidige relatie is tussen aantallen tests en het percentage positieve uitslagen.
- Om toch te kunnen bepalen hoeveel BCO-capaciteit beschikbaar moet zijn om een piek in BCO's per dag op te kunnen vangen, werken we met scenario's (zie op volgende pagina verdere toelichting). Een OMT-advies over prioritering wordt nu uitgewerkt.

In aanvulling op de (langere-termijn) scenario's gaan we in onze sturing ook gebruik maken van de 'kortere-termijn' prognosetool van het RIVM, die een indicatie geeft van de mogelijke aantallen positieve testuitslagen in de komende 4 weken



BCO-scenario's op basis van IC-sigitaalwaarde

Uitgangspunten BCO



Beschrijving scenariomodel (modellering RIVM)

- De gebruikte scenario's simuleren verschillende verlopen van een (tweede) golf met een doorvertaling in aantallen BCO's per dag.
- Via het model links wordt een relatie gelegd tussen de aantallen BCO's en het aantal IC-opnames (vertraging van 2 weken ten opzichte van door lab bevestigde Covid-19-besmetting). Hierdoor krijgt BCO ook een signaalfunctie voor de verwachte druk op het zorgstelsel/IC-capaciteit.
- Om te voorkomen dat de IC-capaciteit tegen de signaalwaarde per dag aankomt bij het overschrijden van de BCO-'signaalwaarde', moet er nadrukkelijk gestuurd worden op aanvullende gedragsmaatregelen. Het effect daarvan is na twee weken zichtbaar en in aantallen afhankelijk van de R_0 op moment voorafgaande aan de invoering van de maatregelen.

RIVM-model

- **Signaalwaarde BCO (1.340)** van bevestigde Covid-19-patiënten per dag (BCO's) waarna strengere maatregelen zouden moeten worden genomen om de uitbraak in te dammen.
 - Voor het aantal IC-opnames per dag noemt het Covid-19-dashboard van de Rijksoverheid een signaalwaarde van **10 IC-opnames per dag**¹
 - In de epidemiologische situatie van half augustus is de verhouding tussen het aantal IC-opnames en het aantal lab-bevestigde Covid-19-patiënten **1:134**²
 - De signaalwaarde voor bevestigde Covid-19-patiënten zou dan $10 \cdot 134 = 1.340$ **Covid-19-patiënten** per dag zijn (positieven)
- R-waarde tijdens de opleving wordt door RIVM achteraf bepaald. In de scenario's gaan we uit van waarden tussen **1,3 – 1,7**, waarbij we voor de capaciteitsberekeningen wordt uitgegaan van **1,3**.



Grenzen aan BCO bij de bestrijding van COVID-19

Twee doelen van BCO

In de bestrijding van het COVID-19-virus dient het uitvoeren van BCO twee doelen:

1. surveillance van de verspreiding van het virus
2. bestrijding van het virus.

Surveillance

De bestaande IZB-capaciteit in de regio's is toereikend voor surveillance tot circa 2.000 positieve gevallen per dag. Indien de besmettingen boven dit niveau uitstijgen, is het steeds minder goed mogelijk om surveillance te doen (denk aan clusteranalyses, risicobeoordelingen, trendanalyses, etc.).

Het uitvoeren van surveillance kan worden gefaciliteerd door technologie, zoals een thuisregistratie-app. Maar niet alle inzichten zijn in systemen te vatten; kwalitatieve informatie van BCO-medewerkers richting IZB-artsen is ook van wezenlijk belang. Hoe meer BCO-medewerkers, des te lastiger het wordt voor de IZB-artsen om deze informatie volledig te krijgen.

Bestrijding van het virus

Bestrijding van het virus wordt voornamelijk bereikt door het tijdig informeren van de besmette persoon (index) en diens nauwe contacten, zodat zij maatregelen kunnen nemen (o.a. quarantaine) om verdere verspreiding te voorkomen. Uiteraard breiden we de capaciteit verder uit als dat nodig is, binnen de grenzen van de opleidingssnelheid.

Wat is de grens wanneer wij signalen gaan afgeven aan VWS (omdat er teveel besmettingen zijn)

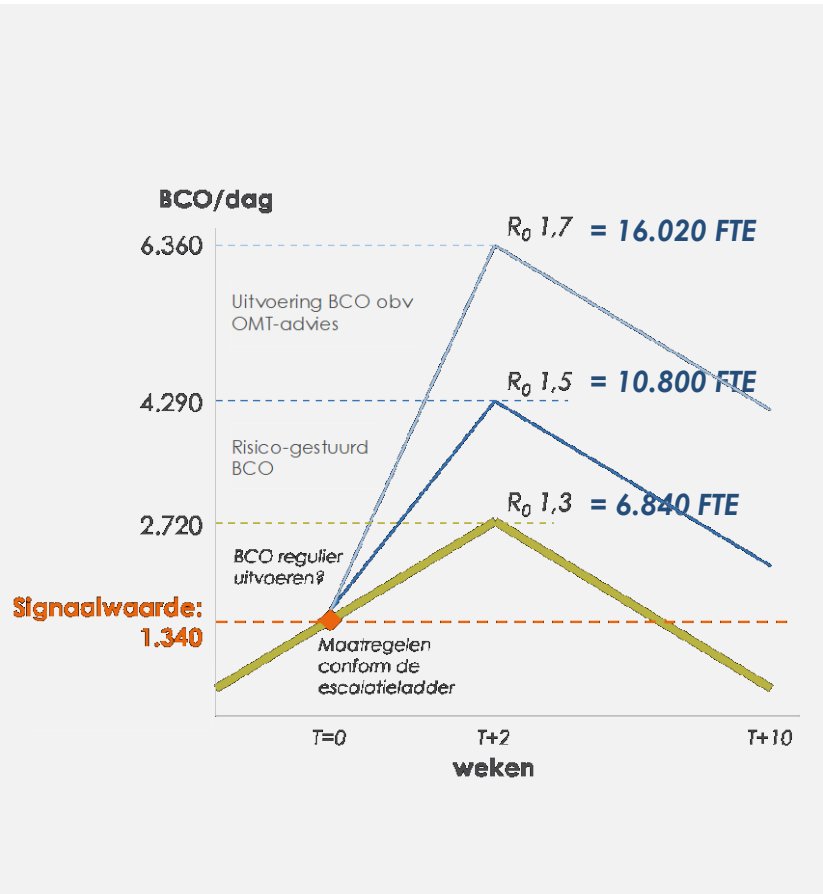
Maatregelen zijn nodig bij het bereiken van de 'BCO'-signaalwaarden van 7 besmettingen per dag per 100.000 inwoners (landelijk en/of regionaal), conform de signaalwaarde op het coronadashboard van de Rijksoverheid. Voor de berekening van de benodigde BCO capaciteit hanteren we de signaalwaarde uit ons model, waardoor we voldoende BCO capaciteit zullen hebben voor de uiteindelijke piek aan aantallen BCO's per dag, 2 weken na het bereiken van de signaalwaarde en de genomen maatregelen.

Ongeacht de maatregelen bij het bereiken van de signaalwaarde blijven de besmettingen nog twee weken oplopen (hoogte is afhankelijk van de R-waarde). Maatregelen zijn daarom nodig om te voorkomen dat in deze periode de capaciteitsgrenzen van surveillance overschreden worden, we daarmee het zicht op het virus verliezen en zo de zorg in gevaar wordt gebracht. Het gesprek hierover (proces Escalatieladder) moet tijdiger gevoerd worden, het inschalingsoverleg moet substantieel eerder plaatsvinden (vooruitlopend op het bereiken van de signaalwaarde), mede afhankelijk van de snelheid van de oplopende besmettingen. Hoe steiler de curve van besmettingen, hoe sneller maatregelen nodig zijn. Effect van maatregelen is pas 2 weken na nemen zichtbaar, tot die tijd loopt de curve besmettingen steeds verder door.



'Rekenkundige' roadmap BCO voor de komende maanden

BCO-scenario's



Aanpak op basis van rekenkundig model

- Om klaar te staan voor een mogelijke piek in aantallen BCO's van 2.720 per dag na het overschrijden van de signaalwaarde van 1.340 BCO's (bij een R-waarde van 1,3), wordt de BCO-capaciteit verder uitgebreid.
- Daarnaast weten we uit ervaring dat er voor een aantal regio's gerekend moet worden met 12 uur per BCO ('intense' regio's en regio's met internationaal verkeer). Dit betekent een overall verhoging van 20% van de benodigde BCO-capaciteit.
- De combinatie van bovenstaande factoren resulteert in een benodigde capaciteit van 6.840 FTE voor 2.720 BCO per dag.
 - Regionaal naar 2.280 FTE (van 1.350 FTE op 1 oktober) = ~900 BCO
 - Landelijk naar 4.560 FTE (van 2.000 FTE op 1 oktober) = ~1820 BCO
- In ieder geval bij meer dan 2.720 BCO per dag zal dan risicogestuurd BCO worden ingezet vanaf half december (als de BCO capaciteit maximaal is). Afhankelijk van de ontwikkelingen van het virus kunnen onderstaande mogelijkheden ook al eerder ingezet worden:
 - Risicogestuurd BCO conform handreiking RIVM-LOI (via OMT BAO wordt gekomen tot een beleidsbesluit)
 - Nog verder prioriteren in BCO ten behoeve van surveillance (analoog aan prioritering in testen)
 - Alleen index informeren

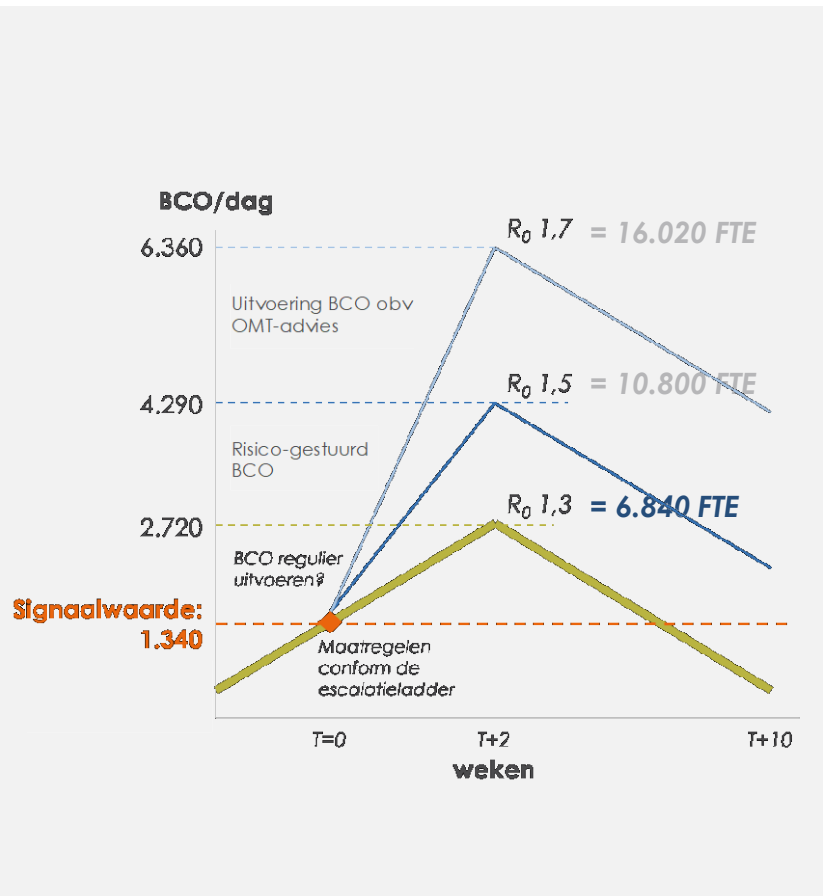
Tempo van de rekenkundige groei (piketpalen):

- Het tempo van maximale landelijke groei met ~250 FTE per week en regionaal met ~90 FTE per week, wordt doorgezet in komende maanden, om zo tot 6.840 FTE inzetbare capaciteit te komen per 15 december 2020.
- De mate van inzetbaarheid van deze opgeleide capaciteit is grotendeels afhankelijk van de beschikbaarheid van voldoende medische supervisie en coördinatie.



Daadwerkelijke groei en opleiding in oktober

BCO-scenario's



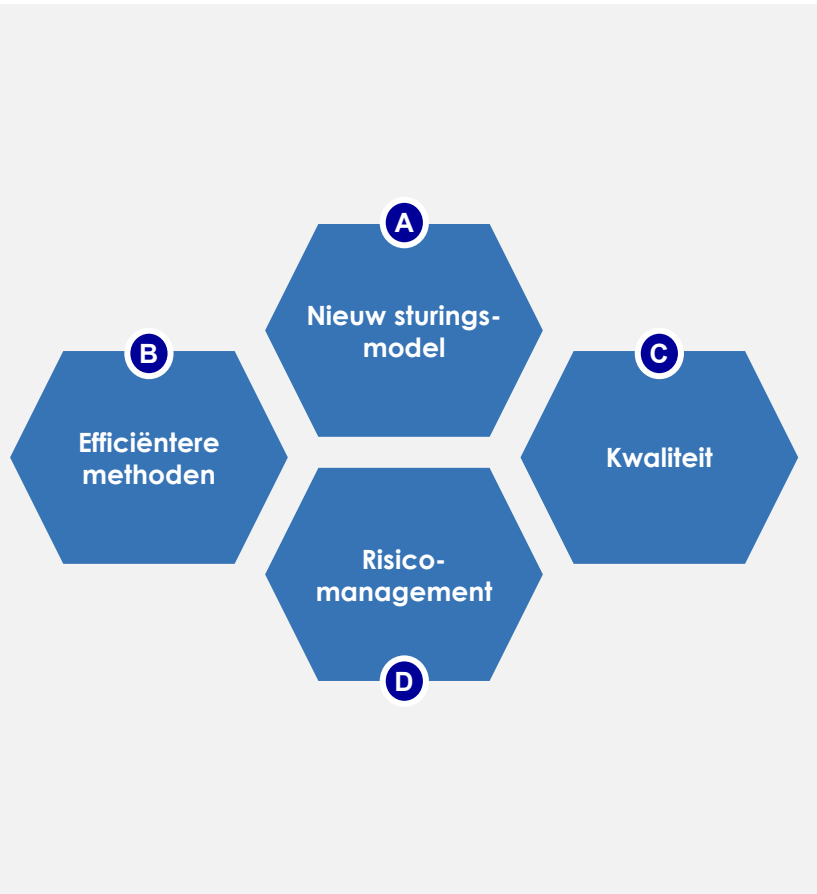
Aanpak oktober

- We leiden in oktober 340 FTE per week (250 FTE landelijk en 90 in de regio's) op. Dit zijn netto aantallen, omdat we ook te maken hebben met uitstroom van mensen.
- Dit betekent in de eerste week november een inzetbare capaciteit van in ieder geval 4.710 FTE.
- Uitgaande van reguliere werkwijze BCO kunnen we dan ~1.900 BCO per dag uitvoeren, rekening houdend met 20% extra benodigde capaciteit voor 12-uurs-BCO's.
 - Hierbij houden we rekening met het feit dat in de praktijk voor een aantal regio's gerekend moet worden met 12 uur per BCO.
- In ieder geval bij meer dan 1.900 BCO per dag eind oktober zal risicogestuurd BCO worden ingezet (gerelateerd aan de beschikbare capaciteit eind oktober). Afhankelijk van de ontwikkelingen van het virus kunnen/zullen onderstaande mogelijkheden ook al eerder ingezet moeten worden:
 - Risicogestuurd BCO-proces conform handreiking LOI (doel is om via OMT BAO te komen tot beleidsbesluit)
 - Verder prioriteren in BCO ten behoeve van surveillance (analoog aan prioritering in testen)
 - Alleen index informeren

NB: 1.900 BCO per dag betekent een te hoge besmettingsgraad. In die situatie wordt de strategie van zicht houden op en controleren van het virus, beschermen van de kwetsbaren in onze samenleving en behouden van continuïteit in de zorg ondermijnd. Testen en traceren is dan niet meer effectief. Bij het bereiken van de signaalwaarde zijn daarom maatregelen nodig die op zeer korte termijn effect sorteren. Dit is niet alleen van toepassing eind september – begin oktober 2020, maar zal waar nodig herhaald moeten worden.



Sturing & Kwaliteit



Dit hebben we gedaan/doen we nu:

A. Nieuw sturingsmodel: *Unitmodel*

Het doel van het unitmodel is om de flexibiliteit, snelheid en kwaliteit van BCO inzet te verhogen.

- In de loop van september is het unitmodel operationeel geworden: Een unit is een samenwerkingsverband tussen 6-7 GGD'en en 1-2 van de alarmcentrales en het Rode Kruis.
- In de unit is sprake van gedeelde verantwoordelijkheid om samen de gevraagde BCO-capaciteit te leveren. Zo'n samenwerking in een overzichtelijk aantal is organisatorisch eenvoudiger en is onderling meer verplichtend.

B. Efficiëntere methoden

- Om sneller landelijke capaciteit beschikbaar te kunnen stellen voor BCO-proces is er ervaring opgedaan met efficiëntere manieren van uitvoering van BCO's.
 - De index (en eventueel gezinsleden) wordt door de GGD zelf gebeld
 - De gesprekken met contactpersonen en monitoring gebeuren via de landelijke capaciteit (afhankelijk van de risico-inschatting door de GGD)
- Risicogestuurd BCO, waarbij de GGD bij een hoog risico het BCO uitvoert. Bij een laag risico (conform de handreiking LOI) belt/informeert de index zelf de nauwe contacten.
- Thuisrapportage-app (nog in ontwikkeling) met (digitale) berichtgeving in plaats van bellen (bv. app/sms) naar nauwe contacten.

C. Kwaliteit

- We volgen continu hoe de werkwijze voor BCO uitpakt in de praktijk en stellen bij waar nodig volgens de PDCA-cyclus (*Plan, Do, Check, Act*): we houden daarbij een periodieke evaluatie met landelijke inzet en de GGD'en over de kwaliteit van de inzet aan de hand van de geldende werkprocessen.

D. Risicomanagement

- Invoering risicomanagementmodel (COSO-model¹) per 1 oktober op strategie, operatie, organisatie en inhoud. Dit model moet zorgen voor betere onderlinge afstemming over de mitigerende acties op de belangrijkste risico.



Risico's en afhankelijkheden

Wat zijn de belangrijkste risico's en afhankelijkheden?

- Beschikbaarheid van IZB-capaciteit voor surveillance en supervisie is essentieel. Dit is een andere taak dan de medische supervisie bij het belwerk tijdens BCO.
- Vanuit het LOI en expertteam is aangegeven dat met de huidige IZB-capaciteit (experts) ongeveer 2.000 BCO per dag op kwalitatief goede manier kan worden uitgevoerd (volledig BCO op de klassieke wijze). Boven de 2.000 BCO per dag wordt het BCO uiteraard nog wel uitgevoerd (hetzij klassiek, hetzij risicogestuurd), maar de surveillance (analyses en advisering) komt vanaf 2.000 BCO zwaar onder druk te staan.
- Risico op uitval en ziekteverzuim bij IZB-artsen vanwege ononderbroken hoge belasting sinds februari 2020.
- We gaan over op risicogestuurd BCO als het aantal besmettingen de capaciteit die op dat moment beschikbaar is, overstijgt.
- Wanneer door hoogoplopende besmettingsdruk de werkwijze verder moet worden aangepast nadat reeds is overgegaan op risicogestuurd BCO, ontstaan ernstige hiaten in de surveillance en zicht op clusters.
- Verdere intensivering van opleidingsnelheid is niet mogelijk door trainingscapaciteit en borging kwaliteit.
- Het beschikbaar hebben en opleiden van voldoende medische supervisie is een kritiek punt. Op basis van referentiegegevens van regio's en de landelijke capaciteit verwachten we ~100 additionele (basis)artsen en ~100 verpleegkundigen nodig te hebben voor een capaciteit van 6.840 FTE. Het is gezien de arbeidsmarkt niet de verwachting dat deze aantallen beschikbaar zijn. In lijn met de observaties van de IGJ hebben we overigens de afgelopen periode al ingezet op het werven van (basis)artsen en verpleegkundigen voor deze medische supervisie.
- Er ontstaat een acuut probleem bij surveillance als de testcapaciteit wordt uitgebreid en het besmettingspercentage:
 - blijft onveranderd hoog, of
 - daalt niet snel genoeg, of
 - loopt weer (te snel) op.



Samenvatting van de BCO-strategie

- Voor de effectieve bestrijding van het virus achten wij het cruciaal om landelijk maatregelen te nemen bij het bereiken van de signaalwaarde. We stellen hierbij de signaalwaarde in het Rijksdashboard voor: 7 incidenties per 100.000 inwoners per dag (1.200 per dag). De signaalwaarde in deze roadmap (1.340 BCO per dag) is overigens vergelijkbaar (en komt voort uit het gehanteerde rekenmodel).
- Door te sturen op maatregelen bij het bereiken van de signaalwaarde, houden we zoveel mogelijk zicht op het virus (ook na de verwachte stijging van het aantal incidenties na het invoeren van maatregelen) en kan het BCO op kwalitatief goede wijze worden uitgevoerd.
- De meerwaarde van de signaalwaarde van het aantal incidenties per dag is dat deze 2 weken voorloopt op de signaalwaardes die betrekking hebben op de zorg, met name de IC-signalwaarde.
- Het invoeren van effectieve maatregelen op het moment van bereiken van de signaalwaarde zorgt ervoor dat de piek in het aantal besmettingen 2 weken later, en de daaropvolgende ziekenhuis- en IC-opnames, de continuïteit van reguliere zorg niet/minder (langdurig) in gevaar brengt.
- Vanaf half december staan we gesteld voor het uitvoeren van 2.720 klassieke BCO's. Dit is voldoende om de verwachte piek in aantallen BCO's op te vangen in het geval de in deze roadmap geschetste signaalwaarde van 1.340 BCO wordt bereikt, de R-waarde op dat moment niet hoger is dan 1,3 en er effectieve landelijke maatregelen zijn genomen bij het bereiken van de signaalwaarde.
- Mochten de aantallen oplopen boven deze, dan te verwachten, piek (bijvoorbeeld door een hogere R-waarde), dan kunnen we per 15 december deze aantallen door risicogestuurd BCO uitvoeren met een maximum van 10.000 BCO's (in de meest afgeschaalde risicogestuurde variant). Met deze variant is nog steeds sprake van BCO, maar de kwaliteit van het BCO en daarmee de pandemiebestrijding, wordt hierdoor wel zeer beperkt en is daarom slechts een kortstondige oplossing.
- Deze gevolgen bij het te hoog oplopen van de besmettingen, maakt het sturen op landelijke maatregelen bij het bereiken van de signaalwaarde uit het rijksdashboard essentieel.

Bijlagen

Varianten van BCO

Digitale ondersteuning

Monitoring



Varianten van BCO

Onderdeel		Volledig / klassiek	Risicogestuurd Hoog-risico contacten		Risicogestuurd Alleen indexen
			Laag	Hoog	
Prioriteit index					
Indexgesprek	1. Contact leggen				
	2. Uitslag test en maatregelen toelichten				
	3. Uitvragen specifieke risico's (OSIRIS)				
	4. Brononderzoek				
	5. Contactonderzoek				
1e contact contact	6. Contacten informeren		index		index
2e contact index	7. Index opvolgen				
Vervolgcontact contacten	8. Contacten opvolgen				
Duur		● 8-12 uur	◐ 4 uur		◑ 2 uur
Aantal BCO's met capaciteit per 15/12/2020 - totaaloverzicht alle GGD'en		2.720	5.500		10.000



Digitale ondersteuning – rol en ontwikkelingen

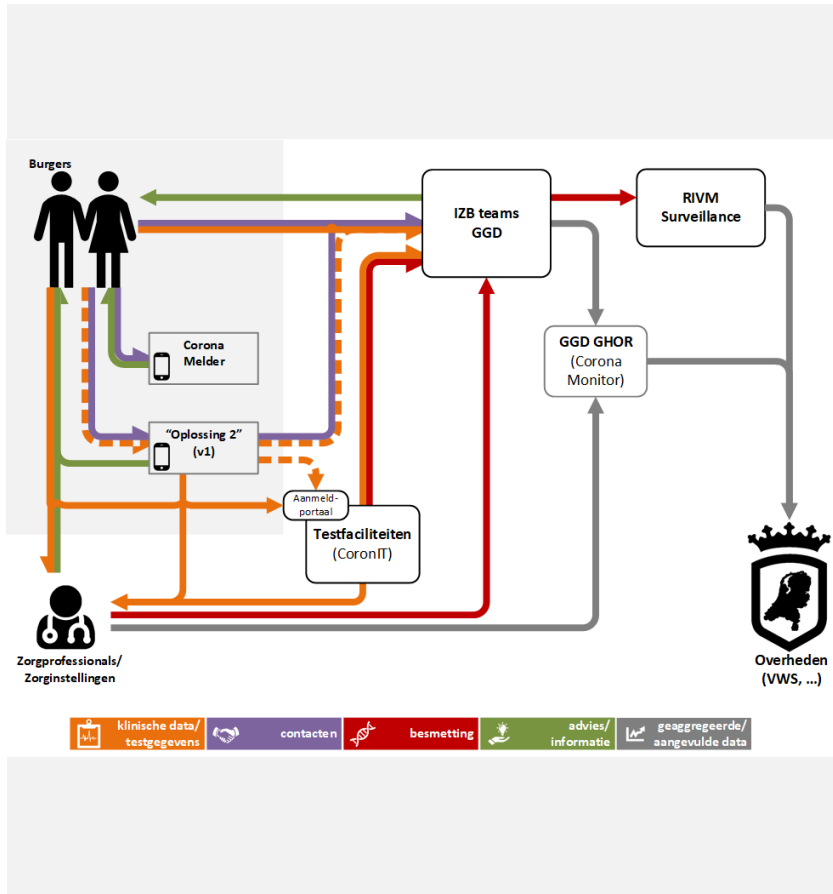
Digitale ondersteuning is ondersteunend aan de primaire GGD-corona processen, Testen en BCO. We richten ons hierbij op het beschikbaar maken en uitwisselen van de benodigde gegevens, waar we verschillende middelen voor inzetten.

De belangrijkste thema's op dit gebied zijn:

- App voor contactonderzoek, werknaam Thuisrapportage app (Oplossing 2). Deze app is bedoeld om het verzamelen van gegevens ten behoeve van BCO te versnellen en vereenvoudigen. Mensen die zich hebben aangemeld voor een test of positief getest zijn, worden gevraagd met deze app gegevens over hun contacten en contactmomenten te verzamelen. Deze gegevens worden vervolgens gedeeld met de GGD'en, waardoor het BCO efficiënter en effectiever start. Een eerste versie is gepland voor november 2020; daarna wordt de app incrementeel verder uitgebouwd.
- Operationeel opschalen van BCO. Dit omvat het organiseren en optimaliseren van de benodigde beheerprocessen om opschaling van BCO mogelijk te maken, zoals het verbeteren van de informatievoorziening ten behoeve van het inzet van BCO-professionals. Afweging over de inzet van aanvullende hulpmiddelen vindt continu plaats.
- CoronaMelder. Deze app stuurt een bericht als een persoon enige tijd in de buurt is geweest van iemand die besmet is met het coronavirus. De app geeft verder advies over wat dan het beste te doen. De app passen we toe als aanvulling op BCO in de GGD-processen, het beleid en het informatielandschap.
- Ondersteuning nieuwe BCO-medewerkers: de snelle ontwikkeling van capaciteit voor BCO vereist de inzet van nieuwe medewerkers. Deze moeten in korte tijd de werkinstructies en de administratieve handelingen leren. Om dit proces te versnellen en om fouten te voorkomen, zetten we ondersteunende IT-hulpmiddelen in.
- Borging van het beheerproces van digitale ondersteuning in de programmaorganisatie.



Digitale ondersteuning - acties



Activiteiten GGD GHOR Nederland:

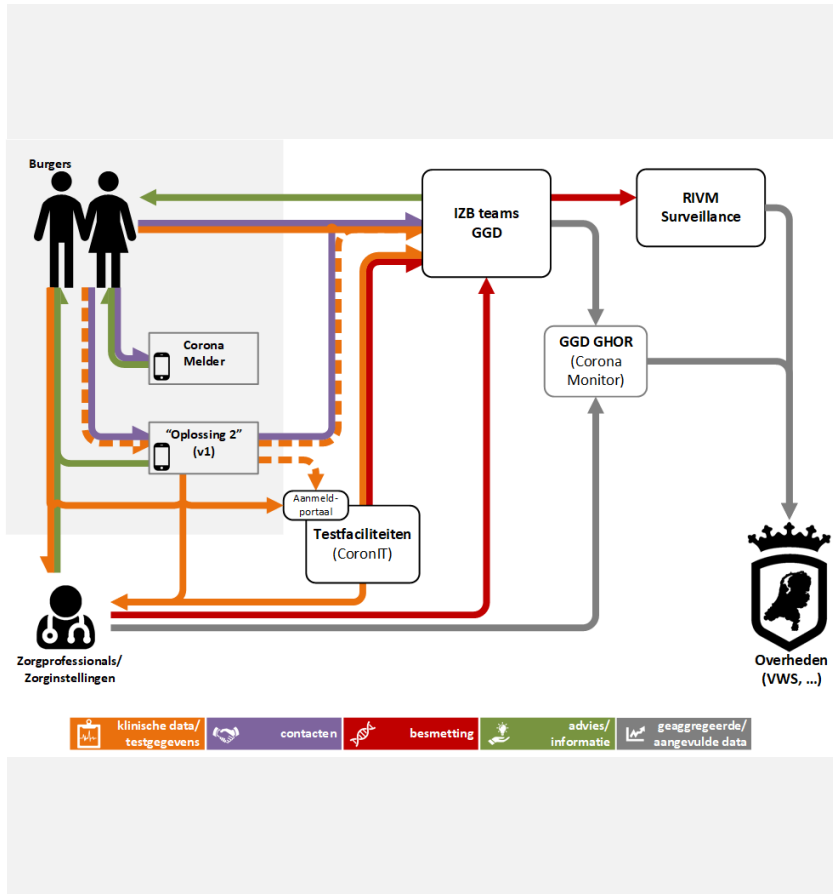
- Bijdragen aan de programma's van eisen CoronaMelder en "Thuisrapportage app (Oplossing 2)" en navolgende ontwerpvragestukken.
- Afstemming van inzet digitale hulpmiddelen met deskundigen uit de primaire GGD-processen, Testen en BCO.
- Aansluiting van callcentermedewerkers ten behoeve van BCO (met landelijke partners).
- Ondersteuning van nieuwe BCO-medewerkers.
- Integratie van losse applicaties in het informatielandschap, zodat er een compleet geheel ontstaat.

Tempo van de activiteiten (piketpalen):

- Begeleiding realisatie app "Thuisrapportage (Oplossing 2)" (continu, nov 2020 eerste versie).
- Uitbreiding ondersteuning nieuwe BCO-medewerkers (najaar 2020).
- Landelijke structuur beheer HPZone bestendigen.



Risico's en afhankelijkheden



Wat zijn de belangrijkste risico's/afhankelijkheden?

- Inrichten landelijke informatievoorziening verloopt in nauwe interactie met procesharmonisatie van de 25 GGD'en. Het succes van digitale innovatie is afhankelijk van het tempo waarin dit plaatsvindt.
- Betrokkenheid van GGD-professionals en andere partijen is essentieel bij de ontwikkeling van het informatielandschap. Een toenemende infectiedruk zal ertoe leiden dat de beschikbaarheid van deze professionals afneemt of verdwijnt.
- Aanpassingen in het beleid vergen inregeltijd in digitale randvoorwaarden en ICT systemen



Monitoring

Doel monitoring

Binnen GGD GHOR Nederland wordt een aantal performance-indicatoren gehanteerd om:

1. tijdig signalen op te vangen die duiden op een potentieel risico in de test- en BCO-keten, en
2. doelgericht te kunnen sturen op de uitvoering van Testen en BCO binnen de mogelijkheden van de GGD'en en de landelijke capaciteit.

Indicatoren

Naast een grotere set meer gedetailleerde indicatoren hanteert GGD GHOR Nederland de onderstaande indicatoren als basis voor haar monitoring, zowel op landelijk als regionaal niveau:

Testen:

- Het (wekelijkse) aantal afgenomen testen
- Het (wekelijkse) aantal en percentage positieve testresultaten
- Tijd tussen het inplannen van een afspraak in de teststraat en de uitslag; de streefnorm is 48 uur¹

BCO:

- Het (wekelijkse) aantal BCO-cases en percentage positieve uitslagen
- Percentage van de BCO-cases voor wie de contactinventarisatie tijdig (binnen 24 uur) is uitgevoerd
- Percentage van de categorie 1 en 2 BCO-contacten die tijdig (binnen 24 uur) bereikt zijn en een instructie hebben ontvangen