



Factsheet opschalingsplan Bron en contactonderzoek

Deze factsheet bevat een intern feitenrelaas. Dit document is een brondocument waarmee DPG'en en GGD GHOR Nederland allemaal dezelfde informatie hebben over hoe processen exact zijn gelopen. Dit document wordt later aangevuld met verhaallijnen die gebruikt kunnen worden bij woordvoering over bron- en contactonderzoek.

1. De aanloop naar het bco-opshalingsplan

- Het OMT adviseerde op 6 april jl. dat maatregelen gecontroleerd en geleidelijk versoepeld of opgeheven kunnen worden op het moment dat voldaan wordt aan een set van voorwaarden, waaronder dat er voldoende testcapaciteit is voor een systematisch testbeleid én voldoende capaciteit en mogelijkheden voor bron- en contactopsporing (BCO) beschikbaar zijn.
- Minister De Jonge maakt 7 april bekend een app in te willen zetten voor BCO, 11 april volgde de opdracht aan bedrijven, voor 14 april voorstellen indienen, 18-19 april appathon. Dit was een verrassing en het was onduidelijk wat het effect zou zijn op bco-werk GGD'en.
- Het OMT heeft op 20 april VWS geadviseerd een werkgroep op te richten voor vaststellen van voorwaarden voor bron- en contactopsporing.
- Onder leiding van portefeuillehouder (10)(2e) is op 1 mei jl. de stuurgroep 'Opschaling BCO' gestart waarin werd gewerkt aan een opschalingsplan.
- De minister heeft de portefeuillehouder gevraagd in de eerste week van mei een eerste beeld op te leveren dat inzicht geeft in de mate waarin opschaling moet plaatsvinden en de mogelijkheden van de GGD'en om dit te organiseren.

In het *concept-opshalingsplan* van begin mei ging het om 5 uur per bco en van 3 scenario's: 2-5-8% besmettingsgraad. Bij 5 uur per bco en 8% werd berekend dat ongeveer 3.200 fte nodig waren om het bco uit te voeren.

- Het opschalingsplan is voor akkoord voorgelegd aan de stuurgroep en na een toets bij alle GGD'en op 14 mei jl. voorgelegd aan de DPG'en. Het is ook besproken met de minister.
- Op 15 mei jl. is het definitieve plan opgeleverd ([websitebericht](#))
- Op 18 mei startte de landelijke programmaorganisatie corona.

In het *definitieve opshalingsplan* van 15 mei ging het om 5 uur per bco en 2 scenario's qua besmettingsgraad: een ondergrens van 2% en een bovengrens van 8%. Bij 5 uur per bco en 8% ging het om 2.400 bco's en er waren ongeveer 3.200 fte nodig om deze uit te voeren. De ondergrens (2%) was 600 bco en 800 fte.

- De minister heeft de Kamer gemeld in de [Kamerbrief van 19 mei](#) en het debat van 20 mei dat er voortaan na gebeld moet worden in een bco op dag 7 en 14.
- Na de aanbieding van het plan is het protocol vanaf 20 mei gewijzigd.
 - Telefonisch instrueren van nauwe contacten (in plaats van enkel schriftelijk) en het nabellen op dag 7 en 14 van nauwe contacten zijn toegevoegd.
 - Ook is op basis van de meest recente ervaringen het aantal contacten opgehoogd van 6 naar 7 contacten per BCO (1 index patiënt, 2 huisgenoten, 3 overige nauwe contacten, en 1 overig contact).



- Daarnaast is kritisch gekeken naar de scenario's. RIVM heeft altijd 5% genoemd als realistisch scenario en stelde dat er geen onderbouwing was van het 8% scenario.
 - De inschatting van de tijdsduur van een BCO is daar vervolgens op aangepast, van 5 naar 8 uur (zie laatste pagina voor beide berekeningen uren bco). Dat betekende een aanpassing van het opschalingsplan. Bij de berekening van de inzet (aantal fte) kwam er bij 5% en 8 uur per bco ook ongeveer 3.200 fte uit. Toevallig hetzelfde aantal als bij 5 uur en 8% besmetting. Dit is ook besproken met Hugo de Jonge.
 - Dit is op 22 mei in het plan verwerkt; Het bijgestelde plan is 24 mei door de DPG-raad vastgesteld. De DPG-raad geeft aan: het aantal bco dat voortvloeit uit 30.000 testen landelijk (waarvan 24.000 door de GGD'en) en 5% positieve testuitslagen is op dit moment nog niet haalbaar voor ons. Bij 14.000 testen is het wel haalbaar.
 - Het plan is 25 mei gepresenteerd in het overleg met de minister (in eerste instantie met 7,5 uur, later nog aangepast naar ongeveer 8 uur per bco). De minister gaf aan dat hij als uitgangspunt het getal van 30.000 wilde vasthouden, waarbij in het plan de risico's geschetst zouden worden.
 - Op 26 mei was duidelijk dat de alarmcentrales en het Rode Kruis niet op al 1 juni extra capaciteit konden leveren. Die knip hield in dat in de eerste twee weken niet met 3,8 uur / fte, maar met 7,2 uur / fte werd gerekend. Hierdoor waren er voor de eerste twee weken van juni 1.700 fte nodig. 1.100 te leveren door GGD'en, 600 door landelijke pool. Daarna zou de landelijk pool doorgroeien en konden we naar de 3.250 toewerken.
 - Op 26 mei hebben de minister van VWS, de GGD en GGD GHOR gesproken over het aangepaste plan. Daarin was de uitbreiding van het aantal uren per BCO en aanpassing van het verwachte besmettingspercentage verwerkt. Plus de knip dat de eerste paar weken met 7,2 uur / fte werd gerekend. In het aangepaste concept plan is dan ook uitgegaan van 30.000 testen per dag met een besmettingspercentage van 5%, dat betekent 1.500 BCO per dag (8 uur per BCO). Waarvoor uiteindelijk 3.250 fte is berekend.¹ Dit komt grotendeels overeen met het aantal fte (3.200) uit het concept opschalingsplan.
- Tijdens de tweede bijeenkomst met de minister is uitgebreid stilgestaan bij het realiteitsgehalte van de aannames, zowel het aantal testen (30.000) als het te verwachten besmettingspercentage. Na telefonisch overleg met het RIVM is gezamenlijk geconstateerd dat die aannames onwaarschijnlijk zijn en dat dus met lagere aantallen gestart kan worden. Die constatering was voor de minister van belang in de afweging of 1 juni ingangsdatum kon zijn.

In het overleg met de minister op 26 mei zijn uitdrukkelijk de onzekerheden benoemd. Er is dan ook geen toezegging gedaan wanneer deze aantallen gehaald zouden zijn. Er waren nog teveel afhankelijkheden zoals de capaciteit van CoronIT, Het technisch inregelen van HP Zone, de capaciteit aan medische supervisie, hoe de opleiding eruit zou komen te zien, welke organisaties ons zouden gaan ondersteunen etc.

Er is, in overleg met de minister, besloten te starten. Niet langer wachten en niks doen. En bijsturen wanneer dat nodig zou blijken. Het uitgangspunt was dat 30.000/5% weliswaar mogelijk was, maar niet erg waarschijnlijk, gezien eerdere ervaring. Er is gemeld dat de GGD'en aantallen boven de 1.000

In het *bijgestelde opschalingsplan* van eind mei ging het om 8 uur per bco en van een percentage positieve testen van 5%. RIVM heeft altijd 5% genoemd als realistisch scenario. Bij 8 uur per bco en 5% werd berekend dat dit leidde tot 1.500 bco en de berekeningen lieten zien dat er ook in dit scenario ongeveer 3.250 fte nodig waren om deze uit te voeren (ongeveer 1.250 fte regionale opschaling en 2.000 fte landelijke capaciteit).

¹ De berekening is van McKinsey en is de volgende: ongeveer 8 uur per bco leidt tot een productieve norm van 3,6 tot 3,8 uur per dag. Doordat je 7 dagen per week werkt. Voor 600 bco heb je dus $(600 \times 8) / 3,8 = 1.263$ fte nodig. Dit is afgerond naar ongeveer 1250 fte.



BCO in het *uiterste* geval 2 weken konden volhouden, dat dat heel onwenselijk zou zijn, en er dus tijdig ingegrepen zou moeten worden als het die kant op zou gaan.

- Op 29 mei stond op www.ggdghor.nl de samenwerking met Rode Kruis en Alarmcentrales.

2. Implementatie van het opschalingsplan

- 29 mei is 850 fte uitgevraagd bij de Alarmcentrales (800 fte) en Rode Kruis (50 fte) en hierop zijn Letters of Intent gemaakt. Voor de landelijke capaciteit was uitgegaan van een basis van 400 fte en een direct inzetbare piekcapaciteit van nog eens 400 fte. De overige 1.150 fte kon naar gelang de besmettingen zouden oplopen, ingezet worden. Er is een opschalingsplan gemaakt voor wanneer deze 1.150 fte actief zouden kunnen zijn (doorlooptijd): 2 weken werving en selectie, 2 weken intensieve opleiding.
- Op 9 juni is er een capaciteitsverdelingsteam en zijn er al met 18 van de 25 regio's afspraken over het hebben en houden van inzicht in hun beschikbare capaciteit. Bij andere regio's ontstaat er binnenkort mogelijkheid om afspraken te maken over delen van inzichten.
- Vanaf 10 juni worden regio's die tekort aan bco's hebben gekoppeld aan regio's waar meer dan voldoende of zelfs te veel bco's zijn.
- 25 juni: in de technische briefing meldt Sjaak: in 99% van de gevallen zijn binnen 24 uur alle contacten van de index in kaart. Gemiddeld 2,7 nauwe contacten en dit aantal stijgt.

• Temporiseren opschaling

Vlak na de afronding van het opschalingsplan bleek dat het aantal besmettingen en dus bron- en contactonderzoeken veel lager lag dan verwacht en dat het opschalen tot de afgesproken capaciteit niet zinvol en niet haalbaar was (vanwege het ontbreken van de voor bco noodzakelijke goede praktijkopleiding).

- 26 juni: temporisering van de opschaling en besluit DPG'en tot dynamisch opschalingsmodel (geen nieuwe norm/opdracht):

- Iedere regio organiseert 2% opschalingscapaciteit: het aantal mensen in de basis moet zo groot worden dat wanneer nood aan de man komt, in korte tijd opgeschaald kan worden naar afgesproken norm-niveau
- Elke regio treft benodigde voorbereiding om die opschaling snel te kunnen doen wanneer het nodig is.
- landelijk worden vanuit dezelfde redenatie en aanpak nu 200 BCO-medewerkers klaar gestoomd (en ingezet op verdere kwaliteitsverbetering bij deze groep) en staan nog ruim 400 medewerkers klaar om opgeleid te worden
- elke regio levert een ervaren bco-medewerker als coach / trainer on the job

Dit getal laat zien van hoeveel mensen gisteren per 100.000 inwoners gemeld is dat ze positief getest zijn en COVID-19 hebben.



- Vanaf de tweede helft juni is een eerste groep getrainde mensen beschikbaar in het BCO-belcentrum van de SOS Alarmcentrale met het Rode Kruis.
- Uiteindelijk is er op 28 juni een dienstverleningsovereenkomst met VWS gesloten voor 2% en 5%. De 8% is daarin niet opgenomen. 2% (regionale opschaling tot 1.200 fte ongeveer) en 5% (aanvullende landelijke opschaling tot 2.000 fte). Goed voor max 1.500 bco per dag voor de periode tot en met augustus. Vanwege het beperkte aantal positieven (en dus BCO) is op



verzoek van VWS de basiscapaciteit naar beneden bijgesteld van 850 naar 550 fte (ca 700 mensen). Dit aantal is vastgelegd in deze dienstverleningsovereenkomst met VWS.

- Op 3 juli stond op de ggd ghor-[website](#): Ruim voldoende capaciteit bron- en contactonderzoek, nu geen extra capaciteit nodig
 - 7 juli: presentatie aan de minister waarin staat dat de beperkte aantallen BCO's nopen tot slimme, getemporeerde opschaling. Bij acute opschaling kunnen in 2 weken 960 mensen worden opgeleid. Landelijk zijn nu 120 mensen opgeleid. Om opschaling van 960 extra medewerkers in 2 weken mogelijk te maken zijn er in de basisformatie 196 ervaren mensen nodig. Daar zou deze zomer voor gebruikt worden. Er stonden toen landelijk 550 fte (700 mensen) klaar, maar er waren geen BCO's om hen verder te voorzien van de praktijkopleiding (de basisopleiding, de e-learning en de online training, waren door alle 550 fte doorlopen).
 - 21 juli: Model om zowel landelijk en regionaal tegelijk op te leiden. Opleiden op basis van simulatie-casusistiek is uitgedacht en ontwikkeld
- **Toename besmettingen: een nieuwe situatie**
 - Het aantal positieve testen en dus ook bco nam snel toe. In week 30 was het aantal positieve testen 1.094 (0,97%) en dit liep op naar 2.348 positieve testen (1,95%) de week erna en 3.810 (3,34%) in week 31 (22 juli was de persconferentie).



Ervaringen met het BCO tijdens opleving virus

- Een aantal GGD'en ziet dat het aantal contacten van besmette patiënten veel hoger ligt dan verwacht en in vergelijking met het begin van de uitbraak. Mensen houden zich onvoldoende aan de 1,5 meter maatregel.
- In ruim 90% van de positieve testuitslagen is binnen 24 uur na de melding bij de GGD contact gezocht met de indexpatiënt en de contactinventarisatie afgerond (in een klein aantal gevallen komt het voor dat de indexpatiënt niet direct bereikbaar is).
- Ook waren er signalen uit enkele regio's dat BCO complexer is geworden: Er is minder angst voor het virus en mogelijk daardoor minder medewerking bij het BCO dan aan het begin van de uitbraak. Door de verspreiding van het virus onder de algemene bevolking is er minder sprake van afgekaderde groepen zoals aan het begin van de uitbraak. Bij de uitvoering van het BCO is ook meer tijd nodig voor uitleg en vertaling dan was voorzien.
- Aan het begin van de crisis werd het BCO uitgevoerd door ervaren artsen en verpleegkundigen van de GGD. Het werken met nieuw opgeleide bron- en contactonderzoekers vergt meer supervisie van artsen en hieraan bleek een tekort.

- Op 23 juli deelde GGD Rotterdam een memo met VWS dat oorspronkelijk voor hun lokale bestuur bedoeld was. Hierin stond dat het aantal besmettingen zo snel opliep dat het contactonderzoek niet meer volgens de „landelijke standaarden” uitgevoerd kon worden.



- Op 5 augustus geeft GGD GHOR Nederland een [signaal](#) af dat mensen zich niet aan de regels houden en dat het daarom voor de GGD'en 'dweilen met de kraan open is'.
- Op 5 augustus heeft het RIVM een herzien protocol voor het BCO gepubliceerd. Het betreft hier *Verduidelijking quarantainebeleid voor kinderen als 'overige nauwe contacten'*: leeftijd 4 t/m 12 jaar in plaats van ≤ 12 jaar.
- Nadat de besmettingen toenamen, is 5 augustus de formele opdracht gegeven door GGD GHOR aan de landelijke uitvoeringspartners om op te schalen met 500 fte bovenop de afgesproken 550. Naar verwachten lukt het de partijen binnen ongeveer 3 weken om deze mensen te werven. Daarna worden deze mensen allemaal opgeleid en dit proces is in volle gang. Elke week kunnen er 1.000 mensen opgeleid worden via de ontwikkelde e-learning. Op 1 september zijn er 1.000 mensen die klaar zijn om ingezet te worden in het bco-proces.
- Op 7 augustus kwam de [Kamerbrief](#) en later die dag wordt bekend in de media dat GGD Amsterdam ([persbericht](#)) en Rotterdam ([nieuwsbericht](#)) een aangepaste variant van bron- en contactonderzoek uitvoeren. Deze beslissing is genomen in goed overleg met het RIVM.
- In overleg met VWS wordt op 8 augustus door GGD GHOR besloten om de landelijke BCO capaciteit maximaal uit te breiden naar 2000 FTE.
- de formele opdracht aan Alarmcentrales en Rode Kruis voor de resterende opschaling naar 2.000 fte (de laatste 950 fte) is op zondag 9 augustus gegeven.
- Op zondag 9 augustus startte GGD GHOR Nederland met een herijking van het opschalingsplan: het capaciteitsplan bco, op verzoek van VWS n.a.v. de aandacht voor de werkwijze rond BCO in Amsterdam en Rotterdam. VWS bevestigde per brief dat er een versnelling van het opschalingsplan moest komen.

In het *herijkte opschalingsplan/capaciteitsplan bco* van augustus staat dat iedere GGD regionaal is opgeschaald. Per 1 september is 1.200 fte beschikbaar en er wordt opgeplust naar minimaal 1.350 fte in september. Landelijk is er in week 34 550 fte beschikbaar en in de loop van week 36 1.050 fte. Beschikbaar betekent in dit geval dat een deel (950 fte) volledig is opgeleid en een deel (100 fte) alleen de basisopleiding heeft. Daarna nog 950 fte erbij tot landelijk 2.000 fte. De landelijke en regionale capaciteit is dan begin oktober 3.250 fte over het hele land.

- Op 10 augustus werd er met de DPG'en gesproken over het opschalingplan. In sommige regio's lopen GGD'en tegen meer hobbels aan dan gedacht, zie bijlage 'stand van zaken regionale GGD'en'. Nergens leidde dit tot een situatie waarbij het bco-traject niet werd opgestart.
- Op 10 augustus is Defensie verzocht om bijstand te leveren in het bco-proces in de vorm van medische ondersteuning voor medisch supervisieproces en plannings- en coördinatiecapaciteit. Het formele verzoek ging naar VWS op 13 augustus. Dit is geaccordeerd door de minister.
- Vanaf 10 augustus zijn eet- en drinkgelegenheden verplicht om reserveringsgegevens te vragen van hun bezoekers ten behoeve van BCO door de GGD'en. Bezoekers zijn hiertoe niet verplicht en mogen ook niet worden geweigerd als zij hun gegevens niet willen afstaan.
- 11 augustus: [Kamerbrief](#) met stand van zaken versterken bron- en contactonderzoek coronavirus en invoeren verplichte quarantaine
- 12 augustus: Kamerbrief met reactie op opschalingsplan bron- en contactonderzoek door GGD GHOR Nederland. Tijdens het debat in de Tweede Kamer op 12 augustus gaf de minister De Jonge aan dat er een herijkte opschalingsplan moest komen.



- 12 augustus ging ook het webportal CoronIT live: dit portal helpt in het verkorten van de doorlooptijden. Overigens bleef de capaciteit van de callcenters hetzelfde. Het webportal is aanvullend.
- 17 augustus: In de Kamerbrief stond dat GGD'en iedereen (asymptotisch) testen uit de oranje/rode reisbestemmingen terwijl door GGD GHOR Nederland op 11 augustus aangegeven was dat dit niet mogelijk was en ons akkoord op een pilot.
- 17 augustus: start pilot CoronaMelder app (inclusief a-symptotisch testen)
- De 550 FTE landelijke capaciteit zijn ongeveer 700 mensen. Van die capaciteit wordt sinds begin augustus door de regio's ongeveer 200 medewerkers per dag uitgevraagd. Alle mensen hebben de basisopleiding gedaan (e-learning, online module en training gesprekstechnieken). Een deel van de mensen is ingezet op BCO en/of heeft ervaring opgedaan met fictieve casussen, ontwikkeld door NSPOH i.s.m. GGD Limburg Zuid. Dat zijn ca 300 mensen.
- Op 20 augustus waren er de weken ervoor in totaal ruim 400 medewerkers ingezet waarvan een deel nog aan het werk is (daarvan zijn er ruim 200 medewerkers ingezet op afgeronde aanvragen van GGD'en)

Bijlagen

- Het opschalingsplan (+ werkwijze totstandkoming) 15 mei 2020
- Nadere informatie over stand van zaken regionale opschaling (+werkwijze)
- Berekening uren bco
- Beknopte tijdlijn



Bijlage 1 Het opschalingsplan van 15 mei 2020

Het plan beschreef hoe de gezamenlijke GGD'en in Nederland het BCO gaan opschalen en verder uitrollen. Het plan bestond uit drie componenten:

- a. een inschatting van wat het protocol voor BCO vraagt aan personele inzet
- b. een inschatting van de benodigde capaciteit om het BCO uit te kunnen voeren
- c. de wijze waarop deze capaciteit wordt gerealiseerd, het opschalingsmodel.

Het kabinet heeft als belangrijke randvoorwaarde gesteld dat mensen zich aan gedragsregels blijven houden om daarmee een snelle verspreiding van het virus te voorkomen. Dat mensen zich houden aan deze uitgangspunten was de belangrijkste voorwaarde voor de houdbaarheid van dit plan. En een belangrijke voorwaarde waar we van uit gingen was de routekaart van het kabinet die er op dat moment niet in voorzag dat we op 1 juli veel maatregelen zouden loslaten waardoor er weer veel contacten onderling ontstonden. Het plan had een horizon tot 1 september 2020, met een voorzichtige vooruitblik naar het najaar. Voor de periode na 1 september zal er weer een herijking moeten komen op basis van nieuwe scenario's.

Werkwijze totstandkoming:

- a. BCO proces en ureninschatting:
 - Het RIVM heeft het protocol bron- en contactonderzoek COVID-19 opgesteld. Dit protocol is leidend voor de uitvoering. Op basis van dit protocol heeft de werkgroep – bestaande uit IZB professionals en management – de BCO-processtappen in kaart gebracht en een inschatting gemaakt van de tijdsduur en de benodigde expertise, training en materialen. Het aantal uren is vastgesteld door nauwkeurig alle stappen in het bco te bekijken en de tijd in te schatten en niet door uit te gaan van een standaardnorm zoals de ECDC-norm.
 - Het Nederlands protocol voor BCO is in lijn met de internationale richtlijnen, met het onderscheid tussen huisgenoten en overige nauwe contacten is het Nederlands protocol zelfs strenger. De WHO adviseert geïdentificeerde contacten dagelijks na te bellen. De ECDC geeft bij de vertaling van de WHO-richtlijn ruimte voor landen om de monitoring anders in te richten. In Nederland worden contacten dus op dag 1, 7 en 14 gebeld.
 - De inschatting van het aantal uur is mede gebaseerd op het verwachte aantal contacten dat een patiënt heeft gehad. Initieel – voor het plan van 15 mei – is uitgegaan van: 6 contacten per BCO (1 index patiënt, 2 huisgenoten, 2 overige nauwe contacten, en 1 overige contact), wat sterk afhankelijk is van de contactbeperkende maatregelen die de overheid stelt. De inschatting van het aantal contacten was mede ingegeven door ervaringen aan het begin van de uitbraak van COVID-19. Verwacht werd dat gemiddeld 2.3 contacten klachten ontwikkelen en de GGD bellen voor een test. Bij de inschatting is tevens uitgegaan van schriftelijk in plaats van telefonisch contact voor nauwe en overige contacten. NB De tijdsinschatting is een gemiddelde en exclusief de verpleegkundige ondersteuning.
- b. Inschatting benodigde capaciteit:

Hoeveel BCO er precies moet worden uitgevoerd is van veel zaken afhankelijk, waaronder het aantal mensen dat klachten ontwikkelt en het aantal positieve uitslagen. Er zijn twee scenario's berekend, met een bovengrens en een ondergrens op basis van het maximale aantal testen dat beschikbaar is (30.000 per dag) en een percentage positieve testen (2% ondergrens; 8% bovengrens).
- c. Opschalingsmodel:

Met het opschalingsmodel werd beoogd maximaal voorbereid te zijn zodat er snel veel extra capaciteit beschikbaar zou komen zodra dat nodig werd. De gedachte daarbij was



dat de GGD-regio's voorzien in minimaal de ondergrens en landelijk de capaciteit tot de bovengrens regelen. Dit is regionaal 2% dus 600 bco dus 800 fte. De GGD'en hebben daarvoor hun regionale opschalingsplannen gedeeld. Daarnaast zou er een landelijke faciliteit georganiseerd worden van waaruit de bron- en contact-onderzoeken worden uitgevoerd en een landelijk centraal coördinatiepunt. Samenwerkingspartners zouden zorgdragen voor de benodigde, additionele landelijke capaciteit.



Bijlage 2

Nadere informatie over stand van zaken regionale opschaling en afspraken werkwijze

- **Stand van zaken bij de regionale GGD'en**
 - Sommige GGD'en komen meer hobbels op de weg tegen dan verwacht bij het opschalen. Een voorbeeld: het opleiden van de benodigde mensen is erg lastig wanneer er nauwelijks besmettingen zijn waar mensen praktijkervaring op kunnen doen met het uitvoeren van bron- en contactonderzoek. Simulaties zijn niet voldoende. En dit gold zeker toen er tegelijkertijd zowel regionaal als landelijk er heel veel mensen opgeleid moesten worden.
 - Met de GGD'en is afgesproken dat zij capaciteit inrichten voor BCO voor 2% van 30.000 testen. Alles daarboven wordt door de landelijke capaciteit gedaan. Vanuit de landelijke capaciteit wordt ondersteuning geboden tot de regio's zijn opgeschaald.
 - Er zijn grote regionale verschillen in het aantal meldingen van COVID-19. Het aantal meldingen het hoogst in provincie Zuid-Holland, gevolgd door Noord-Holland en Noord-Brabant. Binnen Noord-Brabant komen de meeste meldingen uit het westen².
 - GGD Amsterdam en GGD Rotterdam kregen inmiddels te maken met een snelle en onverwachte stijging van het aantal besmettingen en dus bron- en contactonderzoeken. Zij kozen tijdelijk voor een risicogestuurde aanpak van het bco. Deze werkwijze hield in dat na het eerste uitgebreide gesprek van de GGD met een besmet persoon, een deel van de patiënten gevraagd werd om zelf zijn of haar contacten te informeren. Bij risicogroepen deed de GGD dit altijd nog steeds zelf.
 - Deze keuze is gemaakt om de periode te overbruggen die nodig was voor een snelle opschaling. Inmiddels zijn er steeds minder patiënten, die gevraagd worden om hun eigen nauwe contacten te bellen, maar dat dit wordt gedaan door professionals van het landelijk team. Ook hier geldt dat risicosturing bepaalt, welke terugbelacties met voorrang worden opgepakt. Naar verwachting wordt vanaf volgende week het regulier proces weer helemaal stak uitgevoerd. Waardoor kon deze situatie ontstaan?
 - Zij hadden op dat moment niet per direct de capaciteit om bron- en contactonderzoek op de gebruikelijke wijze uit te voeren.
 - Landelijk was er capaciteit beschikbaar, maar deze nieuwe werkwijze was nog geen automatisme. Daardoor werd deze te laat ingezet.
- **Werkprocessen en -instructies**
 - Er is een werkproces afgesproken voor de overdracht van BCO van de regionale GGD naar de landelijke capaciteit en een taakverdeling.
 - Er is een werkinstructie voor de uitvoering van het BCO door de landelijke BCO medewerkers ontwikkeld.
 - De landelijke werkinstructie wordt wekelijks onderhouden door een werkgroep op basis van de bevindingen uit de praktijk.
- **Technische voorzieningen voor dossierregistratie en autorisatie**
 - Er is een specifieke software omgeving (HPZoneLite) ten behoeve van de BCO dossiers ontwikkeld. Op basis van pilots bij 5 GGD'en is een definitieve versie opgeleverd.
 - De toegang voor landelijke partners (op persoonsniveau) i.g.v. noodzakelijke ondersteuning, is uitsluitend mogelijk na toestemming door elke individuele GGD.
 - De technische realisatie om GGD'en elkaar te kunnen laten ondersteunen is gereed.

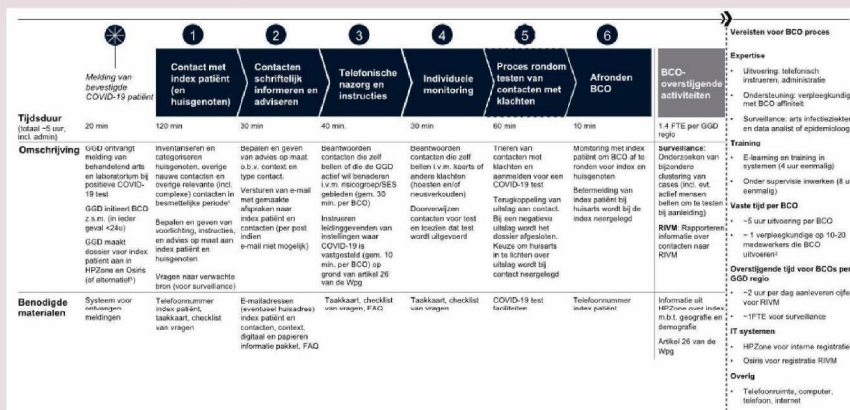
² <https://www.rivm.nl/nieuws/stijgende-trend-vastgestelde-besmettingen-covid-19-zet-door>



- Begin augustus: het overzetten van interne medewerkers vanuit de huidige IZB omgeving (HPZone) naar de specifieke Covid-19 dossier omgeving (HPZoneLite).
- Opleiden en trainen van landelijke BCO medewerkers
- Met de NSPOH is een opleidingsproces ontwikkeld bestaande uit: Zelfstudie (max. 10 uur), Training Inhoud & achtergrond (1,5 uur), Training on-the-job (3 dagen) en Training Gespreksvaardigheden (3 uur).
- Er is een toolkit beschikbaar met werkinstructies, een vragenformulier, Q&A en een stroomschema voor het indelen van contacten.
- De landelijke BCO capaciteit werkt met trainers-on-the-job, verpleegkundigen, BCO gesprekscoaches en BCO medewerkers. Trainers on the job leiden landelijke BCO medewerkers en gesprekscoaches op in de opleidingsstraten van Rode Kruis en de alarmcentrales.
- Afspraken over intercollegiale bijstand
- Alle GGD'en hebben minimaal het eigen aandeel van 2% BCO op 30.000 testen klaar staan. Capaciteit die overblijft is beschikbaar aan andere regio's waar een tekort ontstaat.
- Er zijn spelregels afgesproken voor het uitlenen van BCO-capaciteit. Een capaciteitsverdelingsteam met afgevaardigden vanuit de GGD'en hield zicht op en ondersteunde de uitwisseling.
- Als gevolg van grote regionale verschillen in aantal besmettingen zijn er regio's die onderlinge hulp verleenden aan regio's met relatief veel besmettingen. Eind juli en begin augustus hielpen 8 regio's met relatief weinig besmettingen de drukke regio's via onderlinge hulp, vaak ook met medische supervisie. GGD'en Groningen, Drenthe, IJsselland, Noord en Oost Gelderland, Twente, Zuid-Limburg, Fryslân en Brabant-Zuidoost sprongen allen al bij in drukke regio's.

Berekening uren bco

Opschaltungsplan 15 mei:

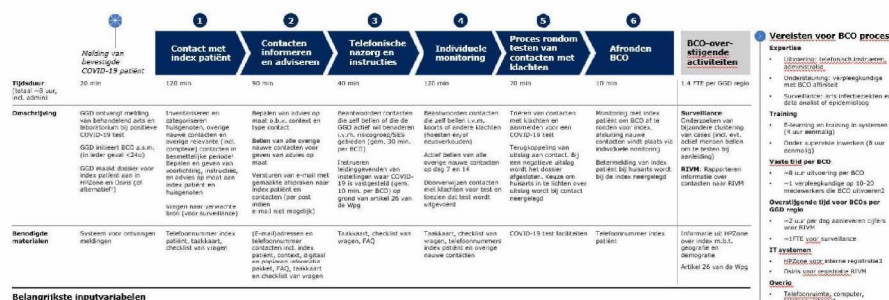


- 1 De besmettelijke periode begint 2 dagen voor start van de klachten, en eindigt als de patiënt 24 uur klachtenvrij is en minimaal 7 dagen na start symptomen;
 2 Afhankelijk van medische achtergrond BCO team;
 3 Twee GGDen gebruiken een alternatief voor HPZone

Bijgesteld versie

Zoals ontwikkeld in de werkgroep werkprocessen in mei 2020

Het kost ~8 uur om een BCO proces uit te voeren, excl. verpleegkundige ondersteuning, surveillance en RIVM rapportage



Belangrijke inputvariabelen

- 7 contacten per BCO (1 index patiënt, 2 huisgenoten, 3 overige nauwe contacten, en 1 overig contact); sterk afhankelijk van contactbeperkende maatregelen overheid
- Gemiddeld 2,8 contacten (op basis van bovenstaande verdeling) die klachten ontwikkelen en de GGD bellen voor een test
- Contactwijze en -methode: telefonisch en schriftelijk contact voor nauwe contacten en schriftelijk contact voor overige contacten; tijdsbesteding gemeten in bruto uren (d.w.z. incl. tijd dat contacten niet bereikt kunnen worden) maar zonder pauzes

1. De besmettelijke periode begint 2 dagen voor start van de klachten, en eindigt als de patiënt 24 uur klachtenvrij is en minimaal 7 dagen na start symptomen.
 2. Afhankelijk van medische achtergrond BCO team.
 3. Twee GGDen gebruiken een alternatief voor HPZone

Bron: Protocol bron- en contactonderzoek COVID-19, versie 20-05-2020; Interview met GGD GHOR en regionaal GGD's.

