



**Evaluatie pilot grootschalig risicogericht testen
op het coronavirus:
implementatie, kosten(effectiviteit)
en ethische aspecten**

Julius Centrum, UMC Utrecht
April 2021



Samenvatting

a. naam van de auteur(s)

Onderzoeksvraag 1: 5.1.2e 5.1.2e 1.2e
 Onderzoeksvraag 2: 5.1.2e
 5.1.2e
 Onderzoeksvraag 3: 5.1.2e
 Overige auteurs/onderzoekers: 5.1.2e, 5.1.2e
 5.1.2e.

b. Betrokken partijen

Julius Centrum, UMCU
 Afdelingen: THINC., Medical Humanities en Public Health

c. plaats, datum en jaar

Utrecht, 15-04-2021

d. Beschrijving onderzoeksvragen

Vraag 1: Hoe ziet de implementatie van het grootschalig risicogericht testen eruit?

Subvraag 1a: Welke middelen, mensen, processen en interventies zijn ingezet?

Subvraag 1b: Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn ervaren door professionals?

Subvraag 1c: Wat zijn redenen voor professionals en inwoners om wel of niet deel te nemen aan de pilot?

Vraag 2: Welke extra kosten bracht de aanpak van het grootschalig risicogericht testen met zich mee en hoe verhouden deze gevonden kosten zich tot de effecten?

Subvraag 2a: Hoe verhouden de verschillende kostenposten zich in de pilot grootschalig risicogericht testen ten opzichte van regulier testen?

Subvraag 2b: Hoe verhouden de kosten zich tot het aantal extra afgenomen testen?

Subvraag 2c: Hoe verhouden de kosten zich tot het aantal extra positieve personen (indexen)?

Subvraag 2d: Hoe verhouden de kosten zich tot het aantal extra aantal isolaties en quarantaines?

Vraag 3: Welke ethische en juridische factoren spelen en dienen geadresseerd te worden bij toekomstige implementatie van grootschalig risicogericht testen?

e. Korte beschrijving methode en onderzoeksample

Vraag 1: Hoe ziet de implementatie van het grootschalig risicogericht testen eruit?

Er werden individuele, semi-gestructureerde interviews uitgevoerd met acht professionals van de gemeente Bunschoten en de GGD en drie inwoners. Dit waren inwoners die niet aan de pilot wilden deelnemen.



Vraag 2: Welke extra kosten bracht de aanpak van het grootschalig risicogericht testen met zich mee en hoe verhouden deze gevonden kosten zich tot de effecten?

De gemaakte kosten zijn in kaart gebracht door o.a. interviews met betrokkenen (expert opinions), informatie uit documenten (zoals kostenramingen) en/of inschattingen van experts. De gemaakte kosten binnen dezelfde periode indien doorgegaan was met regulier testen zijn gemodelleerd. Het kostenverschil is gekoppeld aan uitkomstmaten zoals, extra aantal testen, extra aantal positieve testen, extra aantal isolaties en extra aantal quarantaines.

Vraag 3:

Er zijn twee online expertmeetings georganiseerd met in totaal 15 experts op het gebied van grootschalig risicogericht testen in combinatie met ethici en juristen om zo ethische aspecten van grootschalig risicogericht testen te identificeren.

f. Korte beschrijving resultaat en discussie

Vraag 1: Hoe ziet de implementatie van het grootschalig risicogericht testen eruit?

Subvraag 1a: Door professionals werden op het gebied van middelen, mensen, processen en interventies verschillende aspecten genoemd die nodig waren bij de opzet en uitvoering van het grootschalig risicogericht testen en het bron- en contactonderzoek. Daarnaast werd er een communicatiecampagne omtrent de pilot opgezet en uitgevoerd.

Subvraag 1b: Door professionals werden verschillende factoren op het gebied van de pilot zelf, de professionals, de inwoners, de sociale context, de organisatorische context en de politieke context en externe invloeden genoemd die het succes van de pilot hebben bevorderd of belemmerd.

Subvraag 1c: Door professionals werden redenen genoemd op het gebied van relatiemanagement en tijdsinvestering. Door inwoners werden redenen genoemd op het gebied van de betrouwbaarheid van de test, het vertrouwen in de overheid en het overheidsbeleid.

Vraag 2: Welke extra kosten bracht de aanpak van het grootschalig risicogericht testen met zich mee en hoe verhouden deze gevonden kosten zich tot de effecten?

Bunschoten

De meerkosten van grootschalig risicogericht testen (GRT) in de regio Bunschoten worden geschat op 1.5 miljoen euro (range 1.3 tot 1.8 miljoen euro). Dit komt neer op ongeveer €173 voor iedere extra afgenomen test (range €150 – €220), €5,000 voor iedere extra gevonden positief geteste persoon ('index') (range €3,500 – €7,600), €6,800 voor iedere extra index die in isolatie gaat (range €4,800 – €11,000) en €3,400 per extra quarantaine van de contacten van een index (range €2,300 – €5,900).

Dronten

De meerkosten van RGT in de regio Dronten worden geschat op 2.1



miljoen euro (range 1.6 tot 2.5 miljoen euro). Dit komt neer op ongeveer €145 voor iedere extra afgenomen test (range €130 – €210). Door de lage besmettingsgraad vallen de kosten extra gevonden positief geteste persoon ('index') ergens tussen de €21,000 en €200,000.

Discussie

De kosten zijn voornamelijk hoger in de pilots GRT door eenmalige opstartkosten en door een hogere afname in het aantal tests, waardoor hogere test analyse kosten betaald zijn en meer personeel en testlijnen zijn ingezet. De test analyse kosten en de personele kosten op de testlijnen zijn samen goed voor ruim twee derde van alle kosten in beide regio's. Wat daarnaast opvalt is dat de personeelskosten per test zijn toegenomen binnen de pilots GRT vergeleken met regulier testen. Dit is te verklaren door minder effectieve bezetting op de testlijnen tijdens de pilot grootschalig risicogericht testen vergeleken met regulier testen

De kosten per extra uitgevoerde test zijn ongeveer vergelijkbaar in beide regio's (€173 Bunschoten, €145 Dronten). In Dronten zijn deze iets lager door uitvoeren van meer testen (18,364 in Dronten versus 12,846 in Bunschoten) en iets efficiëntere bezetting op de testlijnen. De kosten per extra positieve persoon (index) zijn echter lager in Bunschoten, dit is te verklaren door een hoger aandeel positieve testen in Bunschoten ten opzichte van Dronten (5.2% versus 1.5%).

De kosten per test kunnen verlaagd worden door een betere bezetting op de testlijnen. De kosten per extra positieve persoon kunnen aanvullend verlaagd worden door in gebieden met een hogere besmettingsgraad te opereren.

Vraag 3: Welke ethische en juridische factoren spelen en dienen geadresseerd te worden bij toekomstige implementatie van grootschalig risicogericht testen`

Uit de expertmeetings komen de volgende ethische thema's naar voren: (1) onduidelijkheid over de wettelijke en ethische kaders, (2) onzekerheid over de vraag of de belasting en risico's van grootschalig risico gericht testen wel in verhouding staan tot de meerwaarde van de inzet van dit instrument bij het afnemen van de coronapandemie, (3) behoefte aan meer duidelijkheid rondom de informatieverstrekking, en (4) diverse thema's rondom rechtvaardigheid.



Inhoudsopgave

1. Introductie	6
2. Methode	7
3. Resultaten	17
4. Discussie	40
5. Eerste lessen opschaalbaarheid en advies	44
6. Bijlagen	49



1. Introductie

In onder andere de gemeente Bunschoten en Dronten zijn *pilots grootschalig risicogericht testen* uitgevoerd. Het doel in de 6-weken durende pilots is dat zoveel mogelijk mensen zich laten testen op coronavirus SARS-CoV-2 (hierna: het coronavirus of corona), ongeacht of zij klachten ervaren en ongeacht of zij in de nabijheid zijn geweest van iemand die coronapositief was. Als blijkt dat iemand zonder klachten coronapositief is, dan is het doel dat de leefregels van het RIVM worden nageleefd, waaronder thuisisolatie en quarantaine voor huisgenoten. De pilotregio's hebben een lokale aanpak geïmplementeerd om deze doelen te bereiken en mogelijk te maken, zoals het uitbreiden van aantal testlocaties en het implementeren van gedragsinterventies.

In de pilotregio's Bunschoten en Dronten zijn verschillende deelonderzoeken uitgevoerd. Het Julius Centrum (UMC Utrecht) heeft hierbij voornamelijk gekeken naar het proces van de uitvoering van het grootschalig risicogericht testen. Het doel was, ten eerste, om een beschrijving te bieden van de aanpak en zaken die de uitvoering van de aanpak hebben gehinderd of hebben geholpen. Ten tweede was het doel om inzicht te bieden in de kosten die het grootschalig risicogericht testen met zich mee hebben gebracht, afgezet tegen de effecten. Ten derde was het doel om inzicht te bieden in ethische aspecten en juridische aspecten die mogelijk samenhangen met grootschalig risicogericht testen in z'n algemeenheid. Deze inzichten dragen bij aan het identificeren van geleerde lessen en het bieden van overwegingen of grootschalig risicogericht testen ook buiten deze pilots geïmplementeerd kan worden en zo ja, onder welke voorwaarden. De activiteiten van het Julius Centrum zijn opgezet om drie vragen te beantwoorden. Hierbij is vraag 1 beantwoord voor alleen de implementatie van grootschalig risicogericht testen in Bunschoten. Vraag 2 is beantwoord voor zowel Bunschoten als Dronten. Vraag 3 overstijgt de context van specifieke pilotregio's. De secties hierna zijn per vraag georganiseerd.

Vraag 1: Hoe ziet de implementatie van het grootschalig risicogericht testen eruit?

Subvraag 1a: Welke middelen, mensen, processen en interventies zijn ingezet?

Subvraag 1b: Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn ervaren door professionals?

Subvraag 1c: Wat zijn redenen voor professionals en inwoners om wel of niet deel te nemen aan de pilot?

Vraag 2: Welke extra kosten bracht de aanpak van het grootschalig risicogericht testen met zich mee en hoe verhouden deze gevonden kosten zich tot de effecten?

Subvraag 2a: Hoe verhouden de verschillende kostenposten zich in de pilot grootschalig risicogericht testen ten opzichte van regulier testen?

Subvraag 2b: Hoe verhouden de kosten zich tot het aantal extra afgenomen testen?

Subvraag 2c: Hoe verhouden de kosten zich tot het aantal extra positieve testen?

Subvraag 2d: Hoe verhouden de kosten zich tot het aantal extra aantal quarantaines?



Vraag 3: Welke ethische en juridische factoren spelen en dienen geadresseerd te worden bij toekomstige implementatie van grootschalig risicogericht testen?

2. Methode

Vraag 1: Hoe ziet de implementatie van het grootschalig risicogericht testen eruit?

Interviews professionals

Er werden individuele, semi-gestructureerde interviews met acht professionals uitgevoerd. Dit waren professionals van de gemeente Bunschoten en de GGD. De professionals werden doelgericht gerekruteerd. Er werd gestreefd naar diversiteit in de rol, taken en verantwoordelijkheden van de professionals bij de opzet en uitvoering van de pilot. Hierdoor werd de vragen vanuit verschillende, complementaire perspectieven belicht.

De interviews werden via Microsoft Teams door een onderzoeker ^{5.1.2e} of ^{5.1.2e} uitgevoerd. De duur van de interviews was ongeveer 45-60 minuten. Er werd gebruik gemaakt van een topiclijst (bijlage 1). De interviews werden opgenomen met een geluidsrecorder. Aan de hand van de geluidsopnamen werd van ieder interview een uitgebreide samenvatting gemaakt. Vervolgens werden tekstfragmenten uit deze samenvattingen geclusterd en gecategoriseerd om uiteindelijk tot een beschrijving van de resultaten te komen.

Interviews inwoners

Met drie inwoners werd een individueel, semi-gestructureerd interview via de telefoon gehouden. De inwoners werden doelgericht gerekruteerd waarbij als enige criterium werd aangehouden dat zij niet aan de pilot wilden deelnemen. De interviews duurden ongeveer 30-60 minuten en er werd gebruik gemaakt van een topiclijst (bijlage 2). De interviews werden opgenomen met een geluidsrecorder. Er werd een zeer beknopte samenvatting van ieder interview gemaakt aan de hand van de geluidsopnamen. De resultaten werden beschreven aan de hand van deze samenvattingen. De inwoners ontvingen een cadeaubon van 20 euro voor hun medewerking.

Zowel de professionals als inwoners gaven mondelinge toestemming voor het maken van een geluidsopname en het gebruik van de - uit de interviews verkregen – gedepersonaliseerde informatie in de rapportage van de resultaten. Bij het formuleren van de vragen in de topiclijst werd gebruik gemaakt van twee bekende implementatiemodellen, namelijk het Practical Robust Implementation and Sustainability Model¹ en Intervention Mapping².

¹ Zie: <https://dissemination-implementation.org/modelDetails.aspx?id=75>

² Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., Gottlieb, N.H., Schaalma, H. C., et al. (2006). Planning health promotion programs: an intervention mapping approach. Jossey-Bass



Vraag 2: Welke extra kosten bracht de aanpak van het grootschalig risicogericht testen met zich mee en hoe verhouden deze gevonden kosten zich tot de effecten?

We hebben een business case gemaakt van de kosten van de uitvoering van risicogericht testen (GRT) in Bunschoten en Dronten. De kosten van deze pilots hebben we vergeleken met de kosten die gemaakt zouden zijn indien er door was gegaan met regulier testen. De tijdshorizon van de analyse zijn de 6 weken van de pilot GRT, maar ook eventuele kosten in het kader van de voorbereiding van de pilot zijn in beschouwing genomen. De kosten zijn berekend vanuit het perspectief van de uitvoerende GGD en de betreffende gemeenten. Kosten die zijn gemaakt in het kader van onderzoek gedurende de pilots zijn in deze analyse zoveel mogelijk uitgesloten.

Uitkomstmaten

Deze business case heeft verschillende uitkomsten. Ten eerste geven we de berekende totale kosten van GRT weer. Daarnaast worden de kosten ook nog weergegeven voor verschillende effectiviteitsmaten:

- De kosten per extra test (Bunschoten & Dronten)
- Kosten per extra index (positieve persoon) (Bunschoten & Dronten)
- Kosten per extra isolatie (Bunschoten & Dronten)
 - o Landelijke cijfers als schatting
- Kosten per extra quarantaine (Bunschoten & Dronten)
 - o Landelijke cijfers als schatting

Voor de effectiviteitsmaten in Bunschoten is gebruik gemaakt van de ramingen vanuit de epidemiologie groep (zie resultaten deelonderzoek Epidemiologie). De epidemiologie groep in Dronten heeft de effectiviteitsmaten op een andere manier benaderd dan Bunschoten. In Bunschoten is er gebruik gemaakt van vragenlijsten over de reden van testen waarin mensen konden aanvinken of ze specifiek voor de pilot GRT kwamen. De benadering in Dronten is gericht op het aantal mensen dat ging testen zonder klachten of na een melding door de CoronaMelder-app en op het aantal positieve asymptomen.

Effectmaten Dronten

We gaan ervan uit dat de personen met klachten of CoronaMelder-app melding zich tijdens de pilot GRT ook had laten testen indien het regulier testen was doorgegaan. We hebben het aantal testers zonder klachten of zonder melding door de CoronaMelder-app tijdens de pilot GRT gecorrigeerd voor het aandeel testers zonder klachten of melding door de CoronaMelder-app in de periode voor de pilot GRT. Vanwege de lagere nauwkeurigheid van deze effectiviteitsmaat in Dronten is de standaardfout op 20% gezet.

Het aantal extra positieve indexen (personen) in Dronten is geschat d.m.v. het aantal asymptomen tijdens de pilot GRT. Dit is een zeer grove schatting en hierom is de standaardfout van dit getal is op 50% gezet.

Gebruikte bronnen

Alle kostenposten en componenten zijn besproken in semigestructureerde interviews met betrokkenen van de GGD en gemeente. Hierbij werd voor elke kostencomponent besproken welke bronnen gebruikt konden worden om de kosten te bepalen. Een deel van de componenten is gebaseerd op ramingen uit de begrotingen. Voor alle



componenten die waarschijnlijk afwijken van de begroting zijn andere bronnen gebruikt, zoals betaalde facturen of de inschatting van de betrokken professional (expert opinion).

Kostenposten

De kosten van het GRT en regulier testen zijn onderverdeeld in verschillende kostenposten, die elk ook weer uit verschillende kostencomponenten bestaan. De volgende onderverdeling in kostenposten werd gehanteerd:

Opstartkosten/projectmanagement; Communicatiekosten/reclamecampagne, Klant Contact Centrum (KCC), Testfaciliteiten, Test analyse, Testkosten personeel en persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM), Bron- en Contactonderzoek (BCO), Quarantaine-interventie.

Opstart/projectmanagement

Deze kostenpost is gebaseerd op de ramingen uit de begrotingen, aangeleverd door de projectmanagers. Deze begrotingen zijn in de semigestructureerde interviews zo veel mogelijk geverifieerd. De onderzoekscomponent is niet meegenomen in de opstartkosten. Tijdens regulier testen zijn geen opstartkosten gemaakt, maar worden wel kosten voor projectmanagement gemaakt. Hiervoor is een schatting op basis van een expert opinion toegevoegd. Voor de uurtarieven in Bunschoten is een standaardtarief van €95 gehanteerd. In Dronten zijn de verschillende coördinerende functies uitgesplitst, met uiteenlopende uurtarieven.

Reclamecampagne/communicatie

Deze kostenpost is in Bunschoten gebaseerd op ramingen van het projectmanagement, een expert opinion van de ureninzet voor de communicatiemedewerkers en definitieve cijfers voor de kosten van het verzenden van de uitnodigingsbrieven. Voor de uurtarieven van de communicatiemedewerkers (GGD en gemeente) is een standaardtarief van €95 gehanteerd. Voor Dronten zijn de kosten gebaseerd op de begrotingen. De kosten van de campagnematerialen en brieven zijn gebaseerd op een voorlopige raming. Om deze reden is er voor de campagnematerialen en de uitnodigingsbrieven in Dronten een grotere onzekerheidsmarge gebruikt. De personeelskosten van de gemeente zijn een definitief cijfer, van de GGD is het een raming. Tijdens regulier testen zijn op deze posten geen kosten gemaakt.

Klant Contact Centrum (KCC)

Gegevens over deze kostenpost zijn gebaseerd op cijfers aangeleverd door het KCC. We hebben gemodelleerd welke arbeidsuren het KCC extra (of juist minder) heeft gemaakt door een toename van het aantal testen gedurende de pilot GRT, waarbij we een standaard bedrag per tester rekenen. We nemen aan dat tijdens regulier testen er evenveel telefoontjes als testers zouden zijn geweest en dat de duur van de telefoontjes niet was veranderd tijdens de pilot GRT. Een tarief van €32 per uur is gebruikt voor KCC personeel. Voor Dronten is de KCC tijd gebruikt uit Bunschoten vanwege het ontbreken van deze gegevens. Daarnaast is er vanuit gegaan dat tijdens de pilot 50% van de testers belde voor een afspraak en tijdens regulier testen 100% belde voor een afspraak.



Testfaciliteiten

Deze kostenpost is gebaseerd op begrotingen en navraag van facturen. De kostencomponenten die hieronder vallen zijn locatiehuur, inrichting en eventueel inzet van verkeersregelaars en/of beveiligingskosten die zijn gemaakt bij de betreffende faciliteiten. Voor arbeidskosten voor verkeersregelaars en beveiliging is gebruik gemaakt van totaalbedragen, hier zijn dus geen uurtarieven gehanteerd. Voor het regulier testen zijn de huur van de al aanwezige testlocaties en de eventueel aanwezige beveiliging/verkeersregelaars als locatiekosten gerekend. De spreiding tussen verschillende faciliteiten was vrij groot, dit kwam vooral door hoge variatie in huurkosten. In Bunschoten was de huur van de testbus inclusief personeel betaald door een andere partij. Deze kostenpost is niet meegenomen in de puntschatting, maar wel als raming in de onzekerheidsmarge.

Test analyse

De kosten van de test (inclusief analyse) zijn landelijk vastgesteld op €65. Deze kosten zijn gehanteerd voor zowel de standaard keel-neus swab als voor de mondspoelkit, en vermenigvuldigd met het aantal testen. Het aantal testen in de pilot -en het verwachte aantal testen indien er alleen regulier getest zou zijn- zijn beschreven in het deelonderzoek Epidemiologie.

Testpersoneel & persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)

De overige kosten van het testen bestonden uit twee verschillende kostencomponenten, de kosten van PBM en de kosten van testpersoneel. De kosten van PBM zijn bekend vanuit een raming. De kosten van PBM zijn alleen afhankelijk van het aantal testen, en is voor het regulier testen benaderd door de kostprijs per test te vermenigvuldigen met het geschatte aantal testen in de reguliere setting. Personeelskosten tijdens de pilot GRT zijn berekend door het aantal ingezette uren voor testpersoneel te vermenigvuldigen met het bruto uurtarief. Tijdens de interviews werd een uurloon van €31 tot €34 euro genoemd, we nemen daarom een gemiddeld uurtarief van €32 aan. In Bunschoten hebben we het daadwerkelijke aantal gedraaide diensten ontvangen. Vanuit de interviews bleek dat dit diensten waren van 7 tot 8 uur. We namen daarom aan dat een dienst 7,5 uur duurde. Vanuit Dronten hebben we het aantal gemaakte uren op de verschillende testlocaties tijdens de pilot GRT ontvangen.

Voor de personeelskosten tijdens regulier testen hebben we een berekening gemaakt welke is gebaseerd op verschillende parameters, namelijk het aantal medewerkers op testlocaties, het aantal testen per uur en de bezettingsgraad. In een overzicht uit de GGD regio Utrecht bleek dat er gemiddeld 3,8 medewerker op een teststraat staat. In het interview in Dronten werd aangegeven dat hier ongeveer 4 medewerkers per teststraat worden ingepland. We zijn daarom van 3,8 medewerker uitgegaan. Uit de interviews bleek dat er 18 tot 24 mensen per uur op één testlijn getest kunnen worden. Op basis hiervan hebben we de personeelskosten per test bij volledige bezetting door testers berekend. Uit de interviews bleek ook dat personeel op- en afgeschaald wordt aan de hand van de bezettingsgraad. Dit is in de pilot GRT in mindere mate gedaan dan dat bij regulier testen zou zijn gedaan. Op basis van de interviews zijn we er in de berekening vanuit gegaan dat bij regulier testen de bezetting gemiddeld 75% is. We hebben vervolgens de personeelskosten per test bij een bezetting van 75% uitgerekend en deze vermenigvuldigd met het aantal testen als er regulier getest zou zijn.



Bron en Contact Onderzoek (BCO)

De geraamde kosten voor het BCO in Bunschoten en Dronten zijn gebaseerd op inschattingen gemaakt door experts. De inzet is berekend voor het proces van een BCO in fase 1a, de fase die in de pilots is gehanteerd (het BCO-proces kan in omvang aangepast worden naar gelang de druk op het BCO-apparaat). De kosteninschatting is gemaakt door de gemiddelde tijd die een BCO-er bezig is met één positieve tester (index) en geassocieerde contacten uit te vragen, en deze uren te vermenigvuldigen met een gemiddeld uurloon van €36,20. Voor de berekening van de kosten in de reguliere setting zijn dezelfde kosten per index gerekend vermenigvuldigd met het aantal indexen dat we verwachten te vinden zonder invloed van de pilot. De meerkosten voor de interventies met uitbreidingen in het BCO van de pilot zijn genoteerd bij de kostenpost quarantaine-interventie en vallen dus niet onder deze kostenpost.

Quarantaine-interventie

Kosten inschattingen voor de quarantaine-interventie zijn gebaseerd op expert opinions en begrotingen. De quarantaine interventie omvat een uitbreiding van de BCO gesprekken in de pilot, we rekenden hiervoor dus de extra tijdsinvestering van het BCO team tijdens de BCO gesprekken. Voor alle BCO medewerkers werd wederom een vast uurloon van €36,20 gehanteerd. Ook extra werk van coördinatoren is meegenomen in de quarantaine-interventie. Daarnaast staan hier meerkosten van eventuele activiteiten om de quarantainebereidheid te verhogen in, zoals inzet van de Boei (Bunschoten) en ZamenEen (Dronten).

Overige aannames voor de kosten

- Tests zijn uitgevoerd in de regio. (Een aantal testen kan buiten de regio zijn afgenomen, maar wordt wel door de GGD geteld. Dit kan zorgen voor een kleine onderschatting in personele kosten.)
- De tarieven zijn berekend zonder 21% BTW.
- Niet alle overhead kosten (o.a. ICT, overhead voor kantoren) zijn meegenomen in deze analyse. Er is uitgegaan dat deze kosten in beide situaties gelijk zijn gebleven.



Parameters

De belangrijkste parameters zijn overzichtelijk beschreven in tabel 1.

Tabel 1 Belangrijkste parameters en bijbehorende waarden

Parameter	Bunschoten	Dronten
Expert opinion en belangrijke schattingen		
Gemiddelde gesprekstijd KCC (minuten)	5.39	5.39
Aantal gesprekken KCC	Gerapporteerd	Aantal testers/2
Aandeel van testen was PCR test	100%	100%
Kosten PCR test	€65	€65
Lengte dienst teststraatmedewerker (uren)	7.5	Gerapporteerd
Aantal testen per uur op één testlijn (100% capaciteit)	20	20
Aantal medewerkers per uur op één testlijn	3.8	3.8
Bezettingsgraad tijdens regulier testen	75%	75%
Tijdsinvestering BCO per index (uur)	5	6
Extra tijdsinvestering BCO door pilot GRT quarantaine interventie per index (minuten)	24	15
Extra tijdsinvestering BCO door pilot GRT quarantaine interventie per contact (minuten)	12	0 (zit in parameter hierboven)
Extra tijdsinvestering BCO door pilot GRT quarantaine overhead (coördinatie, assistentie) totaal (uur)	28	48
Effectmaten (epidemiologische input)		
Percentage testers specifiek voor pilot GRT	67.38%	78%
Percentage indexen specifiek voor pilot GRT	45.19%	16%
Aantal nauwe contacten index (NL gem)	1.167	1.167
Aantal huisgenoten index (NL gem)	1.417	1.417
Isolatiebereidheid indexen (NL gem)	73%	73%
Quarantainebereidheid contacten (NL gem)	55.8%	55.8%

Klinische parameters voor de effecten

Er is gebruikt gemaakt van de volgende parameters:

- Aantal testen uitgevoerd tijdens pilot GRT (zie resultaten deelonderzoek Epidemiologie).
- Aantal indexen gevonden tijdens pilot GRT (zie resultaten deelonderzoek Epidemiologie).
- Percentage testers pilot specifiek (zie resultaten deelonderzoek Epidemiologie):
 - o Bunschoten: 2 waarden, een meest negatief en meest positief scenario. Als puntschatting is het gemiddelde genomen



- Dronten: Percentage mensen dat zonder klachten en/of zonder melding van de CoronaMelder-app is komen testen, gecorrigeerd voor het aandeel testers zonder klachten in de periode voor de pilot.
- Percentage indexen pilot specifiek:
 - Bunschoten: 2 waarden, een meest negatief en meest positief scenario. Als puntschatting is het gemiddelde genomen
 - Dronten: Puntschatting is het percentage asymptomaten tijdens de pilotperiode
- Percentage indexen dat in isolatie gaat:
 - Schatting: 73% (NL landelijk gemiddelde³)
- Percentage contacten dat in quarantaine gaat:
 - Schatting: 55.8% (NL landelijk gemiddelde³)
- Aantal contacten (NL landelijk gemiddelde):
 - Gemiddelde waarden van 8 februari t/m 15 maart

Sensitiviteitsanalyse (PSA)

Om een goed beeld te geven van de betrouwbaarheid van de resultaten, is ook de onzekerheid gemodelleerd met behulp van een probabilistische sensitiviteitsanalyse (PSA). Voor alle kostencomponenten is een onzekerheid meegenomen. De onzekerheidsmarge was gebaseerd op het type bron en vervolgens bepaald op $\pm 0\%$, $\pm 10\%$ en $\pm 25\%$. De $\pm 0\%$ marge werd alleen gebruikt voor definitief betaalde facturen zoals het gefactureerde aantal uren of een afgeschreven huurbedrag. De $\pm 10\%$ werd het vaakst gebruikt, met name voor ramingen in de boekhouding. De $\pm 25\%$ werd gebruikt bij expert opinion. Eventueel werd afgeweken van de standaardmarges als de onzekerheid zich beter liet uiten binnen passende marges, bijvoorbeeld waar verschillende experts een variatie aan uitkomsten gaven.

Ook voor de vijf klinische parameters werd een onzekerheid meegenomen, hiervoor werd uit een Beta- of Gammadistributie een waarde getrokken:

- *percentage testers pilot specifiek (Beta)*
 - *Bunschoten: SE de helft van de range*
 - *Dronten: SE 20% van de puntschatting*
- *percentage indexen pilot specifiek (Beta)*
 - *Bunschoten: SE de helft van de range*
 - *Dronten: SE 50% van de puntschatting*
- *percentage in isolatie (Beta, SE 10%)*
- *percentage in quarantaine (Beta, SE 10%)*
- *aantal contacten (Beta, SE 10%)*

In de PSA werd 5,000 keer de analyse herhaald, waarbij voor alle klinische parameters en kostenposten telkens een waarde werd getrokken die binnen de onzekerheidswaarde ligt. Eerst werd dit gedaan voor de klinische parameters, omdat ook de kosten hiervan afhankelijk zijn. Voor de nieuwe getrokken waarden van de klinische parameters werden vervolgens de kosten getrokken per kostenpost uit een normaalverdeling met als standaarddeviatie de helft van de totale gerapporteerde onzekerheidsmarge en als middelpunt het gemiddelde van de marge. Voor elke nieuwe analyse werd de resulterende puntschatting vervolgens gerapporteerd. Door

³ <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden/naleven-gedragsregels>



dit 5,000 keer te herhalen ontstond hierdoor een puntenwolk die een goed beeld geeft van de meest waarschijnlijke scenario's. Het 2.5% en 97.5% percentiel van deze simulatie geven vervolgens de betrouwbaarheidsintervallen achter de waarden aan.



Vraag 3: Welke ethische en juridische factoren spelen en dienen geadresseerd te worden bij toekomstige implementatie van grootschalig risicogericht testen?

Er zijn twee expertmeetings georganiseerd met experts op het gebied van grootschalig risicogericht testen in combinatie met ethici en juristen om zo ethische aspecten van grootschalig risicogericht testen te identificeren. Onderwerpen voor de expertmeetings zijn bedacht aan de hand van de vier klassieke medisch ethische principes (respect voor autonomie, rechtvaardigheid, niet-schaden en weldoen⁴) in combinatie met wat kon worden afgeleid uit het bespreekdocument dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft opgesteld over grootschalig risicogericht testen. De volgende onderwerpen kwamen daarom aan de orde in de expertmeetings:

1. Ethische en juridische classificatie van grootschalig risicogericht testen: welke kaders zijn van toepassing?
2. Weging van risico's en voordelen van grootschalig risicogericht testen.
3. Mogelijke bedreiging autonomie van burgers.
4. Eerlijke verdeling van grootschalig risicogericht testen over gebieden en populaties.

Een deel van het bespreekdocument van VWS is door 5.1.2e in overleg met VWS samengevat en ter voorbereiding op de expertmeetings doorgestuurd aan de deelnemers. In deze samenvatting wordt uitgelegd wat het doel is van grootschalig risicogericht testen, in welke situaties grootschalig risicogericht testen kan worden ingezet, wat opschalen inhoudt en wat de randvoorwaarden zijn die VWS stelt aan grootschalig risicogericht testen. Dit document is nogmaals kort toegelicht tijdens de expertmeeting opdat de deelnemers voldoende duidelijk was wat de context was waarin de ethische en juridische aspecten konden worden geïdentificeerd.

Op 12 en 17 maart 2021 zijn twee online expertmeetings georganiseerd van 1,5 uur per meeting waarbij de volgende experts aanwezig waren:

Dag 1: 12 maart 2021

- 5.1.2e
- 5.1.2e
- Melis van de Groep, burgemeester gemeente Bunschoten
- 5.1.2e
- 5.1.2e
- 5.1.2e
- Has Bakker, raadslid gemeente Utrecht met o.a. aandachtsgebied volksgezondheid

⁴ Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press



Dag 2: 17 maart 2021

- [redacted] 5.1.2e, programmadirectie Covid-19, ministerie van VWS

- [redacted] 5.1.2e
- [redacted] 5.1.2e
- [redacted] 5.1.2e
- [redacted] 5.1.2e
- [redacted] 5.1.2e
- [redacted] 5.1.2e
- [redacted] 5.1.2e
- [redacted] 5.1.2e
- [redacted] 5.1.2e

De expertmeetings waren zodanig samengesteld dat in elke groep experts uit het veld deelnamen alsmede ethici en juristen. Ook is getracht diversiteit in de expertmeetings na te streven in geslacht (6 mannen, 9 vrouwen) en ervaring.

De deelnemers aan de meeting hebben toestemming gegeven voor vermelding van hun namen in het verslag. In dit verslag is niet af te leiden wie wat heeft gezegd. Een niet-WMO verklaring is afgegeven voor het onderzoeksplan Pilot Grootschalig Testen in Bunschoten als geheel, waarin de expertmeetings als onderdeel beschreven staan.

De expertmeetings zijn opgenomen in MS Teams en op een audiorecorder en getranscribeerd. De transcripten zijn gecodeerd en de identificerende gegevens uit de transcripten (zoals namen en functies) zijn geanonimiseerd zodat niet direct herleidbaar is welke expert wat heeft gezegd. Met behulp van coderingssoftware NVivo 12 zijn codebomen ontwikkeld om gegevens van de expertmeeting thematisch te analyseren. De transcripten zijn opgeslagen op beveiligde dataschijven van het Julius Centrum.

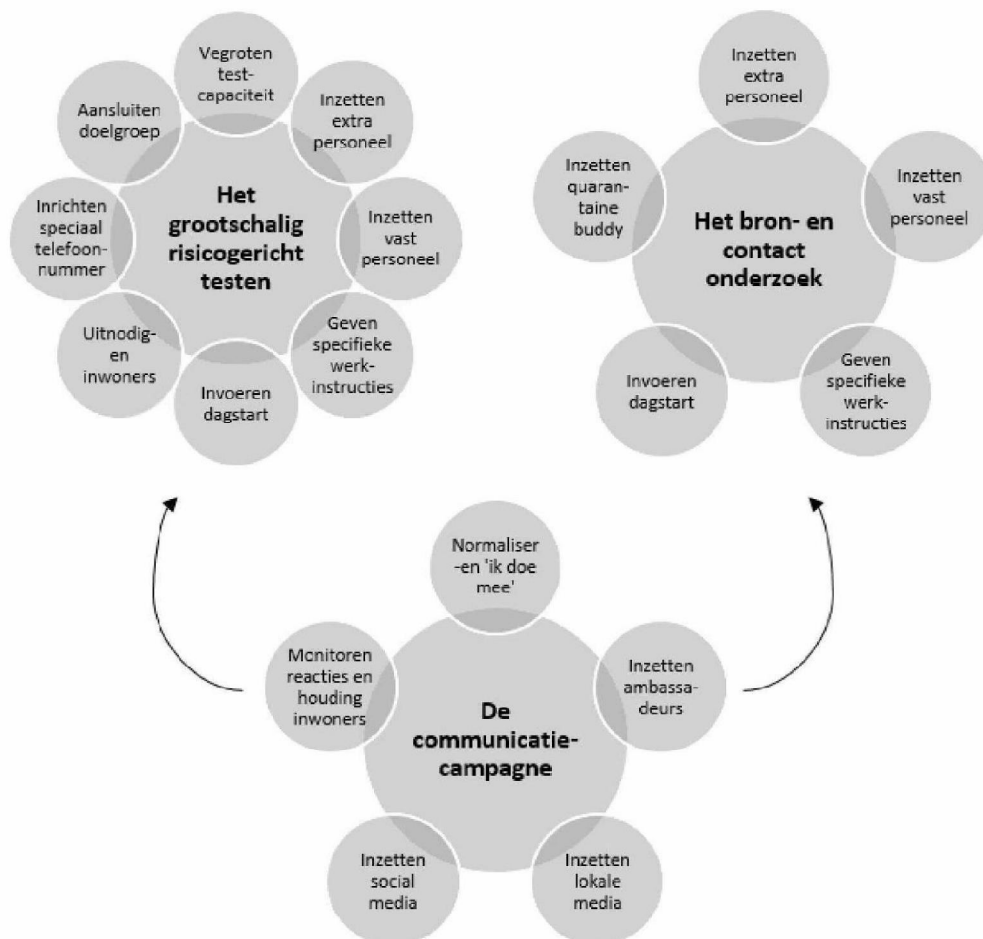
Om de validiteit te vergroten hebben zowel [redacted] 5.1.2e als [redacted] 5.1.2e de transcripten gelezen en thema's geïdentificeerd. De codering is verricht door [redacted] 5.1.2e. Een draft van de analyse is voorgelegd aan degenen die bij de expertmeeting aanwezig waren ter controle op feitelijke onjuistheden. Vervolgens is de analyse bijgesteld.

3. Resultaten

Vraag 1: Hoe ziet de implementatie van het grootschalig risicogericht testen eruit?

Subvraag 1a: Welke middelen, mensen, processen en interventies zijn ingezet?

De pilot bestond uit twee belangrijke onderdelen, namelijk het grootschalig risicogericht testen en het bron- en contactonderzoek. Door professionals werden op het gebied van middelen, mensen, processen en interventies verschillende aspecten genoemd die nodig waren bij de opzet en uitvoering hiervan. Daarnaast werd er een communicatiecampagne omtrent de pilot opgezet en uitgevoerd. Figuur 1 geeft de belangrijkste zaken die voor de opzet en uitvoering van de pilot werden geregeld beknopt weer.



Figuur 1. Beknopte weergave van de belangrijkste zaken die voor de opzet en uitvoering van de pilot werden geregeld

Grootschalig risicogericht testen

De testcapaciteit werd vergroot door naast de reeds bestaande testlocatie nog twee nieuwe testlocaties op te zetten en een mobiele testbus in te zetten. Door te letten op



de bekendheid en bereikbaarheid van de testlocaties werd getracht om de drempel voor de inwoners om zich te laten testen zo laag mogelijk te maken. Vanwege de uitbreiding van het aantal testlocaties en de verruiming van de openingstijden werd er extra personeel ingezet om de testlocaties te bemensen. Binnen de pilot werd ernaar gestreefd om zoveel mogelijk gebruik te maken van vaste medewerkers. Dit geldt voor zowel de groep medewerkers die werkzaam was bij de testlocaties als de groepen medewerkers die bij het klantcontactcentrum en bron- en contactonderzoek werkten. Medewerkers ontvingen specifieke - op de pilot afgestemde - werkinstructies en er werd er een dagelijks overleg aan het begin van de dag ingevoerd (dagstart).

De inwoners werden uitgenodigd om deel te nemen met de pilot door middel van een uitnodigingsbrief. Deze uitnodigingsbrief ontvingen de inwoners voor de start van de pilot per post. Er werd een speciaal telefoonnummer ingericht waar de inwoners terecht konden met vragen of om een afspraak te maken om zich te laten testen. Na drie weken werd er – eveneens per post – een herinneringsbrief gestuurd naar de inwoners waarin onder andere de gewijzigde openingstijden werden vermeld. Daarnaast stond in de herinneringsbrief vermeld dat het vanaf dat moment mogelijk was voor de inwoners om zich te laten testen zonder vooraf een afspraak te maken. Met deze vrije toeloop werd getracht om de drempel voor de inwoners om zich te laten testen zo laag mogelijk te maken. Daarnaast werd er zoveel mogelijk aangesloten bij de doelgroep met de mogelijkheid tot gezinsafspraken, mondspoelkits voor kinderen en het kindvriendelijker maken van de testlocaties door bijvoorbeeld dierenplaatjes op te hangen.

Bron- en contactonderzoek

Het bron- en contactonderzoek werd opgeschaald met de inzet van extra medewerkers. Extra facilitaire voorzieningen waren niet nodig aangezien deze medewerkers veelal thuis werkten. Er werd een groep medewerkers samengesteld die specifiek over de pilot werd gebriefd. Hierdoor konden ze sneller onderling informatie uitwisselen, zodat positief geteste inwoners en eventuele clusters sneller in beeld konden worden gebracht. Er werd gestreefd naar het zoveel mogelijk inzetten van één bron- en contactonderzoeker per gezin, zodat deze bron- en contactonderzoeker het gehele sociale netwerk van een gezin in kaart kon brengen. Daarnaast zorgde dit ervoor dat iedereen binnen een gezin dezelfde informatie en adviezen kreeg. Een belangrijke toevoeging binnen de pilot was de inzet van een quarantaine buddy bij hen die daar behoefte aan hadden. Hierbij werd samengewerkt met de lokale welzijnsorganisatie de Boei. Door een quarantaine buddy werd psychosociale hulp of hulp bij praktische zaken zoals boodschappen doen geboden.

Communicatiecampagne

Tijdens een persconferentie van minister-president Rutte en minister de Jonge werd voor het eerst melding gemaakt van de pilot. Gelijk daarna ging er een persbericht uit en stond de burgemeester van de gemeente Bunschoten de media hierover te woord. De communicatie over de pilot richting de inwoners verliep hoofdzakelijk via de inzet van lokale media en social media. Het normaliseren van 'ik doe mee' was een belangrijk streven. Er werden zes bekende gezichten uit de gemeente Bunschoten ingezet als ambassadeur van de pilot. Van hen werden video's en posters gemaakt waarin ze in hun eigen woorden vertelden waarom ze meededen. Wekelijks werden er via verschillende kanalen video's, posters en boodschappen van



de burgemeester van de gemeente Bunschoten verspreid. De reacties en houding van de inwoners ten aanzien van de pilot werden gedurende het verloop gemonitord.

Subvraag 1b: Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn ervaren door professionals?

Door professionals werden verschillende factoren genoemd die het succes van de pilot hebben bevorderd of belemmerd. De bevorderende en belemmerende factoren werden geïdentificeerd en ingedeeld volgens verschillende niveaus van het zorgsysteem, zoals beschreven in een model van Grol en Wensing⁵, namelijk de pilot zelf, de professionals, de inwoners, de sociale context, de organisatorische context en de politieke context en externe invloeden. Tabel 2 en 3 geven de bevorderende en belemmerende factoren weer.

Tabel 2. Bevorderende factoren

Bevorderende factor	Gevolg(en)
De pilot zelf	
Laagdrempeligheid deelname	Voor de inwoners werd deelname aan de pilot zo laagdrempelig mogelijk gemaakt met als doel dit te bevorderen. Hierbij kan worden gedacht aan de inzet van de mobiele testbus en het testen zonder afspraak vanaf de derde week van de pilot. Daarnaast werd deelname voor gezinnen prettiger gemaakt door gezinsafspraken te faciliteren en gezinnen in één keer terug te bellen voor het doorgeven van de testuitslag.
De professionals	
Motivatie betrokken partijen	Zowel door professionals van de gemeente Bunschoten en de GGD als medewerkers op de werkvloer werd de pilot gezien als een mooie kans om besmettingen met het coronavirus aan te pakken. Deze motivatie resulteerde in een hoge mate van enthousiasme, betrokkenheid en draagvlak onder alle betrokken partijen.
Ervaring opzetten testlocaties en testanalyses	De GGD heeft veel ervaring met het opzetten van testlocaties en het regelen van capaciteit voor testanalyses. Dit werd meermaals door professionals van de gemeente Bunschoten en de GGD genoemd als een groot voordeel. Hierdoor kon er namelijk vlot worden opgeschaald en waren in korte tijd meerdere nieuwe testlocaties opgezet en laboratoria aangehaakt.
Facilitering gemeente Bunschoten	Door de gemeente Bunschoten werd er iemand als aanspreekpunt voor de pilot ingezet. Dit betrof een adviseur die midden in de gemeenschap staat en een

⁵Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*, 180(S6), S58–S59. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb05948.x>



	groot netwerk heeft. Hierdoor werden er in korte tijd geschikte locaties gevonden voor de opzet van nieuwe testlocaties en waren de eigenaren en het personeel van deze locaties bereid om hieraan mee te werken.
De inwoners	
Afstemming inwoners	Meerdere factoren zorgden ervoor dat de pilot goed was afgestemd op de inwoners. Zo heeft het aanbieden van hulp bij quarantaine door de lokale welzijnsorganisatie de Boei ervoor gezorgd dat mensen die daar behoefte aan hadden meer geneigd waren om deze hulp aan te nemen. Daarnaast speelden zes bekende gezichten uit de gemeente Bunschoten een grote rol in de communicatiecampagne. Zij vertegenwoordigden verschillende doelgroepen in de gemeenschap. Ten slotte werd gemonitord hoe de pilot door de inwoners werd ontvangen en wat er kon worden verbeterd door hun reacties via verschillende media te peilen. Dit alles heeft het draagvlak voor de pilot onder de Bunschotenaren vergroot.
De sociale context	
Snelle en laagdrempelige communicatie	Het feit dat Bunschoten een kleine gemeente is zorgde ervoor dat het mogelijk was om snel en laagdrempelig te communiceren. Dit leidde tot een goede samenwerking tussen professionals van de gemeente Bunschoten en de GGD.
Transparantie	Er werd te allen tijden gestreefd naar transparantie over het doel en de inhoud van de pilot. Door de inwoners zoveel en zo vroeg mogelijk mee te nemen werd getracht om hun betrokken te verhogen en wantrouwen jegens de pilot te voorkomen.
Betrokkenheid belanghebbenden	Er is actief ingezet op het betrekken van verschillende belanghebbenden. Te denken valt aan plaatselijke ondernemers, kerken en maatschappelijke instanties. Zij mochten vanaf het begin meedenken over hoe de pilot het beste kon worden geïmplementeerd en hoe er zoveel mogelijk draagvlak onder de inwoners kon worden gecreëerd. Dit leidde tot een positieve houding van deze belanghebbenden ten aanzien van de pilot.
Populariteit burgemeester	Volgens professionals van de gemeente Bunschoten werd er in een kleine gemeenschap als Bunschoten door de inwoners veel waarde gehecht aan de persoonlijke oproep van de burgemeester om aan de pilot deel te nemen.



De organisatorische context	
Projectleider	Zowel professionals van de gemeente Bunschoten als de GGD als de gemeente gaven aan dat het projectmanagement goed verliep. Dit was hoofdzakelijk te danken aan de projectleider die de (onafhankelijke) schakel vormde tussen het ministerie van VWS en de GGD. Hierdoor was iedereen goed op hoogte van zijn/haar rol, taken en verantwoordelijkheden bij de opzet en uitvoering van de pilot.
Coördinerende partij	Doordat de GGD de regie pakte als coördinerende partij was het mogelijk om snel te schakelen en bij te sturen wanneer nodig. Hierdoor verliep het invoeren van tussentijdse veranderingen zonder problemen (bijvoorbeeld de mogelijkheid voor de inwoners om zich vanaf de derde week van de pilot te laten testen zonder vooraf een afspraak te maken).

Tabel 3. Belemmerende factoren

Belemmerende factor	Gevolg(en)
De pilot zelf	
Afbakening doel en inhoud pilot	Een duidelijke opdracht vanuit het ministerie van VWS ontbrak. Doordat het doel en de inhoud van de pilot niet vanaf de start waren afgebakend ontstond er soms onduidelijkheid onder de betrokken partijen en was het niet mogelijk om de inwoners in het vroegste stadium over de pilot te informeren. Daarnaast konden toen nog niet alle vragen van de inwoners worden beantwoord.
Duur pilot	De duur van de pilot - 6 weken - werd vrij lang gevonden, waardoor het voor de inwoners moeilijk bleek om gemotiveerd te blijven en zich gedurende die 6 weken meerdere keren te laten testen.
Afbakening testbeleid	De inwoners werden gevraagd om zich tijdens de pilot 'meerdere keren' te laten testen. Doordat dit niet verder gespecificeerd was, werd dit wisselend geïnterpreteerd door de inwoners met als gevolg een wisselende opvolging.
Afwijkende adviezen	De groepen medewerkers bij de testlocaties, het klantcontactcentrum en het bron- en contactonderzoek moesten voor de pilot informatie en adviezen geven die afweken van wat ze gewend waren. Zo hoefden tijdens de pilot mensen zonder klachten na het testen niet thuis te blijven in afwachting van de testuitslag, terwijl dit normaal



	gesproken wel het geval is. Deze omschakeling bleek erg lastig en werd vooraf onderschat. Hierdoor ontvingen de inwoners soms onduidelijke of tegenstrijdige informatie en adviezen.
Vertaalslag operationeel niveau	Er was een lacune tussen de ideeën voor de pilot en de vertaalslag hiervan naar operationeel niveau. Er waren in eerste instantie geen mensen op beide niveaus intensief betrokken die de implementatie op de werkvloer konden borgen.
Parallel onderzoek	Parallel naast de pilot liep onderzoek. De grens tussen de uitrol van de pilot en het onderzoek was soms onduidelijk. Er waren twee belangrijke gevolgen. Ten eerste interfereerde het onderzoek met de normale gang van zaken op de werkvloer en werden dingen hierdoor soms onnodig ingewikkeld. Ten tweede was het vanwege het onderzoek niet altijd mogelijk om naar de inwoners toe transparant te zijn over de verschillende methodes die werden gebruikt. Dit leidde tot onbegrip onder de inwoners over waarom dingen (op een bepaalde manier) werden gedaan.
De professionals	
Werkdruk medische supervisie	Het medische beleid ten aanzien van quarantaine week binnen de pilot af van 'normaal', waardoor er veel vragen terecht kwamen bij één persoon die hier veel over wist. Dit resulteerde in een hoge werkdruk bij de betreffende persoon.
De inwoners	
Kenmerken gemeenschap	De gemeente Bunschoten kent een hechte gemeenschap die veel onderling contact heeft. De mate van zelfvoorzienendheid onder de inwoners is hoog waardoor er weinig gebruik werd gemaakt van de diensten van een quarantaine buddy.
De organisatorische context	
Softwareproblemen	De software van de GGD liep tijdens de eerste weken van de pilot vast. Mensen die een afspraak wilden maken om zich te laten testen stuitten op lange telefonische wachttijden met als gevolg een negatief sentiment waardoor mensen afhaakten.
Privacy en dataveiligheid	Doordat er bij de GGD een datalek optrad, werden er strengere maatregelen getroffen op het gebied van privacy en dataveiligheid. Dit had gevolgen voor het



	<p>onderzoek wat parallel naast de pilot liep. Informatie die eerder wel inzichtelijk en noodzakelijk voor de dataverzameling was, was opeens afgeschermd.</p>
<p>Organisatorische moeilijkheden</p>	<p>Er waren een aantal aspecten die organisatorisch moeilijk te wijzigen waren. Zo werden de inwoners die naar het landelijke telefoonnummer in plaats van het daarvoor ingerichte speciale telefoonnummer belden niet goed doorverwezen. Het bleek niet mogelijk om de belscripts te wijzigen. Daarnaast waren de mondspeelkits voor kinderen niet aanwezig in de mobiele testbus, maar dit was niet bij iedereen bekend.</p>
<p>De politieke context en externe invloeden</p>	
<p>Aanlooptijd</p>	<p>De aanlooptijd van de pilot was kort waardoor niet altijd bij alle betrokken partijen de benodigde input voor de opzet en uitvoering van de pilot kon worden opgehaald. Daarnaast moest er snel tot actie worden overgegaan.</p>
<p>Tegenstrijdige informatie overheid</p>	<p>Aan de vooravond van de pilot sprak minister-president Rutte in een persconferentie uit dat testen zonder klachten geen zin heeft. Hierdoor ontstond er veel verwarring en ontving de gemeente Bunschoten veel negatieve reacties van tegenstanders van de pilot.</p>
<p>Weersomstandigheden</p>	<p>In de eerste week van de pilot - toen de grootste opkomst werd verwacht - was er veel sneeuw gevallen waardoor de testlocaties niet konden worden bereikt. Ook trad er vlak daarna vorst op waardoor de opkomst laag was, omdat de inwoners in plaats van zich te laten testen liever gingen schaatsen.</p>



Subvraag 1c: Wat zijn redenen voor professionals en inwoners om wel of niet deel te nemen aan de pilot?

Professionals. Professionals werden gevraagd naar de door hun ervaren of verwachte positieve en negatieve effecten van de pilot. Door een professional van de GGD werd genoemd dat de uitvoering van de pilot een positieve stimulans heeft gegeven aan de relatie tussen de GGD en de gemeente Bunschoten, het UMCU, het ministerie van VWS en het landelijke netwerk. In de toekomst weet de GGD hen nu sneller en makkelijker te vinden. Als negatief effect werd door een professional van de GGD genoemd dat de opzet en uitvoering van de pilot heel veel tijd en energie kostte. Door een professional van de gemeente Bunschoten werd genoemd dat twee inwoners die meededen aan de communicatiecampagne negatieve opmerkingen van een aantal andere inwoners ontvingen. Het uitvoeren van een dergelijke pilot leidt mogelijk tot spanningen. Landelijk zijn er ook spanningen rondom het coronabeleid en dit kan net het laatste zetje geven tot polarisatie. Dit is in de gemeente Bunschoten niet aan de orde geweest. Toch gaf een professional van de GGD als tip voor regio's die in de toekomst een dergelijke pilot opzetten om hier alert op te zijn door vooraf goed met de betreffende gemeente(s) te bespreken of dit aan de orde zou kunnen zijn. Hierdoor kan worden voorkomen dat het sentiment ten aanzien van grootschalig risicogericht testen de verkeerde kant op slaat.

Inwoners. Er werden door inwoners verschillende redenen genoemd om niet deel te nemen aan de pilot, namelijk:

1. Het idee dat een PCR test niet betrouwbaar is en veel vals-positieve uitslagen geeft.
2. Het lage vertrouwen in de overheid en wantrouwen jegens de focus op vaccinatie.
3. Het idee dat grootschalig risicogericht testen bijdraagt de reeds te grote focus van de overheid op besmettingscijfers in plaats van ziektelast.
4. Onduidelijkheid ten aanzien van het doel en de inhoud van de pilot. De communicatiecampagne die omtrent de pilot werd opgezet en uitgevoerd heeft de doelgroep niet geheel en/of niet op de juiste wijze bereikt.



Vraag 2: Welke extra kosten bracht de aanpak van het grootschalig risicogericht testen met zich mee en hoe verhouden deze gevonden kosten zich tot de effecten?

Bunschoten

Totale kosten

De resultaten van de analyse zijn te zien in Tabel 4 en Tabel 5, waarbij in Tabel 4 de puntschattingen worden weergegeven en de kosten per kostenpost. Tabel 6 biedt een gedetailleerde specificatie van alle kostencomponenten en de gemodelleerde onzekerheidsmarge. De resultaten tonen dat er naar verwachting 8,656 (4,190 regulier versus 12,846 in de GRT pilot) extra testen zijn afgenomen. Hieruit verwachten we een toename van 302 (366 in regulier versus 668 tijdens pilot GRT) extra indexen (personen met een positieve test).

Tabel 4. Puntschattingen van de verschillende kostenposten

Kostenpost	Regulier	GRT	Vershil
Opstart/projectmanagement	€ 2,850	€ 95,760	€ 92,910
Communicatie/reclame	€ 0	€ 74,326	€ 74,326
Klant Contact Centrum (KCC)	€ 12,046	€ 13,255	€ 1,209
Testfaciliteiten	€ 445	€ 123,675	€ 123,230
Test analyse	€ 272,374	€ 834,990	€ 562,616
Testpersoneel & PBM	€ 35,005	€ 601,607	€ 566,603
Bron en Contact Onderzoek (BCO)	€ 66,274	€ 120,916	€ 54,642
Quarantaine interventie	€ 0	€ 24,680	€ 24,680
Totaal geschatte kosten	€ 388,993	€ 1,889,209	€ 1,500,216

Tabel 5. De kosten-baten uitkomsten van de analyse

	Waarde	Min	Max
Aantal extra testen	8,656	6,912	10,248
Aantal extra indexen (positieve personen)	302	211	399
Aantal extra isolaties	220	144	306
Aantal extra quarantaines (contacten)	435	274	641
Kosten per extra test	€ 173	€ 151	€ 213
Kosten per extra index	€ 4,970	€ 3,660	€ 7,590
Kosten per extra isolatie	€ 6,808	€ 4,814	€ 10,979
Kosten per extra quarantaine (contacten)	€ 3,448	€ 2,317	€ 5,859
Totale geschatte investering	€ 1,500,216	€ 1,305,633	€ 1,773,653

De geschatte totale investeringskosten van de pilot GRT in Bunschoten liggen rond de anderhalf miljoen euro (Tabel 4 en Tabel 5). De kosten voor een test en analyse hiervan (€65 per test) en het personeel op testlocaties zijn de belangrijkste drijvende



kostenposten, samen goed voor een investering van ruim 1 miljoen euro ten opzichte van regulier testen. Daarnaast dragen de inrichting van de locatie en de huurkosten met ruim honderdduizend euro bij aan het totaal bedrag. De overige kostenposten leveren een meer bescheiden bijdrage aan het geheel.

Wanneer de kosten worden afgezet tegen de effectiviteitsmaten is te zien dat er ongeveer €173 is geïnvesteerd per extra afgenomen test. Dit resulteert in een investering van bijna €5,000 per gevonden index (positieve persoon). Wat betreft de isolatiemaatregelen is er bijna €7,000 geïnvesteerd per index in isolatie en bijna €3,500 per contact in quarantaine.

Sensitiviteitsanalyse

De uitkomsten van de sensitiviteitsanalyse zijn een maat voor de onzekerheid van de uitkomsten. Deze uitkomsten zijn getoond in tabel 5. Hierin is te zien dat de verwachte investeringskosten tussen de ~1.3 en ~1.8 miljoen zijn voor een pilot GRT van 6 weken, terwijl het aantal extra afgenomen testen tussen de ~6,900 tot ~10,300 ligt en het aantal extra gevonden indexen tussen de 210 en 400. De werkelijkheid zal zich zeer waarschijnlijk binnen dit gebied bevinden.

Tabel 6. Gedetailleerde omschrijving van de gebruikte kostenposten en effectiviteitsmaten.

Kostenpost	Regulier	Pilot GRT	Verschil	Onzekerheidsmarge verschil
Klinische parameters				
Aantal testen uitgevoerd	4,190	12,846	8,656	6,912 – 10,248
Aantal indexen (personen)	366	668	302	211 - 399
Aantal Isolaties	267	488	220	144 - 306
Aantal Quarantaines	528	963	435	274 - 641
Opstartkosten/projectmanagement				
Werkgroep uitrol GGD	€ 0	€ 9,120	€ 9,120	
Werkgroep projectmanagement GGD	€ 2,850	€ 9,120	€ 6,270	
Werkgroep projectmanagement Gemeente	€ 0	€ 9,120	€ 9,120	
Ondersteuning coördinatie GGD	€ 0	€ 68,400	€ 68,400	
Totaal	€ 2,850	€ 95,760	€ 92,910	€69,683 - €116,138
Communicatie/Reclame				
Reclamecampagne kosten materiaal + uitrol	€ 0	€ 12,076	€ 12,076	
Uitnodigingsbrieven (2x, 8.400 huishoudens)	€ 0	€ 10,000	€ 10,000	
Overhead projectkosten communicatie GGD (FTE)	€ 0	€ 26,125	€ 26,125	
Overhead projectkosten communicatie Gemeente (FTE)	€ 0	€ 26,125	€ 26,125	
Totaal	€ 0	€ 74,326	€ 74,326	€60,056 - €88,596



Tabel 6 (vervolg). Gedetailleerde omschrijving van de gebruikte kostenposten en effectiviteitsmaten.

Kostenpost	Regulier	Pilot GRT	Vershil	Onzekerheidsmarge verschil
Klant Contact Centrum (KCC)				
Tijd KCC gesprek (minuten)	5.4	5.4	0.0	
Aantal gesprekken	4190	4611	421	
FTE kosten KCC	€ 12,046	€ 13,255	€ 1,209	
Totaal	€ 12,046	€ 13,255	€ 1,209	€907 - €1,511
Testfaciliteiten				
Inrichting locaties (eenmalig)	€ 0	€ 50,000	€ 50,000	
Huur testbus	€ 0	€ 0	€ 0	
Immanuelkerk	€ 0	€ 16,110	€ 16,110	
Spoththal de Toekomst	€ 0	€ 15,000	€ 15,000	
Woonzorgcentrum De Haven	€ 445	€ 445	€ 0	
Verkeersregelaar (FTE)	€ 0	€ 42,120	€ 42,120	
Totaal	€ 445	€ 123,675	€ 123,230	€100,200 - €151,260
Aantal testlijnen	1	13		
Facilitaire kosten per testlijn	€ 445	€ 9,513	€ 9,068	€7,742 - €11,670
Kosten test analyse				
Totaal	€ 272,374	€ 834,990	€ 562,616	€562,616 - €562,616
Testkosten personeel & PBM				
Arbeidskosten	€ 31,743	€ 591,607	€ 559,865	
Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM)	€ 3,262	€ 10,000	€ 6,738	
Totaal	€ 35,005	€ 601,607	€ 566,603	€503,553 - €686,532
Kosten per test	€ 8.35	€ 46.83	€ 38.48	€ 32.14 - € 49.00
Bron en Contact Onderzoek				
Gemiddeld aantal uren totaal voor BCO per index	5.0	5.0	0.0	
Personele kosten BCO	€ 66,274	€ 120,916	€ 54,642	
Totaal	€ 66,274	€ 120,916	€ 54,642	€47,258 - €78,764
Quarantaine interventie				
Extra Uren geïnvesteerd	0.0	640.3	0.0	
Kosten FTE BCO quarantaine interventie	€ 0	€ 23,180	€ 23,180	
Kosten de Boei (ondersteuning maatschappelijke org.)	€ 0	€ 1,500	€ 1,500	
Totaal	€ 0	€ 24,680	€ 24,680	€18,735 - €30,625
Totale Kosten	€ 388,993	€ 1,889,209	€ 1,500,216	€1,305,633 - €1,773,653

N.B. de ranges in deze tabel tonen de door de modelleur aangebrachte onzekerheid. De onzekerheid die in de epidemiologische parameters (bijvoorbeeld het verwachte



aantal testen tijdens regulier testen, wat is verweven met de meerkosten van een aantal categorieën) zit is hier nog niet in ingebouwd. Met uitzondering van de totale kosten, waar deze onzekerheid wel is meegenomen.

Dronten

Totale kosten

De resultaten van de analyse zijn te zien in Tabel 7 en Tabel 8, waarbij in Tabel 7 de puntschattingen worden weergegeven van de kosten per kostenpost. Tabel 9 biedt een gedetailleerde specificatie van alle kostencomponenten en de onzekerheidsmarge. De resultaten in tabel 8 tonen dat er naar verwachting 14,300 extra testen zijn afgenomen (4,000 regulier versus 18,300 in de pilot GRT). Daarnaast zijn er in Dronten 42 tot 49 asymptomaten gevonden tijdens de pilot. Dit (45 extra positieve personen, range 10 - 100) is de puntschatting voor het aantal extra gevonden indexen (personen).

Tabel 7. Puntschattingen van de verschillende kostenposten

Kostenpost	Regulier	GRT	Vershil
Opstart/projectmanagement	€ 0	€ 149,068	€ 149,068
Communicatie/reclame	€ 0	€ 91,649	€ 91,649
Klant Contact Centrum (KCC)	€ 11,561	€ 26,395	€ 14,834
Testfaciliteiten	€ 146	€ 116,473	€ 116,327
Test analyse	€ 261,412	€ 1,193,660	€ 932,248
Testpersoneel & PBM	€ 35,819	€ 717,042	€ 681,224
Bron en Contact Onderzoek (BCO)	€ 50,716	€ 60,599	€ 9,883
Quarantaine interventie	€ 0	€ 78,272	€ 78,272
Totaal geschatte kosten	€ 359,653	€ 2,433,158	€ 2,073,504

Tabel 8. De kosten-baten uitkomsten van de analyse

	Waarde	Min	Max
Aantal extra testen	14,342	7,802	18,104
Aantal extra indexen (positieve personen)	46	11	97
Aantal extra isolaties	33	8	72
Aantal extra quarantaines (contacten)	66	15	147
Kosten per extra test	€ 145	€ 132	€ 209
Kosten per extra positieve test	€ 45,572	€ 21,176	€ 193,190
Kosten per extra isolatie	€ 62,427	€ 28,229	€ 258,142
Kosten per extra quarantaine (contacten)	€ 31,614	€ 14,320	€ 135,401
Totale geschatte investering	€ 2,073,504	€ 1,608,960	€ 2,429,896

N.B. Input is een best guess van het aantal extra testers. De ranges zijn vrij breed door de onbetrouwbaarheid van de inputs.



De geschatte totale investeringskosten van de pilot GRT in Dronten liggen rond de 2 miljoen euro (Tabel 7 en Tabel 8). De kosten voor de test en analyse van de test (€65 per test) en het personeel op de testlocaties zijn de belangrijkste drijvende kostenposten, samen goed voor een investering van ruim 1.6 miljoen euro ten opzichte van regulier testen. Daarnaast dragen kosten voor de inrichting van de locatie en de huur met ruim €100,000 bij aan het totaal bedrag. De overige kostenposten leveren een meer bescheiden bijdrage aan het geheel.

Wanneer de kosten worden afgezet tegen de effectiviteitsmaten is te zien dat er ongeveer €145 is geïnvesteerd per extra afgenomen test (range van €130 tot €210 per extra afgenomen test). De kosten per extra gevonden positieve persoon bedragen tussen de €21,000 en de €193,000. Wanneer we met NL gemiddelden doorrekenen bedragen de kosten tussen de 30 duizend en de 260 duizend euro per extra isolatie en tussen de 14 en 135 duizend euro per extra quarantaine van de contacten.

Sensitiviteitsanalyse

De uitkomst van de sensitiviteitsanalyse zijn een maat voor de onzekerheid van de uitkomsten. Door de grote onzekerheid van de effectiviteitsmaten is er een grote range ontstaan. Hierin is te zien dat de verwachte investeringskosten tussen de ~1.6 En ~2.5 miljoen euro zijn voor een pilot GRT van 6 weken in Dronten, terwijl het aantal extra afgenomen testen tussen de ~7,800 en ~18,100 ligt. De uitkomstmaten quarantaines en isolaties hebben een grote onzekerheid doordat dit een opeenstapeling van aannames is geworden.



Tabel 9. Gedetailleerde omschrijving van de gebruikte kostenposten en effectiviteitsmaten.

Kostenpost	Regulier	Pilot GRT	Vershil	Onzekerheidsmarge verschil
Klinische parameters				
Aantal testen uitgevoerd	4,022	18,364	14,342	7,802 – 18,104
Aantal indexen (personen)	234	279	46	11 - 97
Aantal Isolaties	170	204	33	8 - 72
Aantal Quarantaines	337	402	66	15 - 147
Opstartkosten/projectmanagement				
Beleidsmedewerker	€ 0	€ 1,221	€ 1,221	
Medisch directeur	€ 0	€ 6,319	€ 6,319	
Manager AGZ	€ 0	€ 640	€ 640	
Arts IZB	€ 0	€ 13,008	€ 13,008	
Logistiek coördinator teststraat	€ 0	€ 2,816	€ 2,816	
Manager COVID-team	€ 0	€ 9,180	€ 9,180	
Roosterplanner GGD	€ 0	€ 18,586	€ 18,586	
Teststraatcoördinator	€ 0	€ 6,048	€ 6,048	
Coördinator uitrol gemeente	€ 0	€ 28,000	€ 28,000	
Medewerker uitrol gemeente	€ 0	€ 12,000	€ 12,000	
Projectmanagement gemeente	€ 0	€ 51,250	€ 51,250	
Totaal	€ 0	€ 149,068	€ 149,068	€ 143,286 - € 170,088
Communicatiekosten/Reclame				
Reclamecampagne kosten opmaak + materiaal + uitrol	€ 0	€ 35,308	€ 35,308	
Uitnodigingsbrieven (2x, 17.012 huishoudens)	€ 0	€ 26,064	€ 26,064	
Overhead projectkosten GGD (FTE)	€ 0	€ 4,277	€ 4,277	
Overhead projectkosten Gemeente (FTE)	€ 0	€ 26,000	€ 26,000	
Totaal	€ 0	€ 91,649	€ 91,649	€ 82,484 - € 125,362
Klant Contact Centrum (KCC)				
Tijd KCC gesprek (minuten)	5.4	5.4		
Aantal gesprekken	4021.7	9182.0		
FTE kosten KCC	€ 11,561	€ 26,395	€ 14,834	
Totaal	€ 11,561	€ 26,395	€ 14,834	€ 4,118 - € 32,149



Tabel 9 (vervolg). Gedetailleerde omschrijving van de gebruikte kostenposten en effectiviteitsmaten

Kostenpost	Regulier	Pilot GRT	Vershil	Onzekerheidsmarge verschil
Testfaciliteiten				
Inrichting testlijnen (eenmalig opening testlijnen)	€ 0	€ 35,985	€ 35,985	
FTE: Teststraatpersoneel van GGD Flevoland tbv op- en afbouw testlocatie	€ 0	€ 3,001	€ 3,001	
FTE: Locatiekosten	€ 0	€ 1,343	€ 1,343	
FTE: Locatie het de Hoeksteen	€ 0	€ 4,500	€ 4,500	
FTE: beveiliging teststraten (door GGD)*	€ 0	€ 30,000	€ 30,000	
Materiaal: spatschermen 2 locaties	€ 0	€ 1,595	€ 1,595	
Materiaal: beschermingsvloer 't Dok	€ 0	€ 4,249	€ 4,249	
Materiaal : droogloopmat hoeksteen	€ 0	€ 496	€ 496	
Overig: Catering, hygiëneartikelen keuken en badkamer, kantoorartikelen	€ 146	€ 1,096	€ 950	
Locatiehuur het DOK (inc. beveiliging)	€ 0	€ 19,584	€ 19,584	
Locatiehuur Hoeksteen (inc. beveiliging)	€ 0	€ 14,625	€ 14,625	
Locatiehuur Loods / Nijverheidsweg (inc. beveiliging)	€ 0	€ 0	€ 0	
Totaal locatiekosten	€ 146	€ 116,473	€ 116,327	€ 76,960 - € 136,158
Aantal straten	2	15		
Kosten per straat (alleen facilitair)	€ 73	€ 7,765	€ 7,692	€ 5,140 - € 9,087
Kosten test analyse				
Totaal	€ 261,412	€ 1,193,660	€ 932,248	€ 932,248 - € 932,248
Testkosten personeel & PBM				
Arbeidskosten	€ 32,603	€ 702,358	€ 669,755	
Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM)	€ 3,216	€ 14,684	€ 11,468	
Totaal	€ 35,819	€ 717,042	€ 681,224	€ 634,996 - € 762,819
Kosten Personeel & PBM per test	€ 8.91	€ 39.05	€ 30.14	€ 25.86 - € 36.04

*Vanwege de onduidelijkheid van deze kostenpost is de onzekerheid tussen €0 - €30,000 gemodelleerd, voor de puntschatting is het volledige bedrag genomen.



Tabel 9 (vervolg). Gedetailleerde omschrijving van de gebruikte kostenposten en effectiviteitsmaten.

Kostenpost	Regulier	Pilot GRT	Verschil	Onzekerheidsmarge verschil
Bron en Contact Onderzoek (BCO)				
Gemiddeld aantal uren totaal voor BCO per index	6.0	6.0	0.0	
Personele kosten BCO	€ 50,716	€ 60,599	€ 9,883	
Totaal	€ 50,716	€ 60,599	€ 9,883	€ 7,412 - € 12,353
Quarantaine interventie				
Extra Uren geïnvesteerd in BCO door quarantaine interventie	0.0	149.8	149.8	
Kosten uren BCO quarantaine interventie	€ 0	€ 5,421	€ 5,421	
Kosten Zamen Een (ondersteuning & bezorging thuisblijftas maatschappelijke org.)	€ 0	€ 31,066	€ 31,066	
Overige kosten (app, thuisblijftas, Juridische infrastructuur e.d.)	€ 0	€ 41,785	€ 41,785	
Totaal	€ 0	€ 78,272	€ 78,272	€ 70,708 - € 124,770
Totale Geschatte Kosten	€ 359,653	€ 2,433,158	€ 2,073,504	€ 1,608,960 - € 2,429,896

N.B. de ranges in deze tabel tonen de door de modelleur aangebrachte onzekerheid. De onzekerheid die in de epidemiologische parameters (bijvoorbeeld het verwachte aantal testen tijdens regulier testen, wat is verweven met de meerkosten van een aantal categorieën) zit is hier nog niet in ingebouwd. Met uitzondering van de totale kosten, waar deze onzekerheid wel is meegenomen.



Vraag 3: Welke ethische en juridische factoren spelen en dienen geadresseerd te worden bij toekomstige implementatie van grootschalig risicogericht testen?

Uit de expertmeetings komen de volgende ethische thema's naar voren: (1) onduidelijkheid over de wettelijke en ethische kaders, (2) onzekerheid over de vraag of de belasting en risico's van grootschalig risico gericht testen wel in verhouding staan tot de meerwaarde van de inzet van dit instrument bij het afnemen van de corona-pandemie, (3) behoefte aan meer duidelijkheid rondom de informatieverstrekking, en (4) diverse thema's rondom rechtvaardigheid.

Waar meer dan twee experts overeenkomstige punten naar voren brachten is dit weergegeven als "de experts". Daaronder moet nadrukkelijk niet worden verstaan dat alle experts dezelfde mening waren toegedaan, enkel dat deze punten door meerdere experts werden ondersteund. Verder is getracht meningsverschillen te laten zien waar deze ook zijn geuit, bijvoorbeeld door het gebruik van "sommigen" en "anderen".

Onduidelijkheid over wettelijke en ethische kaders

In de expertmeetings is geen consensus gevonden over de van toepassing zijnde kaders. Volgens sommigen valt het opschalen van grootschalig risicogericht testen onder de Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO), volgens anderen onder de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) en volgens weer anderen onder de Wet op de Publieke Gezondheid (WPG). Deze wetten kunnen volgens de experts gelijktijdig aan de orde zijn. Ook andere juridische kaders kunnen volgens de experts (gelijktijdig) van toepassing zijn op opschalen van grootschalig risicogericht testen zoals de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg (WKKGZ) omdat het om het verkrijgen van een diagnose gaat.

Onduidelijkheid bij de experts over de wettelijke en ethische kaders lijkt samen te hangen met door hen ervaren onduidelijkheid over de doelstelling (zie ook onder thema 2 hieronder). De doelstelling zoals momenteel door VWS geformuleerd ("om in gebieden waar een hogere infectiedruk is of dreigt Covid-19 besmettingen op te sporen, daarmee beter inzicht te krijgen op de (verspreiding van) het virus, en ketens van besmettingen te verbreken") vonden sommigen bijvoorbeeld moeilijk verenigbaar met de WBO.

Voor het bepalen van het juridisch kader werd aangegeven dat het van belang is om ook mee te nemen dat het publieke gezondheidsbelang, naar mate de vaccinaties vorderen, gaat afnemen.

Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO)

Versillende experts gaven aan dat het opschalen van grootschalig risicogericht testen mogelijk naast een vorm van bevolkingsonderzoek ook als medisch-wetenschappelijk onderzoek moet worden gezien omdat het bijdraagt aan de medische kennis, in ieder geval over de verspreiding van corona. Op de vraag wat het opschalen anders maakt dan het huidige bron- en contactonderzoek waar ook diagnoses worden gesteld en wat volgens de experts niet onder de WMO valt, werd geantwoord dat als er een aanleiding is om mensen te onderzoeken of ze een bepaalde aandoening of ziekte hebben dat het dan heel individueel gericht is, maar



dat het nu om een grote groep mensen gaat. Dat betekent volgens de experts dat het niet alleen meer gaat om het ten behoeve van de mensen zelf kijken of ze een aandoening hebben, maar juist ook om medische kennis te vergaren en te kijken hoe het virus zich verspreidt. Men signaleerde tegelijkertijd een groot grijs gebied waarin niet heel duidelijk is waarin het testen zonder klachten bij bron- en contactonderzoek en het opschalen van grootschalig risicogericht testen waarin juist ook mensen zonder klachten worden getest nu als medisch wetenschappelijk onderzoek moet worden gezien. Men suggereerde dat hoe verder wordt opgeschaald, hoe verder deze vorm van testen afstaat van klachten of symptomen, hoe eerder het geen diagnostiek meer is, maar wel medisch wetenschappelijk onderzoek.

Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO)

Als het onder de WBO zou vallen dan werd aangegeven dat het onderzoek moet zijn naar kanker, ioniserende straling of ernstige ziekten waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is. In het besprekdocument van VWS is aangegeven dat VWS COVID-19 als behandelbare aandoening ziet. Maar men vroeg zich af of VWS terecht COVID-19 als behandelbaar classificeert. Men opperde dat COVID-19 door preventie aan te pakken is en als zodanig misschien als behandelbaar te classificeren is, maar de indruk bestond ook dat door de overheid flexibel wordt omgegaan met de classificering behandelbaar.

Als redenen om het niet onder de WBO te scharen werden genoemd dat de ziektelast die wordt voorkomen niet zit bij het individu dat zich laat testen, maar wel in de omgeving. Ook werd genoemd dat een individu zich niet kan aanmelden voor bevolkingsonderzoek, waar dit nu juist wel kan voor grootschalig risicogericht testen. Ook vroeg men zich af of bij grootschalig risicogericht testen nog gesproken kan worden over een medische indicatie.

Als redenen om (opscaling van) grootschalig risicogericht testen wel onder de WBO te laten vallen werd genoemd dat het eigenlijk niet zozeer aan de orde is of de deelnemer er belang bij heeft. Het gaat erom volgens de experts of de uitslag wordt teruggekoppeld (wat bij COVID-19 het geval is vanwege de status van A-ziekte) op de betrokken persoon, waardoor de betrokkene wetenschap krijgt van de uitslag en daar iets mee moet, en dat dus ook als het belang van het onderzoek eigenlijk niet zozeer bij het individu zelf ligt dat het verder niets afdoet aan de toepasselijkheid van de WBO. Een andere reden die werd genoemd om grootschalig risicogericht testen onder de WBO te laten vallen is dat er (afhankelijk van de test die wordt ingezet en of die test gevalideerd is) bevindingen worden gedaan die leiden tot een diagnose. Deze diagnose maakt volgens hen dat het grootschalig risicogericht testen ook mede ten behoeve van die persoon is. Als het grootschalig risicogericht testen onder de WBO valt dan zijn de betrokkenen het erover eens dat het niet vergunningsplichtig is en geen consequenties heeft in dat kader.

Wet op de Publieke Gezondheid (WPG)

Door de experts is bediscussieerd hoe de huidige pilots onder artikel 7 van de WPG vallen, en vervolgens of het opschalen nog steeds onder de WPG kan blijven vallen. Men suggereerde dat artikel 7 bedoeld is als artikel om de bestrijding van infectieziekten binnen het kader van de WPG aan te sturen, maar dat de minister dit artikel veel breder heeft geïnterpreteerd. Men dacht dat het denkbaar was dat



grootschalig risicogericht testen min of meer permanent wordt vastgelegd in de WPG, maar dat zou dan nog verder verduidelijkt moeten worden.

Juridisch vervolgonderzoek nodig

Er werd benadrukt dat het belangrijk was extra onderzoek te verrichten naar hoe (de opschaling van) grootschalig risicogericht testen moet worden geduid als deze interventie wordt geïmplementeerd: als medisch wetenschappelijk onderzoek waarop de Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) van toepassing is, als bevolkingsonderzoek waarop de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) van toepassing is, en/of als een interventie die valt binnen de Wet op de Publieke Gezondheid (WPG).

Ethische principes

De experts suggereerden de volgende ethische principes die van belang zijn voor het opschalen van grootschalig risicogericht testen, ongeacht het van toepassing zijnde juridische kader: proportionaliteit en subsidiariteit zoals genoemd in het bespreekdocument van VWS, gunstige verhouding tussen de voordelen en de belasting/risico's en vrijwilligheid. Eigenaarschap (welke overheidsinstantie gaat over grootschalig risicogericht testen) en het tonen van een integrale blik op het opschalen werden gevoeld als momenteel ontbrekende principes in de discussie die in het vervolg ook meegenomen moeten worden.

Om ethische principes voor grootschalig risicogericht testen te identificeren werd voorgesteld om het stramien van de vergaderingen van de commissie bevolkingsonderzoek te nemen en te destilleren welke principes zijn gehanteerd bij de afweging door die commissie. Ook zou gedacht kunnen worden, volgens de experts, aan de kaders van het proefbevolkingsonderzoek, een instrument dat valt onder de WBO. Het juridische kader van de WBO werd als ethisch kader ervaren. Men gaf aan dat de WPG niet duidelijk een ethisch kader bevat.

Onzekerheid of risico's en belasting opwegen tegen de voordelen van het inzetten van grootschalig risicogericht testen

Om de risico's en de belasting goed tegen de voordelen te kunnen afwegen werd aangegeven dat het ook van belang is helder te hebben wat de meerwaarde is van het opschalen van grootschalig risicogericht testen. Die meerwaarde van het instrument grootschalig risico gericht testen was zodanig onduidelijk dat de belasting en risico's door de experts niet goed af te wegen was tegen de voordelen van het instrument.

Voordelen van het inzetten van grootschalig risicogericht testen

Over de precieze voordelen van het inzetten het instrument grootschalig risicogericht testen bestond onduidelijkheid bij de experts. Deze onduidelijkheid hangt volgens experts samen met de huidige doelstelling. In de expertmeeting is de doelstelling van VWS over het inzetten van grootschalig risicogericht testen als volgt gepresenteerd: "Het doel van grootschalig risicogericht testen is om in gebieden waar een hogere infectiedruk is of dreigt Covid-19 besmettingen op te sporen, daarmee beter inzicht te krijgen op de (verspreiding van) het virus, en ketens van besmettingen te verbreken" en dat het doel niet is om de samenleving te openen. Diverse experts gaven aan dat dit een (te) smalle doelstelling is en dat voor de burger niet heel duidelijk is waarom ze mee zouden doen, met name als er geen individueel voordeel is. Anderen gaven



aan dat men best altruïstisch gemotiveerd kan zijn zolang maar duidelijk is dat het doel is om zicht te krijgen op het virus.

De vraag was vervolgens of deze smalle doelstelling kon worden begrepen als louter voordeel voor de overheid. Sommigen meenden dat die interpretatie te stellig was omdat er toch geruststelling vanuit gaat als men wordt getest en dat er volgens hen naast het collectieve voordeel ook individueel voordeel te behalen is. In de huidige pilots is de doelstelling volgens de experts niet louter smal geïnterpreteerd: dus ondanks het collectieve belang zagen diverse experts meerwaarde in het meewerken aan het grootschalig risicogericht testen. Enerzijds meerwaarde voor de gemeente om mee te werken (bijvoorbeeld na vaststelling van hoge piek in besmetting om een bijdrage te kunnen leveren aan het bestrijden van de pandemie), anderzijds meerwaarde voor het individu omdat volgens hen er ook individuele voordelen zijn ervaren (zoals weer op bezoek kunnen bij familie). In sommige gevallen vielen de redenen voor de gemeente en voor het individu om mee te werken samen (bijvoorbeeld als het ging om altruïstische motieven).

In lijn met adviezen die de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving eerder heeft verstrekt volgens de experts werd voorgesteld niet alleen naar de R van het reproductiegetal van het virus te kijken, maar ook naar de R van het reproductiegetal van de gevolgen van de aanpak van het virus: dat het niet alleen belangrijk is om na te gaan wat het grootschalig risicogericht testen bijdraagt aan de bestrijding van het virus, maar ook wat het bijdraagt of vermindert aan de negatieve effecten die we nu zien van de aanpak van het virus, bijvoorbeeld huiselijk geweld.

Anderen twijfelden eraan of grootschalig risicogericht testen kan bijdragen aan het verminderen van huiselijk geweld. Deze experts gaven aan dat een smalle doelstelling juist wenselijk is. Het gaat hen vooral om de inzet van dit instrument in het kader van de infectieziektebestrijding en niet om het weer openen van de samenleving of andere public health doelen. De kanttekening die erbij werd gemaakt is dat "aan de voorkant echt goed nagedacht moet worden over de inzet van grootschalig risicogericht testen" en dat er een afwegingskader nodig is dat hierbij ondersteunend werkt. Daarbij moet volgens deze experts worden nagedacht of we inderdaad met dit instrument bereiken wat is bedacht en of de inzet van dit instrument de beste manier is om zicht te krijgen op het virus in een bepaalde regio. Zij geven aan de uitgevoerde pilots nut en noodzaak van de pilots kunnen bepalen in relatie tot de belasting die grootschalig risicogericht testen brengt. Een van de deelnemers gaf aan: "Maar ik zou dus niet zeggen we strooien dit rond en we gaan, heel veel van dit soort onderzoeken doen, want volgens mij krijg je de mensen dan niet meer mee. Dus als je het doet, moet je het heel puntig gebruiken."

In de expertmeeting en het achtergronddocument is verder uitgelegd dat VWS grootschalig risicogericht testen wil inzetten als er duidelijke aanleiding is om dit in te zetten, bijvoorbeeld via rioolwatermetingen of bij bepaalde signaalwaardes. Experts gaven aan dat deze onderliggende waarden niet zo heel erg fijnmazig zijn en dat ook hiervoor goed moet worden afgewogen waarom het instrument precies wordt ingezet. Wat precies de afkapwaarden zijn wanneer dit instrument moet worden ingezet zal niet altijd heel zwart wit zijn volgens de experts.



Naast onduidelijkheid over de doelstelling werd over de voordelen van het grootschalig risicogericht testen ook nog opgemerkt dat dit instrument moet worden gezien in het licht van het verloop van de pandemie. Men gaf aan dat als straks de gevolgen van Covid-19 afnemen dat het denkbaar is dat er dan voldoende instrumenten zijn om “op de normale manier” de infectieziekte te bestrijden met bron- en contactonderzoek en dat dan de vraag is of grootschalig risicogericht testen nog nodig is. Als redenen om grootschalig risicogericht testen in de toekomst in te zetten in het scenario waarbij de pandemie afneemt zou volgens experts gedacht kunnen worden aan lokale uitbraken die met een lokale situatie en lokaal gedrag te maken hebben, mits het ook mogelijk is om een specifieke groep ook daadwerkelijk te lokaliseren.

Risico's en belasting

De volgende risico's en vormen van belasting van grootschalig risicogericht testen werden geïdentificeerd:

1. Stigmatisering:
 - a. Van een gemeente of groep: de keuze voor een bepaalde gemeente kan leiden tot een vertekend beeld over een bepaalde gemeente (bijvoorbeeld dat de cijfers in Bunschoten zo hoog zijn omdat men bijeenkomt in fysieke kerkelijke vieringen wat niet zo bleek te zijn volgens de experts)
 - b. Van een individu: Als iemand een positieve uitslag heeft, volgt er ook bron- en contactonderzoek wat ook consequenties heeft voor anderen. De impact van het heel actief kijken naar wie een infectie te herleiden is kan leiden tot stigmatisering van individuen. Sommige experts gaven aan dat dit juist de basis is van bron- en contactonderzoek en niet anders is in grootschalig risicogericht testen.
2. Een tweedeling in lokale gemeenschappen, zeker als het om kleine gemeenschappen gaat, tussen mensen die positief en negatief testen.
3. De inzet van grootschalig risicogericht testen zou mogelijk tot verkeerde vormen van zelfselectie kunnen leiden: angst om ergens naartoe te gaan als men niet heeft meegedaan, angst voor verstoting. Van deze risico's werd gezegd dat ze moeilijk op voorhand in kaart te brengen zijn maar dat men er wel rekening mee moet houden en moet proberen te identificeren.
4. Het creëren van testaanbod zorgt ervoor dat mensen een keuze moeten maken die zij voorheen niet hoefde te maken. Dit kan leiden tot maatschappelijke druk ('men heeft zich niet laten testen maar had dit wel kunnen doen').
5. Het kan leiden tot een alleen maar negatiever beeld rondom het testen of de corona aanpak van het kabinet, met name als het sentiment rondom coronamaatregelen negatief is, dan kan het een tegenstrijdige werking krijgen.
6. Spanningen in sociale kringen (familie en vrienden)
7. Privacy risico's
8. Implicaties voor andere vormen van onderzoek die hierop lijken zoals het bevolkingsonderzoek, zeker als het opschalen ook gepaard gaat met bepaalde vormen van nudging (zie ook onder autonomie).
9. Afnemen van het draagvlak voor dit instrument, zowel op korte als lange termijn.
10. Het draagvlak om in isolatie te gaan na een positieve test kan verminderen: het is nu al lager dan in het begin van de pandemie en kan mogelijk minder worden bij inzet van grootschalige testmethoden.



11. Testen dragen ook bij aan medicalisering, in het kader van de pandemie is dat nog te begrijpen, maar als de pandemie afvlakt is het de vraag of medicalisering van lichte symptomen of het testen van mensen zonder klachten nog wenselijk is.
12. Het vaak ontbreken van hulp bij wat het betekent om in quarantaine of isolatie te gaan.
13. Hoge belasting door regelmatig een PCR-test te ondergaan, ook als men eigenlijk helemaal geen klachten heeft. Bij kinderen kan mogelijk en angst voor zorg/artsen ontstaan.

Behoeftte aan meer duidelijkheid over doel van informatieverstrekking

Het belang van eerlijke, volledig en transparante informatie werd benadrukt, alsmede het ervoor zorgen dat iedereen die het wil die informatie ook tot zich kan nemen en dat daarop wordt ingezet. Men gaf aan dat het vooral duidelijk moet zijn wat het doel is van de informatieverstrekking: mensen een weloverwogen keuze laten maken wat ook kan impliceren dat ze nee zeggen, of mensen ertoe verleiden dat ze deelnemen aan het grootschalig risicogericht testen. Ook moeten mensen volgens de experts goed begrijpen wat er met hun gegevens gebeurt.

De experts gaven aan dat in de voorlichtingscampagne van de huidige pilots de nadruk is gelegd op het maken van een vrijwillige keuze, maar ook dat ambassadeurs zijn ingezet die zichtbaar waren in de gemeente, en tevens brieven zijn verstuurd om mensen extra te motiveren. Sommige experts gaven aan dat nudging niet is toegestaan bij vergunningsplichtig bevolkingsonderzoek. Andere experts gaven aan dat ook bij bevolkingsonderzoeken de overheid bezig is met mensen te verleiden om mee te doen. Daarbij wordt volgens hen wel aangegeven dat mensen een eigen keuze hebben en een geïnformeerde keuze, dus dat deelname nuttig kan zijn op populatieniveau en dat het op individueel niveau weleens anders kan zijn.

Sommige experts beargumenteerden dat nudging (verleiden van deelnemers om deel te nemen) geen probleem is áls een weloverwogen, uitlegbare keuze (met kosten/batenanalyse) is gemaakt voor het opschalen en inzetten van grootschalig risicogericht testen. Sommigen zouden dan zelfs "vol" ervoor gaan, inclusief nudging zoals inzet van rolmodellen (burgemeesters, wethouders) en influencers, alsmede brieven om mensen te overreden om mee te doen. Anderen gaven aan dat duidelijker moet worden gemaakt wat precies met (het opschalen van) grootschalig risico gericht testen worden beoogd en wat dat betekent voor die manier waarop mensen worden benaderd. Dus wil de overheid een aanbod doen en mensen zelf een geïnformeerde vrijwillige keuze laten maken of wil men gewoon dat de deelname zo hoog mogelijk is. Nudgen werd door hen niet als wenselijk gezien.

Diverse thema's rondom rechtvaardigheid

Sommige experts zagen geen rechtvaardigheidsissues ten aanzien van het opschalen. Anderen zagen nadrukkelijk wel thema's dus of de inspanningen bij de opschaling voldoende zijn om ook mensen met lage gezondheidsvaardigheden te bereiken.

Men gaf ook aan dat mensen niet het gevoel moeten hebben van willekeur, want willekeur voelt onrechtvaardig. Dat impliceert volgens de experts dat men duidelijk aangeeft onder welke voorwaarden en onder welke omstandigheden een dergelijk



instrument wordt ingezet: “dat mensen niet opeens denken: oh, het was hier in Bunschoten zo hoog en wij zijn een dergelijk religieuze gemeenschap, wij gaan nu even aangepakt worden.”

Onder de noemer rechtvaardigheid is ook gediscussieerd over de inclusie van kinderen. Sommigen vroegen zich af of de belasting voor kinderen in grootschalig risicogericht testen wel in verhouding stond tot de noodzakelijkheid van de interventie. Anderen vroegen zich af of alle kinderen in een bepaalde gemeente moeten worden meegenomen. Ook is de vraag gesteld of een leeftijdsgrens moet worden ingevoerd.



4. Discussie

Vraag 1: Hoe ziet de implementatie van het grootschalig risicogericht testen eruit?

Subvraag 1a: De pilot bestond uit twee belangrijke onderdelen, namelijk het grootschalig risicogericht testen en het bron- en contactonderzoek. Er werden verschillende zaken geregeld om dit op te zetten en uit te voeren. Daarnaast werd er een communicatiecampagne omtrent de pilot opgezet en uitgevoerd. De resultaten geven inzicht in wat er allemaal kwam kijken bij de opzet en uitvoering de pilot en zijn waardevol voor regio's die in de toekomst een dergelijke pilot opzetten. Hoewel de resultaten geen uitgestippelde route of blauwdruk bieden geven ze wel richting en een indruk van waar men op moet letten. In acht moet worden genomen dat het belangrijk is om rekening te houden met regionale kenmerken zoals demografische en sociaaleconomische kenmerken van de inwoners.

Subvraag 1b: Door professionals van gemeente Bunschoten en de GGD werden verschillende factoren genoemd die het succes van de pilot hebben bevorderd of belemmerd. De meeste bevorderende factoren die werden genoemd lagen op het gebied van de professionals (bijvoorbeeld motivatie betrokken partijen) en de sociale context (bijvoorbeeld snelle en laagdrempelige communicatie). De meeste belemmerende factoren die werden genoemd lagen op het gebied van de pilot zelf (bijvoorbeeld afbakening doel en inhoud pilot). De geïnterviewde professionals vertegenwoordigen diverse perspectieven waardoor bevorderende en belemmerende factoren op verschillende niveaus van het zorgsysteem konden worden geïdentificeerd en ingedeeld. Tijdsbeperkingen lieten het niet toe om een verdiepingsslag te maken en in te gaan op individuele perspectieven ten aanzien van bevorderende en belemmerende factoren.

Subvraag 1c: Voor zowel professionals als inwoners zijn er redenen om wel of niet mee te doen aan de pilot. Door professionals werden redenen genoemd op het gebied van relatiemanagement en tijdsinvestering. Door inwoners werden redenen genoemd op het gebied van de betrouwbaarheid van de test, het vertrouwen in de overheid en het overheidsbeleid. Bij het interpreteren van deze resultaten moet rekening worden gehouden met het feit dat er slechts drie inwoners zijn geïnterviewd. Bovendien betrof dit inwoners die niet aan de pilot wilden deelnemen. Inwoners die wel aan de pilot wilden deelnemen zijn niet geïnterviewd.

Vraag 2: Welke extra kosten bracht de aanpak van het grootschalig risicogericht testen met zich mee en hoe verhouden deze gevonden kosten zich tot de effecten?

Uit deze analyse kan geconcludeerd worden dat het vinden van een extra positieve persoon door GRT in Bunschoten ongeveer €5,000 kost. In Dronten worden de kosten per extra gevonden positieve persoon geschat op ongeveer €45,000 (let wel: range 20 – 200 duizend euro). Het geïnvesteerde bedrag in Bunschoten, ongeveer 1.5 miljoen euro, geeft een beeld van de additionele kosten die zijn gemaakt voor risico gericht testen ten opzichte van het reguliere testen. De geschatte totale investeringskosten van de pilot GRT in Dronten liggen rond de 2 miljoen euro. De



kosten voor een test plus analyse en het personeel op de teststraat zijn de belangrijkste oprijvende kostenposten, samen goed voor een investering van ruim 1.1 miljoen euro in Bunschoten en ruim 1.6 miljoen euro ten opzichte van de reguliere setting in Dronten.

De extra kosten van het GRT worden verklaard door een aantal factoren: eenmalige kosten die samenhangen met het opzetten van de pilot, kosten die opschalen omdat er meer testen werden afgenomen, kosten die opschalen omdat er meer positieve personen worden gevonden en kosten die gemaakt zijn met als doel de quarantainebereidheid te verhogen (quarantaine interventie). De eenmalige kosten voor GRT bestonden uit: Opstartkosten/projectmanagement en Communicatiekosten/reclamekosten en bedroegen samen ongeveer €160,000 in Bunschoten en €240,000 in Dronten. De kosten die opschalen naar gelang het aantal tests zijn kosten voor het KCC, Testfaciliteiten, voor de test analyse en aanschaf en kosten voor teststraat personeel & PBM. Hiervan zijn de kosten voor test analyse (€65 per test) en het personeel op de teststraat de belangrijkste kostendrijvers. De kosten die worden gemaakt naar aanleiding van een positieve test (BCO kosten en Quarantaine interventie kosten) hebben relatief weinig impact op de totale kosten.

De kosten van het teststraatpersoneel tijdens GRT schalen harder op dan je op basis van de reguliere setting zou verwachten, respectievelijk ~€8 - €9 per test tijdens regulier testen vergeleken met ~€47 en ~€39 in Bunschoten en Dronten per test tijdens de pilot GRT. Dit wordt veroorzaakt doordat de bezetting een stuk lager was tijdens de pilots GRT vergeleken met regulier testen, per testlijn met personeel kwamen er dus minder mensen testen per uur. Daarnaast zijn de gebruikte testfaciliteiten duurder qua huur en investeringen in de pilots vergeleken met regulier testen (respectievelijk <€500 euro per testlijn bij regulier ten opzichte van €9,500 en €8,000 per testlijn in Bunschoten en Dronten bij de pilot GRT). Dit is deels te verklaren door de (eenmalige) kosten van inrichting van extra locaties die moesten worden gemaakt. Daarnaast was duidelijk dat de al bestaande locaties voor regulier testen een goedkopere (of geen) huurkosten hadden vergeleken met de locaties die hierna nog extra gehuurd werden voor het GRT.

In de GRT-pilots is vanaf week vier het proces zo ingesteld dat men ook zonder afspraak kon komen testen. Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid invloed gehad op de kosten gemaakt door het KCC (kosten lager in de pilots) en de bezettingsgraad/benodigde overcapaciteit in de teststraten (meer overcapaciteit nodig bij testen zonder afspraak). Ook zijn door de proceswijzigingen meer kosten gemaakt voor projectmanagement en communicatie; veel partijen moesten regelmatig op de hoogte worden gebracht van veranderingen in het proces, en ook burgers moesten extra worden ingelicht vanwege conflicterende informatie vanuit verschillende overheidsorganen. Kosten voor onderzoek zijn niet meegenomen in de analyse. Het kan echter voorkomen dat bij sommige projectmanagers toch tijd voor onderzoek nog is geïncludeerd, waardoor de kosten voor opstart- en projectmanagement wellicht zijn overschat. Ook is het dus plausibel dat in volgende GRT projecten deze kostenposten dus lager zullen liggen.



Beperkingen van dit onderzoek

De gegevens over het aantal extra (positieve) testen en personen zijn van een mindere kwaliteit in Dronten dan in Bunschoten. We hebben daarom gewerkt met grove schatting van het aantal extra (positieve) testen uitgevoerd binnen pilot GRT in Dronten. Dit veroorzaakt een groot onbetrouwbaarheidsinterval achter de effectmaten.

Door met veel betrokkenen te spreken is een zo compleet mogelijk beeld ontwikkeld en zijn de belangrijkste kostenposten geïdentificeerd. Dit verslag is echter niet te gebruiken als boekhouding, maar dient als een pragmatische manier om de belangrijkste kostendrijvers in kaart te brengen. Meerdere kostenposten waren nog niet definitief ten tijde van het uitvoeren van dit onderzoek. Dit is geprobeerd zoveel mogelijk te ondervangen door onzekerheidsmarges te modelleren. Daarnaast is er een reëel risico op verschillen in administratie tussen beide regio's. Het vergelijken van regio's dient daarom met zorg en alleen op hoofdlijnen te gebeuren. Door de aannames die zijn gedaan op het KCC in Dronten, wegens het ontbreken van de cijfers, is er een groot betrouwbaarheidsinterval op deze uitkomsten ontstaan. Al met al stapelen de onzekerheden binnen Dronten tot resultaten met relatief meer onzekerheidsmarge.

Quarantaine interventie

De kosten voor de quarantaine-interventie zijn apart ingeschaald in deze analyse. Dit is af te zetten tegen de verwachte effectiviteit (gedragsunit) van de quarantaine-interventie (let wel hieronder verstaan we interventie in het BCO en investeringen om quarantaine en isolatie te bevorderen).

Vergelijking Bunschoten en Dronten

Kosten

Over het geheel genomen vormen opstartkosten maar een klein aandeel van de totale kosten (5-6%). In Dronten waren de kosten uitgebreider gerapporteerd dan in Bunschoten. Er waren hier veel verschillende medewerkers bij de coördinatie betrokken. In Bunschoten waren er minder posten opgenomen voor uitrol en management. Voor beide pilots geldt dat de kosten waarschijnlijk hoger zijn uitgevallen doordat het de eerste uitvoering was.

De kosten voor Testfaciliteiten vormen 5-7% van het totaalbedrag wat aan de pilot is uitgegeven. Voor de inrichting en het gebruik van een testlijn is per testlijn gemiddeld €7,800-€9,500 in beide regio's uitgegeven. De grootste verschillen hier waren de personele kosten voor verkeersregeling (Bunschoten) en beveiliging (Dronten). Testkosten personeel & PBM was een van de grootste kostendrijvers binnen de pilot: ~30% van de totale pilotkosten kwamen op het conto van de arbeids- en beschermingsmaterialenkosten. De testlijnen draaiden gemiddeld genomen op ongeveer 10-20% van hun maximale capaciteit. In Dronten was de bezetting iets hoger dan in Bunschoten, wat ongeveer €8 per test scheelde (€39 versus €47 per test aan personele kosten & PBM). Normaal gesproken kan volgens experts een teststraat langdurig op 60-75% van de maximale capaciteit draaien. Hier spelen enkele factoren een rol: er kwamen minder mensen opdagen dan gedacht en wegens de grootschalige opzet van de pilot móest er overcapaciteit worden ingepland. De vaste prijs per test voor transport en analyse van een test is de grootste kostenpost binnen het GRT; ~35-50% van de totale investeringen in de pilots worden hieraan uitgegeven. In Dronten zijn meer testen afgenomen dan in Bunschoten resulterende in hogere kosten. In Dronten en Bunschoten zijn



verschillende vormen van isolatie- en quarantaineondersteuning toegepast. De interventie in Dronten was meer uitgebreid dan in Bunschoten, resulterende in hogere kosten.

Effecten

Doordat de effectschatters op twee verschillende manieren berekend zijn in beide regio's dient vergelijking hiervan met zorg te gebeuren. In Dronten zijn de kosten per extra test iets lager dan in Bunschoten, namelijk €145 ten opzichte van €173 per extra test. Dit komt voornamelijk doordat er in Dronten meer extra test zijn uitgevoerd ten opzichte van regulier testen (14,000 versus 8,500), waardoor in Dronten de eenmalige investeringskosten over meer testen verdeeld zijn. Daarnaast zorgde een iets hogere bezetting op de testlijnen in Dronten voor iets lagere kosten per extra uitgevoerde test. De kosten per extra positieve index (personen) zijn in Bunschoten ongeveer €5,000 euro. De schatting in Dronten is een bedrag tussen de €21,000 en de €193,000 per extra positieve index (personen). Ondanks de grove range en de verschillende methodiek kunnen we concluderen dat de kosten per extra positieve index hoger zijn in Dronten dan in Bunschoten. Dit is voornamelijk te verklaren door een lager aandeel positieve testen in Dronten versus Bunschoten (1.5% versus 5.2%).

Vraag 3: Welke ethische en juridische factoren spelen en dienen geadresseerd te worden bij toekomstige implementatie van grootschalig risicogericht testen?

Uit de expertmeetings komt naar voren dat rondom de ethiek van (het opschalen van) grootschalig risicogericht testen nog veel onduidelijkheid bestaat op diverse punten: (1) onduidelijkheid over de wettelijke en ethische kaders, (2) onzekerheid over de vraag of de belasting en risico's van grootschalig risico gericht testen wel in verhouding staan tot de meerwaarde van de inzet van dit instrument bij het afnemen van de corona-pandemie, (3) behoefte aan meer duidelijkheid rondom de informatieverstrekking en (4) onduidelijkheid over hoe tegemoet gekomen wordt aan diverse thema's rondom rechtvaardigheid. Een verdere duiding van deze bevindingen moet worden gedaan in samenhang met de diverse lopende deelonderzoeken van de pilots.

Aan jurist Jos Dute (zie lijst deelnemers dag 1) is gevraagd om verdere juridische analyse van de gevonden thema's. Van deze analyse is een apart verslag opgenomen als bijlage (bijlage 3).

Limitaties zijn dat vanwege de beperkt beschikbare tijd voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag geen voorbereidend literatuuronderzoek mogelijk was. Om dezelfde reden is de omvang van de dataverzameling beperkt, waardoor datasaturatie op de gevonden thema's niet bereikt kon worden.



5. Eerste lessen opschaalbaarheid en advies

Vraag 1: Hoe ziet de implementatie van het grootschalig risicogericht testen eruit?

Aanbevelingen op basis van bevorderende factoren tijdens de pilot

Vorbereiding

- Tijdens de pilot bleek dat het belangrijk is dat de arts infectieziektebestrijding in de besluitfase betrokken is. Elke regio heeft andere onderliggende oorzaken voor toegenomen infectiedruk of lage testbereidheid en vraagt dus een op maat gemaakte interventie. Het maken van een goede analyse van factoren die samenhangen met het probleem en de interventie insteken op relevante en veranderbare factoren is een gebruikelijke eerste stap binnen het ontwikkelen van een interventie. Omdat de arts infectieziektebestrijding goed kan beoordelen of grootschalig risicogericht testen zinvol is in de regio en op welke manier dit het best kan worden vormgegeven, is het aan te bevelen dat de arts een belangrijke rol speelt in de besluitfase.
- Tijdens de pilot bleek dat het betrekken van inwoners, ondernemers, kerken en maatschappelijke instanties bij de aanpak van het grootschalig risicogericht testen zorgde voor een positieve houding van deze groepen ten aanzien van de pilot en een interventie die goed paste bij de gemeente. Zo staat in Bunschoten het gezin centraal. Om deze reden is de mogelijkheid tot een gezinsafpraak ingevoerd en werden gezinnen als geheel benaderd met de uitslag van de test. Professionals van de gemeente bevelen daarom aan om deze groepen in de voorbereiding te betrekken.

Samenwerking

- Uit de pilot bleek dat grootschalig risicogericht testen vraagt om samenwerking tussen veel verschillende partijen, zoals het ministerie van VWS, de gemeente, onderzoekers, de GGD (artsen, medewerkers bij het klantcontactcentrum, teststraten en bron- en contactonderzoek) en lokale organisaties. Goede projectmanagement (met o.a. de invoering van een multidisciplinaire dagstart tussen deze partijen) heeft geholpen om de samenwerking soepel te laten verlopen. Het is daarom aan te bevelen dat er een projectmanager beschikbaar is die het gehele proces van grootschalig risicogericht testen overziet en van daaruit kan fungeren als schakel naar het ministerie van VWS.
- Uit de pilot bleek dat men elkaar snel wist te vinden voor samenwerking en het oplossen van problemen, omdat de GGD de regie had en veel taken binnen de organisatie uitvoerde. Door professionals van de GGD wordt aanbevolen goede afspraken te maken over wie de regie pakt. Dit is een intensieve rol dus zorg dat de benodigde tijdsinvestering vooraf goed bekend is zodat hierop geanticipeerd kan worden.
- Uit de pilot bleek dat een goede samenwerking tussen de GGD en de gemeente ertoe leidde dat nieuwe teststraten in snel tempo konden worden opgezet. De GGD heeft veel ervaring met het opzetten van teststraten en had binnen het grootschalig risicogericht testen name behoefte aan goede facilitering door de gemeente. De gemeente heeft namelijk zicht op geschikte beschikbare locaties en heeft het netwerk om hier toestemming voor te



verkrijgen. Daarom wordt door professionals van de GGD en de gemeente aanbevolen dat de lijnen tussen de GGD en gemeente op dit gebied kort en duidelijk zijn zodat snel kan worden opgeschaald.

Communicatie

- Volgens professionals van de gemeente heeft het gebruik van zes bekende gezichten uit Bunschoten binnen de communicatiecampagne eraan bijgedragen dat veel inwoners een positieve houding ten opzichte het grootschalig risicogericht testen hadden. Dit geldt ook voor het betrekken van een lokale partij in de ondersteuning bij isolatie en quarantaine. Daarnaast gaven zij aan met hun communicatie-uitingen in te kunnen spelen op ervaringen, vragen en opmerkingen van inwoners doordat zij reacties uit de gemeente op sociale- en lokale media volgden. Hun advies is daarom om een communicatieplan te maken waarin het vergroten van herkenbaarheid en het monitoren van de ervaring van inwoners wordt opgenomen.

Aanbevelingen op basis van belemmerende factoren tijdens de pilot

Vorbereiding

- Het grootschalig risicogericht testen heeft niet als doel om de samenleving weer te openen. Tijdens de pilot bleek, vooral in het begin, dat er onduidelijkheid was rondom dit doel en de afbakening van het grootschalig risicogericht testen. Hierdoor werd het verschaffen van informatie naar- en beantwoorden van vragen van inwoners bemoeilijkt. Er wordt daarom aanbevolen om tijdens de voorbereiding binnen het communicatieplan aandacht te hebben voor interne communicatie aan medewerkers van de gemeente en de GGD over het doel van grootschalig risicogericht testen.

Samenwerking

- Tijdens de pilot was er sprake van uitwisseling van gegevens tussen de GGD en de lokale organisatie die ondersteuning bood op het gebied van isolatie en quarantaine. Wanneer een toekomstige regio, die grootschalig gaat testen, ook een dergelijke samenwerking aangaat is het aan te bevelen om goede afspraken te maken op het gebied van privacy en dataveiligheid.

Communicatie

- Tijdens de pilot ontstond er verwarring en kwamen er negatieve reacties van inwoners over het grootschalig risicogericht testen doordat de minister-president Rutte in een persconferentie uitsprak dat testen zonder klachten geen zin heeft. Om dit te voorkomen is het aan te bevelen om een communicatieplan te maken met alle betrokkenen, dus ook de landelijke overheid, samen.
- Tijdens de pilot bleek dat de oproep om je “zo vaak mogelijk” te laten testen door verschillende inwoners verschillend werd geïnterpreteerd. Hieruit volgt de aanbeveling om zo duidelijk mogelijk te zijn over de gedragsdoelstellingen naar inwoners. Oproepen als “zo vaak mogelijk testen” kunnen verder geconcretiseerd worden. Benoem hoe vaak je wilt dat mensen zich idealiter zouden laten testen.



Personeel en processen

- Tijdens de pilot bleek dat de behoefte aan medische supervisie door het veranderde testbeleid erg toenam. Dit leidde, vooral in het begin, tot een hoge werkdruk. Daarom wordt door professionals van de GGD geadviseerd om ervoor te zorgen dat er dagelijks genoeg medische supervisie aanwezig is. Het is van belang dat deze supervisoren op de hoogte worden gebracht van het nieuwe medische beleid in het kader van het grootschalig risicogericht testen, zodat zij vragen van medewerkers in de uitvoering goed kunnen beantwoorden.
- Het grootschalig risicogericht testen leidde ertoe dat medewerkers van het klantcontactcentrum, de teststraat en het bron- en contactonderzoek informatie en adviezen moesten geven die afweken van wat ze gewend waren. Tijdens de pilot bleek dat deze omschakeling een grotere uitdaging was dan vooraf verwacht. Om deze reden wordt aanbevolen om ervoor te zorgen dat werkinstructies en belscripts op tijd zijn aangepast en bekend zijn bij de medewerkers in de uitvoering.
- Daarnaast kan het helpen om gedurende het grootschalig risicogericht testen een dagstart in te voeren en een vaste ploeg medewerkers te hanteren op de drie processen van het KCC, de teststraat en het BCO. Neem deze medewerkers in de voorbereiding al mee in de doelstellingen en de nieuwe werkwijze van het grootschalig risicogericht testen.
- Tijdens de pilot bleek dat er een lacune was tussen de medewerkers die op hoog niveau betrokken waren bij de opzet van het grootschalig risicogericht testen en de medewerkers die deze ideeën op operationeel niveau moesten uitvoeren. Er waren in eerste instantie geen mensen die op beide niveaus intensief betrokken waren en de implementatie op de werkvloer konden borgen. De implementatie van het grootschalig risicogericht testen was een proces waarbij tussentijds ook lessen werden geleerd wat leidde tot veranderingen in de implementatie. Daarom wordt aanbevolen om uit elk van de drie processen (KCC, teststraat en BCO) een medewerker in te stellen die zowel intensief betrokken is bij de uitvoering als goed op de hoogte is van de dagelijkse veranderingen binnen het grootschalig risicogericht testen. Zij zouden dagelijks op de werkvloer aanwezig moeten zijn om een brug te vormen tussen het management die de interventie vormgeeft en de medewerkers die de daadwerkelijke uitvoering verzorgen.



Vraag 2: Welke extra kosten bracht de aanpak van het grootschalig risicogericht testen met zich mee en hoe verhouden deze gevonden kosten zich tot de effecten?

Kosten toekomstige GRT interventies

Ook in toekomstige GRT interventies zullen de extra kosten voornamelijk worden veroorzaakt door extra analysekosten en personele kosten op de testlijnen. De personele kosten zullen sterk afhangen van de bezettingsgraad op de testlijnen. Een voorbeeld: in een gemeente van 30.000 mensen wordt personeel ingezet voor 50.000 testen met een bezetting van 50%. Indien er dan uiteindelijk 15.000 testen worden afgenomen zal de bezetting, zonder afschaling, ongeveer 15% zijn en de personele kosten per test ongeveer €40 zijn (totaal €600.000). De locatiekosten zouden dan bijvoorbeeld voor 15 testlijnen rond de €130.000 kunnen zijn. Bij een correctere inschatting van het aantal testers of afschaling tot een bezetting van 50% had dit ongeveer €12,60 per test kunnen zijn (totaal €190.000). Als er dan bijvoorbeeld ook maar 5 in plaats van 15 testlijnen zouden worden ingericht, zou dit bijna €90.000 schelen. De extra kosten voor testanalyse en het KCC zullen direct afhangen van het aantal extra testen en de extra kosten voor het BCO van het aantal extra indexen.

Aanbevelingen

De meerkosten in beide pilotregio's worden voornamelijk veroorzaakt door extra analysekosten en personele kosten op de teststraat. We zien daarnaast dat het zowel in Dronten als Bunschoten niet lukt om de theoretisch haalbare bezetting van 75% op de testlijnen te realiseren. Zoals hierboven beschreven, zullen de kosten per extra afgenomen test lager uitvallen bij een effectievere bezetting op de testlijnen. De verwachting is wel dat de kosten per extra positieve index (persoon) hoger zullen zijn tijdens GRT dan in de reguliere setting, omdat de mensen met de grootste kans op een positieve test, mensen met klachten, in de reguliere setting ook waarschijnlijk zouden zijn komen testen. Wanneer het doel is de kosten per extra positieve index zo laag mogelijk te krijgen is aan te raden in gebieden met een hoge besmettingsgraad GRT uit te rollen. Al met al kunnen de kosten in een nieuwe, langere en meer efficiënte GRT zich langzaam richting de €75-€100 per extra afgenomen test gaan bewegen. Daarentegen zijn de kosten per extra gevonden index sterk afhankelijk van de besmettingsgraad en daardoor lastiger te voorspellen.

Vraag 3: Welke ethische en juridische factoren spelen en dienen geadresseerd te worden bij toekomstige implementatie van grootschalig risicogericht testen?

Er is extra ethisch en juridisch onderzoek nodig naar de van toepassing zijnde ethische en juridische kaders. Juridisch vervolgonderzoek is ingezet maar nog niet duidelijk is in hoeverre de nu vrijgemaakte middelen om dit onderzoek te doen afdoende zijn.

Voordat grootschalig risicogericht testen wordt geïmplementeerd moet een nog betere inschatting worden gemaakt van de precieze meerwaarde in het licht van de risico's en de belasting van dit instrument. Daarbij is het ook van belang de



complexiteit van deze interventie in ogenschouw te nemen die verdere ontleding nodig heeft in voordelen en risico's. Ook is het van belang onderzoek naar deze inschatting te doen voor de wat kortere termijn, nu we nog midden in de pandemie zitten, en voor de langere termijn.

Vanwege de diverse open thema's rondom de ethiek en het recht die in de expertmeetings zijn geïdentificeerd adviseren we VWS een ethicus en een jurist te betrekken bij de beraadslagingen over de implementatie van grootschalig risicogericht testen.



6. Bijlagen

Bijlage 1: Interview guide – interviews professionals

1. We willen het graag met u hebben over de pilot Grootschalig Risicogericht testen die sinds 8 februari loopt in Bunschoten. Als we het tijdens dit interview hebben over 'de pilot' dan bedoelen we de gehele Bunschotense aanpak van Grootschalig Risicogericht testen in de pilotperiode. Kunt u vertellen wat uw rol was binnen deze pilot?

Er is een hele voorbereiding aan de start van de pilot op 8 februari voorafgegaan. We willen met u even terug naar het allereerste moment, waarop de pilot werd bedacht.

2. a) Wat weet u over hoe het idee voor deze pilot is ontstaan?
 - b) Wie waren betrokken bij het idee om de pilot in Bunschoten uit te voeren? Wie heeft de beslissingen genomen om het idee uit te voeren in de praktijk?
 - c) Bent u bekend met soortgelijke initiatieven in het buitenland?
 - d) Zo ja,
 - in hoeverre is de aanpak in Bunschoten hierop gebaseerd?
 - in hoeverre is de aanpak in Bunschoten aangepast t.o.v. het soortgelijke initiatief?
3. Zijn er professionals of organisaties die niet wilden meewerken aan de pilot in de voorbereidingsfase? Zo ja, waarom niet? Wie wilden er wel meteen meewerken?

Vorbereitung

Grootschalig Testen

De volgende vragen gaan over Grootschalig Testen. In dit interview vatten we dit als de activiteiten die zijn uitgevoerd zodat:

- a) ook mensen zonder klachten zich konden laten testen en
 - b) mensen zich wekelijks konden laten testen?
 - c) mensen zich vanaf week 4 zonder afspraak kunnen laten testen?
4. In het geval van het testen op Corona: hoe zag dat er in de praktijk uit voor de pilot? En hoe was dit anders dan tijdens de pilot?



Welke extra zaken zijn geregeld om het grootschalig testen te organiseren? (denk aan de drie subdoelen genoemd onder a, b en c hierboven). En wie heeft er inzicht in de kostenopbouw van deze zaken?

Categorie	Denk aan:
Organisatorisch	<ul style="list-style-type: none"> ● Communicatie GGD ● Afstemming verschillende partijen
Facilitair	<ul style="list-style-type: none"> ● Teststraten (o.a. inrichting) ● Testbus ● Vervoer ● Materiaal testen
Arbeid	<ul style="list-style-type: none"> ● Testafname ● Analyse
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> ● draagvlak

5. In hoeverre zijn elk van deze zaken volgens u makkelijk te implementeren in andere regio's die grootschalig willen testen? Waardoor komt dat? (denk aan: wel/niet afhankelijk van de specifieke Bunschotense context, of wel/niet afhankelijk van de pre-pilot organisatie van het testen in Bunschoten)

Uitbreiding Bron en Contactonderzoek

6. In het geval van het BCO: hoe zag dat eruit voor de pilot en was dit anders dan tijdens de pilot? Zo ja, hoe was dit anders?
7. Moesten er extra zaken geregeld worden om te organiseren dat het BCO kon worden uitgevoerd? Zo ja, welke zaken?



Categorie	Denk aan:
Organisatorisch	<ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking met de Boei
Facilitair	<ul style="list-style-type: none"> • Quarantainehotel?
Arbeid	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassingen BCO belscript • Extra training/inzet medewerkers BCO/de Boei
Beleid	

8. In hoeverre zijn elk van deze zaken volgens u makkelijk te implementeren in andere regio's die grootschalig willen testen? Waardoor komt dat? (denk aan: wel/niet afhankelijk van de specifieke Bunschotense context, of wel/niet afhankelijk van de pre-pilot organisatie van het testen in Bunschoten)

Uitvoering

Grootschalig Testen

9. a) Welke professionals of organisaties zijn betrokken bij de uitvoering van het grootschalig testen? (*denk aan elk van de drie subdoelen genoemd onder a, b en c bij Grootschalig Testen*)
- b) Bij elke betrokken professional of organisatie: Wat is zijn/haar rol en wat zijn zijn/haar taken?
Wie heeft overzicht van de gemaakte kosten voor uitvoering van deze activiteiten?
10. a) Welke professionals of organisaties zijn betrokken bij de uitvoering van het uitgebreide BCO?
- b) Bij elke betrokken professional of organisatie: Wat is zijn/haar rol en wat zijn zijn/haar taken?
Wie heeft overzicht van de gemaakte kosten voor uitvoering van deze activiteiten?
11. We hebben het net gehad over de verschillende aspecten van de pilot, zoals het grootschalig testen en de uitbreiding van het BCO.
Kun je iets vertellen over hoe deze aspecten van de pilot zijn verlopen? (voorbereiding en uitvoering)
- a) Wat ging er goed?
- b) Welke zaken zorgden ervoor dat de uitvoering goed verliep?
- c) Wat ging er minder goed?
- d) Welke zaken zorgden ervoor dat de uitvoering minder goed verliep?



Perceptie

12. Heeft u voordelen geobserveerd van de pilot? Zo ja, welke voordelen heeft u geobserveerd?
13. Verwacht u nog andere voordelen van de pilot? Zo ja, welke voordelen verwacht u?
14. Heeft u nadelen geobserveerd van de pilot? Zo ja, welke nadelen heeft u geobserveerd?
15. Verwacht u nog andere nadelen van de pilot? Zo ja, welke nadelen verwacht u?
16. Al met al, in hoeverre vindt u de pilot geslaagd? Kunt u dit toelichten?

Ik ben aan het eind van het interview gekomen. Heeft u nog iets gemist of nog iets toe te voegen?

Mogen we u na afloop nog per mail benaderen als we tijdens het uitwerken merken dat er nog zaken onduidelijk zijn?



Bijlage 2 - Interview guide inwoners

Onderwerp	Hoofdfragen	Verdiepingsvragen
Introductie	<ul style="list-style-type: none"> - Hartelijk bedankt dat u aan dit interview wilt meewerken. - Ik ben ... en werk als onderzoeker in het UMC Utrecht. - Dit interview wordt gehouden voor een onderzoek van het UMC Utrecht naar de pilot grootschalig testen Bunschoten. Dit zal ik straks verder toelichten. - Ik wil graag geluidsopnamen van dit interview maken zodat ik het achteraf kan terugluisteren. Deze geluidsopnamen worden digitaal beveiligd en verder met niemand gedeeld. Gaat u hiermee akkoord? - <i>Geluidsrecorder aanzetten.</i> 	
Informed consent	<ul style="list-style-type: none"> - Allereerst wil ik nog om toestemming vragen voor dit interview... - <i>Zie 'Procedure mondeling informed consent afnemen'.</i> - Heeft u nog vragen voordat we beginnen? 	
Pilot grootschalig testen Bunschoten	<ul style="list-style-type: none"> - Op dit moment vindt de pilot grootschalig testen Bunschoten plaats. Er wordt bekeken of het coronavirus effectief kan worden bestreden door zoveel mogelijk mensen gedurende 6 weken een aantal keer te testen. - Hierbij hoeven mensen geen klachten te hebben of in de buurt geweest te zijn van iemand die positief getest is op het coronavirus. - Was u hiervan op de hoogte? 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Wat vindt u hiervan? 	<ul style="list-style-type: none"> - Kunt u dit verder toelichten? - Wat vindt u goed aan de pilot grootschalig testen Bunschoten? - Wat vindt u niet goed aan de pilot grootschalig testen Bunschoten?
Uitnodigingsbrief	<ul style="list-style-type: none"> - Als inwoner van Bunschoten heeft u een uitnodigingsbrief thuis gekregen waarin u werd gevraagd om u te laten testen. Klopt dat? - Wat was uw eerste reactie toen u deze brief las? - In hoeverre vond u de brief duidelijk? 	<ul style="list-style-type: none"> - Waarom was uw reactie positief/negatief? - Wat vond u wel/niet duidelijk aan de brief en waarom? - Mistte u nog informatie in de brief? Zo ja, welke informatie mistte u in de brief en waarom?
Quarantaine	<ul style="list-style-type: none"> - Bent u ervan op de hoogte dat de GGD in Bunschoten ernaar streeft dat iedereen die positief 	<ul style="list-style-type: none"> - Kunt u dit verder toelichten?



	<p>test op het coronavirus in quarantaine gaat (dus ook mensen zonder klachten)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat vindt u hiervan? 	
Ondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> - Bent u ervan op de hoogte dat De Boei kan worden ingeschakeld om mensen die positief zijn getest op het coronavirus te ondersteunen tijdens de quarantaine periode? - Wat vindt u hiervan? 	<ul style="list-style-type: none"> - Kunt u dit verder toelichten?
Campagne	<ul style="list-style-type: none"> - Bent u ervan op de hoogte dat de gemeente Bunschoten de afgelopen weken campagne heeft gevoerd met als doel inwoners van Bunschoten aan te sporen om zich te laten testen? - Wat vindt u hiervan? 	<ul style="list-style-type: none"> - Kunt u dit verder toelichten?
Belemmerende factoren	<ul style="list-style-type: none"> - U laat zich niet testen. Wat is/zijn de belangrijkste reden(en) hiervoor? 	<ul style="list-style-type: none"> - Kunt u dit verder toelichten? - Afhankelijk van reden(en), kan er iets worden veranderd waardoor u zich wel testen? <p><i>Bijvoorbeeld:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reden = weerstand wattenstaafjestest > blaastest • Reden = bereikbaarheid locatie > aan huis • Reden = opvolging quarantaineregels > ondersteuning • Reden = onzin van testen > vergroten begrip over testen • Reden = ...
Bevorderende factoren	<ul style="list-style-type: none"> - Kunt u zich een situatie voorstellen waarin u zich wel laat testen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Zo ja, kunt u uitleggen waarvoor u precies het verschil zit?
Effect	<ul style="list-style-type: none"> - In hoeverre denkt u dat de pilot grootschalig testen in Bunschoten bijdraagt aan het effectief bestrijden van het coronavirus? 	<ul style="list-style-type: none"> - Kunt u dit verder toelichten?
Samenvatting en afsluiting	<ul style="list-style-type: none"> - Zijn er verder nog dingen die u hierover kwijt wilt? - Het belangrijkste wat ik in dit interview met u heb gehoord is ... - Fijn dat u met dit interview mee heeft willen werken. - Als dank ontvangt u een cadeaubon van 20 euro. U krijgt deze per e-mail toegestuurd. Uw e-mail is: ... Klopt dat? 	



Bijlage 3 Grootschalig risicogericht testen op COVID-19 - Juridisch kader

Prof. mr. J.C.J. Dute
31 maart 2021

Grootschalig risicogericht testen (GRT): waar gaat het over?

Het doel van GRT is om in gebieden waar een hogere infectiedruk bestaat of dreigt, Covid-19 besmettingen op te sporen, enerzijds om beter zicht te krijgen op de (ver spreiding van) het virus en anderzijds om verdere verspreiding te voorkomen. Naast mensen met klachten worden ook mensen zonder klachten getest. Om het doel van GRT te bereiken is een hoge testbereidheid van belang. Daarnaast kan verdere ver spreiding alleen worden voorkomen door naleving van de COVID-19 gedragsregels en quarantaine- en isolatiemaatregelen (door contacten respectievelijk mensen met een positieve testuitslag). Deze vormen dan ook een integraal onderdeel van GRT.

Naast testen in afgebakende geografische gebieden kan GRT ook van betekenis zijn bij lage testbereidheid of voor specifieke groepen. Zo kan GRT worden ingezet bij kwetsbare groepen en in bijzondere situaties, zoals een uitbraak onder arbeidsmigranten die gezamenlijk wonen, reizen en/of werken.

Met vier pilots is onderzocht of en wanneer GRT zinvol kan zijn voor het opsporen en bestrijden van het virus. Het is nu de bedoeling om GRT op te schalen. In drie situaties kan de inzet van GRT aan de orde komen:

- (1) bij een regionale uitbraak (bovenop het reguliere uitbraakonderzoek worden ook mensen zonder klachten getest);
- (2) bij een verhoogde of gemiddelde infectiedruk in een regio (een groot aantal positieven zonder onderling verband);
- (3) bij dreigende problemen in een regio (bijvoorbeeld een hoog percentage positieve testen bij een lage testincidentie).

Daarbij moet worden afgewogen in welke mate GRT toegevoegde waarde heeft (proportionaliteit) en of er geen minder ingrijpende, maar even effectieve maatregelen mogelijk zijn (subsidiariteit).

Vraagstelling

Welke rechtsregels moeten bij GRT in acht worden genomen, anders gezegd: wat is het juridische kader van GRT? Nu de normen voor het reguliere testen op COVID 19 in het kader van bron- en contactonderzoek reeds eerder in kaart zijn gebracht, zal deze analyse zich toespitsen op de bijzondere vragen die door de grootschaligheid van het testen worden opgeroepen.

Grondslag

Welke wettelijke of bestuurlijke grondslag kan worden aangewezen voor het toepassen van GRT, meer in het bijzonder: kan de WPG als zodanig dienen? COVID-19 is immers (nu nog op grond van Regeling 2019-nCoV, straks door de wet zelf) aangewezen als A-ziekte in de zin van de WPG. Dit brengt mee dat art. 7 lid 1 WPG van toepassing is.

Art. 7 lid 1 WPG houdt in dat de minister van VWS leiding geeft aan de bestrijding van een epidemie van een A-ziekte c.q. de directe dreiging daarvan. Hij kan de voorzitter van de veiligheidsregio daarbij opdragen hoe de bestrijding ter hand te nemen. Het wetsartikel specificiert niet welke maatregelen de opdracht zou kunnen omvatten. In de wet is alleen aangegeven dat daaronder begrepen zijn "het



opdragen tot het toepassen van de maatregelen, bedoeld in hoofdstuk V van de wet.” Daar hoort grootschalig testen niet toe. GRT is ook niet geregeld in Hoofdstuk Va, dat de (tijdelijke) bepalingen voor de bestrijding van de COVID-19 epidemie bevat. Dit bete kent echter alleen dat de burger niet tot deelname aan grootschalig testen kan worden verplicht – een inbreuk op grondrechten vergt immers een wettelijke grondslag. Het betekent niet dat de minister de voorzitters niet zou kunnen opdragen tot GRT over te gaan. Testen kan dan echter alleen met toestemming van de deelnemers.

Art. 7 lid 1 WPG regelt dus alleen de verhouding tussen de twee bestuurslagen (de minister en de voorzitters van de veiligheidsregio’s) en vormt geen grondslag voor het opleggen van verplichtingen aan de burger. Daarbij moet worden aangenomen dat de voorzitters gehouden zijn de opdracht van de minister ten uitvoer te leggen – het verzoek van de minister is dus niet vrijblijvend. Alleen de voorzitters kunnen langs deze weg worden aangestuurd, niet de burgemeesters, althans niet rechtstreeks, en, op gelijke wijze, evenmin de GGD’en.

In art. 12a WPG is de grondslag te vinden voor het programmatische aanbod van de overheid ter zake van bevolkingsonderzoek, zoals borst-, baarmoeder- en darmkanker. Dergelijk bevolkingsonderzoek dient bij AMvB te worden aangewezen. Het ligt evenwel niet in de rede dat GRT deel gaat uitmaken van het programmatische aanbod van bevolkingsonderzoek.

Quarantaine en isolatie zijn als dwangmaatregelen geregeld in art. 35 e.v. resp. 31 e.v. WPG. De bevoegdheid tot het opleggen van beide maatregelen is bij A ziekten in handen van de voorzitter van de veiligheidsregio. Dan moet wel aan een aantal strenge voorwaarden zijn voldaan, waaronder rechterlijke tussenkomst (art. 39 e.v. WPG). Op grond van art. 7 lid 1 WPG kan de minister de voorzitter opdragen onder omstandigheden deze maatregelen op te leggen. Zij maken immers deel uit van Hoofdstuk V van de WPG. Toepassing van verplichte quarantaine en isolatie bij (een vermoeden van) COVID-19 heeft tot nu toe bij bron- en contactonderzoek niet plaatsgevonden, dus het ligt niet voor de hand dit wel te doen bij GRT.

De conclusie luidt dat art. 7 lid 1 WPG als grondslag kan dienen voor een opdracht van de minister aan de voorzitters om over te gaan tot GRT. De voorzitters zijn verplicht de opdracht uit te voeren. De burger is alleen tot deelname aan de eventuele vervolgmaatregelen (quarantaine en isolatie) verplicht, indien gebruik wordt gemaakt van de bevoegdheden ex Hoofdstuk V. Gelet op het tot nu toe gevoerde beleid ligt dit niet voor de hand.

Bevolkingsonderzoek

Valt GRT onder de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO)? Onder bevolkingsonderzoek wordt in art. 1 van deze wet verstaan: geneeskundig onderzoek van personen dat wordt verricht ter uitvoering van een aan de gehele bevolking of aan een categorie daarvan gedaan aanbod dat gericht is op het ten behoeve of mede ten behoeve van de te onderzoeken personen opsporen van ziekten van een bepaalde aard of van bepaalde risico-indicatoren. GRT voldoet aan deze omschrijving. Daarbij is met name van belang dat GRT niet wordt verricht op basis van een individuele indicatie (er is sprake van een in algemene termen omschreven doelgroep, waaraan een ongevraagd aanbod wordt gedaan) en de uitslag van de test wordt teruggekoppeld aan de deelnemer.

De WBO krijgt echter pas betekenis als sprake is van een vergunningplichtig onderzoek. Het al of niet vergunningplichtig zijn spitst zich toe op de vraag of bij GRT sprake is van een “bevolkingsonderzoek naar ernstige ziekten of afwijkingen



waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is”, als bedoeld in art. 2 lid 1 WBO. De Commissie WBO, die de minister adviseert bij vergunningsaanvragen, beschouwt een aandoening als niet-behandelbaar “zolang de wetenschappelijke literatuur geen betrouwbare conclusies toelaat over een bij medisch ingrijpen te verwachten gunstig effect van relevante omvang op klinische uitkomstmaten, dat wil zeggen op sterfte, ziekte of kwaliteit van leven”, zo blijkt uit haar advies *Behandelbaarheid* van 17 januari 2006 (Gezondheidsraad, nr. 2006/02). *Behandelbaar* is dus niet hetzelfde als te genezen of te voorkomen. Voor COVID-19 bestaat op dit moment geen specifieke behandeling. Wel kunnen de gevolgen van een besmetting worden gemitigeerd, met name via medicatie (zoals trombolitica), zuurstoftoediening en ondersteuning van de ademhaling. Nu zinvolle interventies mogelijk zijn na vaststelling van een besmetting, moet het er voor worden gehouden dat COVID-19 als behandelbaar in de zin van de WBO moet worden beschouwd. Voor GRT is daarom geen vergunning vereist.

Dat voor GRT geen vergunning nodig is doet intussen niets af aan de kwalificatie van GRT als bevolkingsonderzoek. Als zodanig zal GRT moeten voldoen aan de relevante wetgeving (met name de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en de AVG) alsmede aan de toepasselijke richtlijnen.

Bij de Tweede Kamer is een wijziging van de WBO aanhangig. De term bevolkingsonderzoek zal daarbij worden vervangen door preventief gezondheidsonderzoek (voor krachtens art. 12a WPG aangewezen onderzoek blijft overigens de term bevolkingsonderzoek in gebruik). Ook de omschrijving van preventief gezondheidsonderzoek wijkt iets af van die van bevolkingsonderzoek. Naar het zich laat aanzien brengt deze wetswijziging geen verandering in bovenstaande analyse.

Wetenschappelijk onderzoek

Is op GRT de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMOM) van toepassing? Wetenschappelijk onderzoek wordt in art. 1 van de wet omschreven als “medisch-wetenschappelijk onderzoek waarvan deel uitmaakt het onderwerpen van personen aan handelingen of het opleggen aan personen van een bepaalde gedragswijze.” Dat bij GRT sprake is van het onderwerpen van personen aan handelingen (keel- en/of neusswap) lijkt geen twijfel.

Medisch-wetenschappelijk onderzoek, het eerste element van de definitie, wordt in de wet niet omschreven. De Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) heeft op haar website medisch-wetenschappelijk onderzoek omschreven als “onderzoek dat als doel heeft het beantwoorden van een vraag op het gebied van ziekte en gezondheid (etiologie, pathogenese, verschijnselen/symptomen, diagnose, preventie, uitkomst of behandeling van ziekte), door het op systematische wijze ver garen en bestuderen van gegevens. Het onderzoek beoogt bij te dragen aan medische kennis die ook geldend is voor populaties buiten de directe onderzoekspopulatie.”

De vier pilots die aan de opschaling vooraf zijn gegaan, voldoen aan deze definitie. Aan toepasselijkheid van de WMOM werd echter niet toegekomen, omdat de pilots vergunningplichtig waren in de zin van de WBO. In dat geval sluit art. 1 lid 3 WMOM de toepasselijkheid van de WMOM uit. Nu GRT niet als vergunningplichtig is aan te merken (zie hiervoor) rijst de vraag of de regels van de WMOM nu wel van toepassing zijn, anders gezegd: voldoet GRT aan



bovenstaande definitie van medisch-wetenschappelijk onderzoek. Dat ligt niet voor de hand. De proeffase is met de vier pilots en de evaluaties daarvan voorbij en GRT wordt nu ingezet als een van de bewezen preventie- en bestrijdingsmiddelen. Daaraan doet niet af dat de techniek van GRT in de toekomst mogelijk wordt bijgesteld op geleide van de ervaringen die er mee zijn opgedaan en evenmin dat de met GRT gegenereerde data mogelijk worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek.

Bij gebruik van GRT-data voor wetenschappelijk onderzoek is sprake van nader gebruik, dat wil zeggen: gebruik voor een ander doel, te weten wetenschappelijk onderzoek, dan waarvoor de gegevens zijn verzameld. Daarop zijn de regels van art. 7:457 en 7:458 Burgerlijk Wetboek van toepassing. Kort gezegd dient voor zodanig gebruik aan de deelnemer toestemming te worden gevraagd, tenzij dit in redelijkheid niet mogelijk is of dit, gelet op aard en doel van het onderzoek, niet kan worden verlangd. De deelnemer kan tegen een dergelijk gebruik – vooraf – bezwaar maken en voorts dienen privacywaarborgen in acht te worden genomen, meer in het bijzonder dienen de betreffende gegevens te worden gecodeerd. Van belang is voorts de Gedragscode Gezondheidsonderzoek.

Kwaliteit

Op de borging van de kwaliteit van GRT zijn met name de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (de zorg van een goed hulpverlener, art. 7:453 BW), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKKGZ) van toepassing. De keel-/neuswap is geen voorbehouden handeling in de zin van de Wet BIG. Uit de zorg van een goed hulpverlener ex BW en de eis van goede zorg, zoals bedoeld in de WKKKGZ, vloeien verplichtingen voort ten aanzien van de organisatie en de kwaliteit van de zorg. Daarbij zijn ook van belang het (in de Wet BIG geregelde) tuchtrecht en het (in de WKKKGZ geregelde) klachtrecht. De gestelde eisen zijn niet anders dan die ook al voor het reguliere bron- en contactonderzoek gelden.

De kwaliteit van de bij het testen gebruikte hulpmiddelen is geregeld in met name de Wet op de medische hulpmiddelen. Dit is bij GRT niet anders dan bij bron- en contactonderzoek. Bij gebruik van ondeugdelijke hulpmiddelen is aansprakelijk stelling mogelijk via art. 6:74 jo. 6:77 BW (aansprakelijkheid hulpverlener voor gebruik van ongeschikte zaak) alsmede via art. 6:182 e.v. BW (productaansprakelijkheid producent).

Relatie met de patiënt: regeling behandelingsovereenkomst en AVG Bij testen in het kader van GRT komt tussen de GGD en de deelnemer een geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand, art. 7:446 BW e.v. Dit betekent dat de hulpverlener verplicht is de deelnemer te informeren, diens toestemming voor deelname moet vragen, diens privacy in acht moet nemen, de regels inzake het medisch dossier moet naleven en zich moet gedragen als een goed hulpverlener, met inbegrip van de in acht nemen professionele standaard.

Ten aanzien van de informatieplicht is van belang dat de deelnemer ook goed wordt geïnformeerd over het mogelijke natraject (quarantaine en isolatie), ook als dit niet verplicht is, zodat dit punt bij de toestemmingsvraag kan worden meegewogen. Ook dient de deelnemer te worden geïnformeerd over het eventuele gebruik voor wetenschappelijk onderzoek van de verkregen data.

Voor het overige vloeien uit de regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst voor GRT, in vergelijking met het reguliere bron- en



contactonderzoek, geen bijzondere verplichtingen voort. Hetzelfde geldt voor de AVG. De verwerkingsgrond berust op de 'uitdrukkelijke toestemming' van de deelnemer, hetgeen adequate informatie over diens rechten in dit verband vereist.

Behalve zijn onvrede kenbaar maken via het klacht- en tuchtrecht kan de GRT-deelnemer, ter verkrijging van schadevergoeding, ook een civielrechtelijke procedure aanspannen. De grondslag daarvoor is de behandelingsovereenkomst. Het kan daarbij gaan om fouten van de betrokken instelling of beroepsbeoefenaar zelf dan wel fouten van door hen ingeschakelde hulppersonen.

Samenvatting en conclusie

Met grootschalig risicogericht testen wordt beoogd meer zicht te krijgen op de (ver spreiding van) het virus en verdere verspreiding te voorkomen. Grootschalig risico gericht testen kan worden ingezet bij een uitbraak, bij een verhoogde of gemiddelde infectiedruk en bij dreigende problemen in een regio. Ook mensen zonder klachten worden getest. Door naleving van de COVID-19 gedragsregels, quarantaine en isolatie kan de besmettingsketen worden verbroken en deze maatregelen vormen daarom integraal onderdeel van grootschalig risicogericht testen.

De minister kan op grond van art. 7 lid 1 Wet publieke gezondheid de voorzitters van de veiligheidsregio's opdragen in aan te geven omstandigheden over te gaan tot grootschalig risicogericht testen. Voor grootschalig risicogericht testen is geen vergunning nodig als bedoeld in de Wet op het bevolkingsonderzoek en evenmin de toestemming van een METC in het kader van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen.

Testen vindt plaats binnen het kader van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Voor deelname is de toestemming van de betrokkene vereist, in het kader van de AVG zelfs de uitdrukkelijke toestemming. De kwaliteitswetgeving (artikel 7:453 BW, de Wet op de beroepen in de gezondheidszorg, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en de Wet op de medische hulpmiddelen) is van toepassing.