

Werkgroep 1 Bijeenkomst 6 mei

Deelnemers

(10)(2e), GGD Zuid Limburg, voorzitter
 (10)(2e), DPG Fryslân
 (10)(2e), GGD Amsterdam
 (10)(2e), GGD Rotterdam
 (10)(2e), GGD Hart voor Brabant
 (10)(2e), GGD Rotterdam-Rijnmond
 (10)(2e), GGD Hart voor Brabant
 (10)(2e), GGD GHOR NL
 (10)(2e), GGD Fryslân / voorzitter NVIB
 (10)(2e), (10)(2e) GHOR Regio Utrecht
 (10)(2e), RAC Limburg
 (10)(2e), GGD GHOR NL
 (10)(2e), GGD GHOR Nederland
 (10)(2e), M&I Partners
 (10)(2e), McKinsey
 (10)(2e), McKinsey
 (10)(2e), McKinsey

Afwezig

(10)(2e), VGM
 (10)(2e), GGD GHOR NL

Inleiding door (10)(2e)

Veel aandacht van de buitenwereld voor IZB; aansturing door de minister en ook het kabinet omdat de crisis een multi-aanpak vergt; GGD'ers moeten zich daartoe gaan verhouden. Ook tot zaken die vanuit de professie mogelijk anders bezien worden. De vraag die voorligt is hoe we de grote aantallen die op de GGD gaan afkomen, aanpakken; rekening houdend met het feit dat mensen terug moeten naar het reguliere werk. De richtlijn is er en de aantallen zijn berekend; dus hoe kunnen we opschalen in de regio en landelijk.

Toelichting door (10)(2e) op de rol van de werkgroep

Het is niet de bedoeling om het complete plan wat maandag is gepresenteerd met de werkgroep te vullen, wel de inrichting van het BCO proces. De richtlijn is vandaag gecommuniceerd en moet omgezet worden naar implementatie. Anderzijds is berekend hoeveel mensen we verwachten die positief zijn getest en waarvoor BCO nodig is.

McKinsey heeft al met een deel van ons gesproken; op basis daarvan kan een product in deze werkgroep worden besproken.

De beschikbare capaciteit wordt uitgevraagd bij de regio's, maar hoeft niet hier besproken te worden. Het plan informeert enerzijds de minister en helpt de GGD.

Discussie

(10)(2e) De route is als volgt: Heel scherp markeren tot waar de regio het zelf kan; wanneer schrijf ik dan mijn buurregio aan en wat heb ik dan vervolgens nog aan landelijke hulpmiddelen nodig.

(10)(2e) De verwachting is dat alle GGD'en iets anders moeten gaan doen dan zij gewend zijn en extern mensen inzetten.

(10)(2e) Je moet er wel onderling als GGD'en afstemming over organiseren, omdat je uit dezelfde vijver put. De opgeschaalde IZB is een GGD taak en is daarom qua regie het beste belegd bij GGD

GHOR NL maar wel afgestemd met de DPG'en. Dat betreft geen landelijke aansturing, maar wel regie en afspraken waar je je aan houdt.

(10)(2e) : Kijk je als GGD eerst zelf of je mensen kan aantrekken en dan pas naar je burens?

(10)(2e) : Dat aan de regio laten.

(10)(2e) : Naarmate je grote hoeveelheden BCO moet doen, zal je gestandaardiseerd in een callcenter moeten gaan werken; de mensen die dat uitvoeren kan je bij de verwachte aantallen niet persoonlijk meer begeleiden als IZB team. Het gaat om heel andere aantallen waarbij het IZB team zich moet positioneren als expertise team, met aandacht voor registratie/duiding/steekproefgewijze toetsing en aandacht voor specifieke settings zoals verpleeghuizen.

Aandachtspunten en vragen uit de werkgroep:

- Voor de teams is het meest prettig als je voor langere periode met dezelfde groep kan werken.
- Er moet behoorlijk wat geregistreerd worden van contacten; die registratie moet wel kloppen.
- Een koppeling tussen wat er in de e-learning van de NSPOH terecht komt is nodig; live trainen op locatie is ook wenselijk.
- Digitalisering is van belang bij tijdsbesparing; hoe goed systemen als CoronIT gaan werken is tijdbepalend. Van belang om een goede verbinding met de digitaliseringsgroep te behouden.
- Toegang tot contactgegevens van patiënten; dat is een belangrijke bottleneck; normaal vragen we die info op van de behandelaar; nu lopen we tegen privacyaspecten aan.
- Met de middelen die we nu hebben duurt het BCO gemiddeld 8 uur. Als we niet een digitaliseringsslag kunnen maken, bij de melding, het inventariseren van contacten waar mogelijk door mensen zelf, etc., dan wordt het lastig.
- LCI is nu bezig met wat zij gemeld willen zien in een contactonderzoek; wij moeten aangeven wat mogelijk is in de uitvoering; dat heeft consequenties voor digitalisering en voor wat je moet uitvragen. Toelichting (10)(2e) : Men wil over naar monitoring van de epidemie, via het BCO.
- Wordt er rekening gehouden met regionale aantallen? Komt er een zelfde mate van circulatie? Toelichting door (10)(2e) van het RIVM heeft een basisomvang berekend, dat gaat uit van het basisprincipe dat de R0 rond de 1 blijft; als we veel gaan testen en BCO doen, dan kunnen we 0,2 naar beneden, zodat er in de maatschappij vrijheidsgraden kunnen worden toegestaan; van volledige 'containment' gaan we niet uit. Er wordt nog bekeken naar de invloed van de seizoenen op respiratoire klachten. De primaire capaciteit die nodig is komt uit de aantallen; wij moeten als werkgroep primair naar het proces kijken.
- Je kan er voor kiezen om iedereen te nabellen; dat kan je ook digitaliseren; willen we een landelijke afspraak maken over bv. het werken met bel teams of bij bepaalde aantallen met een automatische sms? Je kan ook met chatbots werken. (10)(2e) : We moeten uitgaan van wat op korte termijn kan. We moeten gaan organiseren dat we volgens het protocol gaan werken.
- Hoe gaan we om met betermelding? LCI heeft aandacht voor de afsluiting van de monitoringsperiode. Het afsluittelefoontje kan je ook landelijke organiseren; je kan een knip zetten in het proces. De betermelding is voor je surveillance ook van belang. Wat als je je niet volledig kan afsluiten van de huisgenoten dan moet je rekening houden met quarantaine periode voor huisgenoten na betermelding. Hoe ga je om met vragen van mensen die niet beter worden.

De diverse onderwerpen komen in een volgend overleg gestructureerd aan de hand van het proces aan de orde.

(10)(2e) Focus van deze werkgroep moet zijn: Hoe ziet het BCO proces er uit, hoeveel tijd kost dat; hoe kunnen we het BCO proces helder krijgen zodat we precies weten wat we doen en het ook uitbesteed kan worden. Als er best practices komen is dat mooi.

Op vrijdag om 13.30-14.30 uur is een vervolg vergadering; daarvoor worden stukken aangeleverd.