

I. Vragen VWS 28 september 2020 – Roadmap

Tijdens het overleg is afgesproken dat VWS nog enkele punten/vragen bij de roadmap op de mail zou zetten. Het betreft onderstaande punten, die in aanvulling gelden op hetgeen we hebben besproken.

1. Er worden verschillende vormen van BCO genoemd: volledig, risicogestuurd, alleen de indexen bellen of zelfs geen BCO. In het plan zouden wij hier graag wat meer toelichting op zien, wat houdt welke vorm in en wat betekent dat voor de surveillance en voor het tegengaan van de verspreiding van het virus.

Antwoord

In de slide (bijlage 1) wordt toegelicht wordt wat regulier en risico-gestuurd BCO is en wat het uitbellen van indexen inhoudt. Een toelichting wordt hieronder gegeven.

Bestrijding

Bij volledig BCO worden alle huishoud- en overige nauwe contacten telefonisch door de GGD opgevolgd: direct na het gesprek met de index en op dag 5 en 10 na het laatste contact met de index. Risicogestuurd BCO betekent dat alleen hoog-risico contacten worden opgevolgd en alleen indexen nabellen betekent dat de index zelf zijn contacten moet identificeren en informeren. BCO is effectief als een diagnose gevolgd wordt door een tijdige maatregel, cq geïnfecteerde contacten in quarantaine worden geplaatst voor zij besmettelijk worden. De effectiviteit van deze maatregel zal afhangen van het begrip van het contact van de maatregel, maar ook intentie en mogelijkheden om de maatregel te houden. Het volledig BCO biedt hierbij de meeste sturing op begrip, intentie en mogelijkheden, dus zal verspreiding van het virus het meeste tegengaan.

Surveillance

Bij volledig BCO worden alle nauwe contacten geregistreerd en, als zij positief testen tijdens de monitoring periode, kunnen zij worden gekoppeld aan de index. Dit maakt het mogelijk om de effectiviteit van het BCO te beoordelen. De volgende indicatoren kunnen worden berekend:

- Aantal contacten
- Aantal contacten per index
- Percentage positief geteste contacten (alle nauwe contacten, huishoudcontacten,)
- Percentage positieven geïdentificeerd in het bron- en contactonderzoek (per categorie)

Risicogestuurd BCO betekent dat alleen hoog-risico contacten geregistreerd worden en als dusdanig gemonitord worden. De genoemde indicatoren kunnen alleen voor de geregistreerde contacten berekend worden. In de situatie waarin GGD-en o.b.v. capaciteit schakelen tussen verschillende niveaus van BCO, zijn deze indicatoren op landelijk niveau moeilijk te interpreteren. Als het BCO beperkt wordt tot indexen instrueren hun eigen contacten te informeren, dan is er geen contactregistratie meer en kunnen er geen uitspraken over de effectiviteit van de interventie gedaan worden.

Het volledig BCO biedt verder de meeste mogelijkheden om clusters te detecteren. In het contactonderzoek (volledig of risicogestuurd) worden positieve contacten geïdentificeerd cq clusters geïdentificeerd. Bij het informeren van indexen wordt alleen met de index gesproken over de mogelijke bron van infectie (brononderzoek).

2. In de grafiek op pagina 12 lijkt het dat deze scenario's automatisch gaan gelden bij een bepaalde hoeveelheid BCO, maar het lijkt ons dat hier sprake moet kunnen zijn van regionale differentiatie? Hoe zit dit?

Antwoord

1.340 is een landelijke signaalwaarde, waarop landelijke maatregelen genomen moeten worden. De afgelopen twee weken hebben duidelijk gemaakt dat het aantal besmettingen de curve van het model volgt en maatregelen dus nodig zijn om het aantal besmettingen niet verder te laten oplopen dan het moment t+2 weken. Waar de infectiedruk regionaal eerder al oploopt (gemiddeld 50 per 100.000 per week in een regio) kunnen en moeten regionale maatregelen genomen worden. Het palet van landelijke maatregelen dat gisteren is afgekondigd, kan daarbij voor (veiligheids)regio's behulpzaam zijn om deze eerder al ook regionaal in te zetten.

3. Wij merken op dat het scenario 'geen BCO meer uitvoeren' niet acceptabel is. Uiteraard begrijpen we wel dat met erg hoge besmettingsgraden risicogestuurd BCO of slechts de indexen bellen plaatsvindt.

Antwoord

We hebben dit in de grafiek van het model aangepast. Er is advies gevraagd aan het OMT wat te doen bij hoog oplopende aantallen. Het informeren van de index over hun testuitslag en de consequenties daarvan is zonder meer het minimale scenario.

4. Zouden jullie iets meer kunnen toelichten over welke overwegingen ten grondslag liggen aan het overgaan naar risicogestuurd BCO of alleen het bellen van indexen?

Antwoord

De effectiviteit van het BCO is sterk afhankelijk van de snelheid waarmee de index en nauwe contacten na een diagnose een maatregel opgelegd krijgen. Als bij een hoge besmettingsdruk en beperkte capaciteit de tijdigheid door het uitvoeren van volledige BCO's onder druk komt te staan, dan dient er te worden teruggeschakeld naar risicogestuurd BCO of alleen indexen bellen om tijdig te handelen (binnen 24 uur).

5. In de roadmap worden in de bijlage de 6 indicatoren genoemd uit de GGD monitor. Wij hadden verwacht dat hierbij ook indicatoren zouden zijn betrokken ter bevordering van het regionaal zicht op het BCO. Hierover is gesproken in het bestuurlijk overleg met de minister op 26 augustus. Wanneer kunnen wij die indicatoren verwachten?

Antwoord:

Dit zijn de belangrijkste indicatoren om over te rapporteren. Met name aantallen per regio (ook in relatie tot de signaalwaarde van 50 per 100.000 per week regionaal) en doorlooptijden zijn de indicator om regionaal zicht te houden en waar nodig in het kader van de escalatieladder te adviseren regionale maatregelen te nemen.

We hebben in totaal 15 indicatoren uitgewerkt (samengevat in de genoemde 6 indicatoren). Die spreken we de komende weken graag door. Een aantal indicatoren is momenteel niet toepasbaar, omdat overgegaan is op risico-gestuurd BCO. Voor de duiding van de 6 genoemde indicatoren (waar ook het RIVM over rapporteert) zijn ze wel van belang. We komen hier in een overleg graag op terug.

6. In de roadmap wordt aangegeven dat sneltesten verwacht worden voor het voorjaar van 2021, maar dit is niet in lijn met onze communicatie. Wij gaan vooralsnog uit van de inzet van sneltesten in november 2020.

Antwoord:

We ontvangen hier graag een schriftelijke bevestiging van dat sneltesten al in november 2020 beschikbaar zijn.

7. Tijdens het overleg werd ons duidelijk dat IZB artsen met name voor de surveillance worden ingezet. We begrijpen ook goed dat deze mensen reeds behoorlijk belast worden. Desalniettemin rees bij ons de vraag of het niet mogelijk was om capaciteit voor het BCO verder op te schalen (boven de genoemde 2000 BCO/dag) zodat de keten van besmettingen doorbroken kan worden, maar dat de surveillancetaak van IZB-artsen niet mee wordt vergroot? Dan gaat wellicht ten koste van het zicht op het virus, maar zorgt wel dat contacten geïnformeerd worden. Hoe zit dit precies?

Antwoord:

In onze roadmap schalen en leiden we verder op voor een piek die er tijdelijk kan zijn (tot max 2.720 BCO). We verwachten daarbij wel dat door maatregelen bij het bereiken van de signaalwaarde daadwerkelijk sprake gaat zijn van het uiteindelijk ombuigen van de trend (omdat maatregelen niet direct tot een afname in aantal besmettingen leiden). Daarmee constateren we dat we tijdelijk minder zicht op het virus kunnen hebben door de span of control van IZB-artsen (max 2.000 BCO), maar dat dat zicht weer terugkomt als de r -waarde $< 1,0$ of het aantal BCO < 2.000 is. Verder opschalen en opleiden van capaciteit boven het aantal van 2.720 BCO is niet wenselijk.

Daarnaast is het van belang om de rol van IZB-artsen verder toe te lichten. IZ artsen worden ingezet op een breder takenpakket dan alleen surveillance. Rollen zijn (verder) onder meer: communicatie naar het publiek, advisering van het bestuur over algemene maatregelen, advisering van individuen en instellingen over specifieke maatregelen bij complexe casuïstiek (clusters in scholen, bedrijven, zorginstellingen), inrichten van processen (werkinstructies voor BCO medewerkers) en opleiden. Deze functies komen bij een stijging van het aantal casus boven de genoemde 2000 BCO eveneens verder onder druk te staan.

8. Tot slot, het plan zou in het kader van de leesbaarheid iets ingekort kunnen worden en iets meer in tijdsperspectief gezet worden.

Antwoord:

Om tot een compleet en uitgewerkt plan te komen, kunnen we helaas niet inkorten. Het tijdsperspectief is voor BCO geschetst voor de maand oktober (waarbij we in oktober samen met VWS zullen monitoren hoe we na oktober verder gaan; intentie is om te werven en op te leiden van BCO capaciteit tot de piek van 2.720 BCO per dag, conform het model). Ook voor testen gaan we in oktober het gesprek aan over planning en verdere opschaling.

9. Zoals besproken zouden we graag wat meer voorbeelden zien van hoe dat risicogestuurd BCO in zijn werking gaat. Hiermee hopen we meer feeling te krijgen met hoe dit BCO werkt en hoe complex het is om in te schatten hoeveel extra BCO kan worden gedaan met risicogestuurd BCO (en of op den duur dit misschien toch met ervaringsgegevens is vast te stellen).

Antwoord:

We monitoren dit momenteel, maar kunnen daar nu geen uitspraken over doen. GGD-en hebben verschillend afgeschaald en doen nog niet zo lang risico-gestuurd BCO, waardoor ervaringscijfers nog niet hard zijn. De tijdsduur per risico-gestuurd BCO en de verhouding tussen hoog- en laag-risicogestuurd BCO is daardoor nog onvoldoende duidelijk.

10. Daarnaast zien we graag dat er iets meer houvast wordt geboden over de fijnmazigheid van de testafnamelocaties en dat de inschattingen van de testcapaciteit van het RIVM niet in beton zijn gegoten, maar de komende periode nog aangescherpt zullen worden.

Antwoord:

De fijnmazigheid komt terug in het plan. Over de stijging van het aantal testen gaan we graag in gesprek.

II. Toelichting Testen

In onderstaande tabel staat weergegeven hoe de testcapaciteit verdeeld wordt over de regio's:

GGD regio	Inwoners cf CPB 2020	Verdeling testcapaciteit obv bevolking gegeven totaal aantal				% testen obv bevolking
		testen				
GGD Amsterdam	1.070.575	2.522	3.844	4.859	6.150	6,2%
GGD Brabant-Zuidoost	780.611	1.839	2.803	3.543	4.484	4,5%
GGD Drenthe	493.682	1.163	1.773	2.240	2.836	2,8%
GGD Flevoland	423.021	996	1.519	1.920	2.430	2,4%
GGD Fryslân	649.957	1.531	2.334	2.950	3.734	3,7%
GGD Gelderland-Midden	696.625	1.641	2.501	3.161	4.002	4,0%
GGD Gelderland-Zuid	561.596	1.323	2.016	2.549	3.226	3,2%
GGD Gooi- en Vechtstreek	257.075	605	923	1.167	1.477	1,5%
GGD Groningen	585.866	1.380	2.103	2.659	3.366	3,4%
GGD Haaglanden	1.117.031	2.631	4.011	5.069	6.417	6,4%
GGD Hart voor Brabant	1.073.411	2.528	3.854	4.871	6.166	6,2%
GGD Hollands Midden	808.860	1.905	2.904	3.671	4.647	4,6%
GGD Hollands Noorden	662.748	1.561	2.380	3.008	3.807	3,8%
GGD IJsselland	531.342	1.251	1.908	2.411	3.052	3,1%
GGD Kennemerland	549.947	1.295	1.975	2.496	3.159	3,2%
GGD Limburg-Noord	520.017	1.225	1.867	2.360	2.987	3,0%
GGD Noord- en Oost Gelderland	827.731	1.950	2.972	3.756	4.755	4,8%
GGD Regio Utrecht	1.354.834	3.191	4.864	6.149	7.783	7,8%
GGD Rotterdam-Rijnmond	1.323.434	3.117	4.752	6.006	7.603	7,6%
GGD Twente	631.064	1.486	2.266	2.864	3.625	3,6%
GGD West-Brabant	708.933	1.670	2.545	3.217	4.073	4,1%
GGD Zaanstreek-Waterland	339.182	799	1.218	1.539	1.948	1,9%
GGD Zeeland	383.488	903	1.377	1.740	2.203	2,2%
GGD Zuid-Holland Zuid	459.371	1.082	1.649	2.085	2.639	2,6%
GGD Zuid-Limburg	597.184	1.407	2.144	2.710	3.431	3,4%
Totaal	17.407.585	41.000	62.500	79.000	100.000	100%