

Mijn voorstel zou zijn om de volgende zaken richting GGD GHOR te sturen in reactie op de roadmap. Graag hoor ik jullie eventuele aanpassingen/toevoegingen. Ik zal vervolgens de punten versturen naar 5.1.2e van GGD GHOR.

Dank alvast!

Hi 5.1.2e

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

- 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.
- 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?
- 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.
- Zouden jullie iets meer kunnen toelichten over welke overwegingen ten grondslag liggen aan het overgaan naar risicogestuurd BCO of alleen het bellen van indexen?
- 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?
- In de roadmap wordt aangegeven dat snelsten verwacht worden voor het voorjaar van 2021, maar dit is niet in lijn met onze communicatie. Wij gaan vooralsnog uit van de inzet van snelsten in november 2020.
- 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?

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. Daarnaast zien we graag dat er toegelicht wordt over de fijnmazigheid van de teststraten en dat de inschattingen van de testcapaciteit de komende periode nog aangescherpt zullen worden.

Veel dank alvast.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e



5.1.2e

5.1.2e

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Directie Publieke Gezondheid | Cluster bevolkingsonderzoek |

Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |

* 5.1.2e | 5.1.2e @minvws.nl | www.rijksoverheid.nl |