



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

verslag

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl
KvK Utrecht 30276683

T 030 5.1.2e
3.1.2@rivm.nl

Bespreking 185e LOI
Vergaderdatum en -tijd 16 september 2020 16.00-17.00 uur
Vergaderplaats Via GoToMeeting
Deelnemers LOI-leden
Kopie aan LOI-leden & gastsprekers

Datum
13 oktober 2020

Ons kenmerk
185e LOI

Aanwezig: 5.1.2e, 5.1.2e, 5.1.2e
5.1.2e, ROI N-Brabant/Zeeland; 5.1.2e, ROI Gelderland/Overijssel
(Oost); 5.1.2e, ROI Noord NL; 5.1.2e, POI NH/Flevoland; 5.1.2e &
5.1.2e LOVI; 5.1.2e, ROI Zuid-Holland; 5.1.2e
5.1.2e Limburg; 5.1.2e; ROI Utrecht; 5.1.2e, LCI; 5.1.2e,
GGD Rotterdam; 5.1.2e, GGD GHOR NL.

Afwezig: overige adviseurs van het LOI.

185.1 Opening, vaststellen agenda

5.1.2e opent het overleg.
De agenda wordt vastgesteld.

185.2 Bron- en contactonderzoek

Concept Risicogestuurd BCO

Het document is gisteren naar de deelnemers gemaïld en op Viadesk geplaatst in de LOI-groep.

Het document is een handreiking en gefaciliteerd door het RIVM, het RIVM is géén eigenaar. Het wordt een LOI-document en de vastgestelde versie zal op Viadesk geplaatst worden in de COVID-19 groep én bij het verslag van dit LOI. Het wordt géén bijlage bij het BCO protocol.

Het is een aanvulling/ uitgangsdokument voor de uitvoering BCO door de GGD.

Het beschrijft de belangrijkste stappen binnen BCO welke prioriteit hebben.

Het wordt een gezamenlijk stuk waar we achter staan.

Er is al een ronde geweest onder de RAC en G4, daaruit is deze versie uit voortgekomen.

Het document wordt per paragraaf doorgenomen, deelnemers mogen reageren op de inhoud.

Inleiding en uitgangspunten

Clusterrapportage

- 5.1.2e vindt de link tussen bron en clusters lastig zoals beschreven bij de 2^e bullit: 'Tevens wordt een mogelijk bron geïdentificeerd om vroegtijdige clusters te herkennen.' Misschien de zin aanpassen maar wel benoemen dat het bijdraagt aan het herkennen van cluster.

- 5.1.2e bij GGD Hart voor Brabant hebben we in april al ervaring opgedaan met de prioritering. Toen zaten er meer fases in het plan dat door ons opgesteld was. Nu gaan we met dit document naar 1 verkorte versie, zouden we niet naar meerdere versies moeten?
5.1.2e erkent dit. Afgelopen weekend is door GGD Rotterdam geen monitoring gedaan door ondercapaciteit, dit is nu weer ingelopen.
- 5.1.2e dit stuk richt zich vooral op prioritering binnen de risicosturing. Wat 5.1.2e nu noemt is meer op het gebied van operationalisatie. Aanvullend op dit document komt dan nog een stuk implementatie, hoe je het dan echt doet.
- 5.1.2e als je samenwerkt tussen GGD'en wordt het ingewikkeld en ingewikkelder. Onderwerp 'operationalisatie' moet je nu niet bespreken.

5.1.2e Uiteindelijk moeten er landelijke afspraken gemaakt worden t.a.v. de operationalisatie zodat het uit te leggen is.

Externe partijen waar we mee werken hebben behoefte aan duidelijkheid.

- 5.1.2e ziet het als 2 soorten prioritering, die naast elkaar staan.
- 5.1.2e wat kun je als GGD in eigen hand houden, ter prioritering, en wat kan het landelijk centrum doen?

5.1.2e denkt dat we niet te veel moeten letten op communicatie maar letten op efficiënter beleid.

- 5.1.2e het helpt mij als jullie VWS in contact houden en de LCI uit de loep blijft. Jullie moeten VWS informeren dat dit document Risicogestuurd BCO bestaat en ontwikkeld is door het LOI.

Er is een DPG mail uit gegaan vanuit GGD GHOR NL waarin beschreven staat dat artsen infectieziektebestrijding en BCO teams samen overleggen wanneer het uitvoeren van BCO uit de hand dreigt te lopen en dan gaan zij naar de DPG.

5.1.2e VWS moet via 5.1.2e, GGD GHOR NL, geïnformeerd worden dat er een handleiding Risicogestuurd BCO is opgesteld voor de uitvoering van BCO, met medewerking van het LOI en RAC. 5.1.2e

5.1.2e er moet in de 1^e paragraaf iets gezegd worden over clusters. 5.1.2e

Aanleiding: geen commentaar.

Risicogestuurd BCO:

- 5.1.2e capaciteit: als je meer test krijg je meer gevallen. Wil je alle gevallen vaststellen en dan van ieder BCO of zeg je test aanpassen aan capaciteit en doe je goed mogelijk BCO?

5.1.2e een regel opnemen over capaciteit. 5.1.2e

GGD GHOR NL is bezig met een nieuwe opschalingsplan rekening houdend met bco-capaciteit en o.a. het aantal artsen izb.

5.1.2e een zin toevoegen over de communicatie. 5.1.2e

Handvatten voor prioritering

Alle deelnemers zijn het er mee eens dat het gesprek met de index prioriteit heeft.

5.1.2e is onder de indruk van het document van GGD regio Utrecht dat 5.1.2e vandaag gemailld heeft. Dit betreft een concept werkwijze van hun GGD regio. Hierin vindt de prioritering plaats t.a.v. contacten en niet n.a.v. karakteristieken van de index. Erg duidelijk en goed. Je moet alle indexen toch spreken.

5.1.2e geeft aan dat dit document vanmiddag is samengesteld o.b.v. het ontwikkelde document dat vandaag behandeld wordt. De punten die vandaag door 5.1.2e en 5.1.2e in het document verwerkt waren en gemailld naar de deelnemers komen er in terug. Scholen zijn er bij het opstellen af gevallen, deze moeten er nog bij.

- 5.1.2e prioritering gebaseerd op wat landelijk kan en wat je zelf moet doen.
- 5.1.2e er is geen mogelijkheid voor doorschuiven, landelijk geen tijd beschikbaar.
- 5.1.2e geen goede ervaring met terugbellen indexen, we komen er niet aan toe. De beste werkwijze is direct contact te leggen met de index en het af te handelen. Dit herkent 5.1.2e

5.1.2e geeft aan dat GGD Haaglanden wel goede ervaringen heeft met het bellen van de index en later terug bellen. Misschien goed een bijlage toe te voegen aan dit document met werkwijzen die GGD'en reeds gehanteerd hebben?

5.1.2e er moeten keuzes gemaakt worden wat landelijk weg gezet wordt en niet.

Prioritering n.a.v. karakteristieken index

- Punt 8, index is in het buitenland geweest, die mag er af. Vliegreis laten staan voor het kunnen alarmeren van contacten. 5.1.2e
- 5.1.2e je hoeft niet volledig contactonderzoek te doen alleen kwetsbaren bellen.
- 5.1.2e de prioriteitenlijst moet vast gesteld worden. De bepaling wat landelijk uitgevoerd wordt en wat elders is een andere fase, dit doen we nu niet.
- 5.1.2e contactberoepen staan niet geïnccludeerd bij de prioritering. Wat vinden we daar van? 5.1.2e bij punt 4, 'zoals op een werkvloer...of horeca' aanpassen naar 'contactberoep en horeca'. En de zin er vooraf gaand aanvullen met: 15 min 5.1.2e 5.1.2e vindt dat het overzicht herzien moet worden. Er vallen te veel beroepen onder. 5.1.2e vindt het overzicht dat zij in haar versie opgenomen heeft een echt geprioriteerd volgorde.
 - 5.1.2e het is aan de GGD of ze groepsbijeenkomsten laten vallen of niet.

- 5.1.2e de opzet van het document is niet logisch. Er is eerst een uitleg waarom BCO gedaan wordt, dit moet kort. Er moet aangeven worden wat de reden is van het 'bezuinigen.' Het document geeft weinig zicht op wat de beschreven Risicogestuurd BCO aan winst oplevert.
Speel ik er capaciteit aan vrij? En welke rol spelen deze risicogroepen?
5.1.2e er wordt gekeken of dit verwerkt kan worden. 5.1.2e
- 5.1.2e ervaren BCO'ers kunnen 2x zo veel BCO doen. Risicocontacten worden overgezet naar landelijke lijn die contacten na belt.
- 5.1.2e Waarom staan school en kdV zo hoog in de lijst?
5.1.2e Dit kan naar beneden. 5.1.2e

Contacten Huisgenoten

Niet alle GGD'en bellen ze nu omdat ze daar niet aan toe komen.

5.1.2e Ze moeten geïnformeerd worden. 5.1.2e

Overige nauwe contacten:

- 5.1.2e alle nauwe contacten per mail informeren en prioriteiten nauwe contacten nabellen.

Dit geldt ook voor huisgenoten.

Dit ligt echter heel gevoelig bij VWS dat het bellen en nabellen vervalt.

- 5.1.2e bij GGD Amsterdam krijgt iedereen een mail van de GGD via de index en daaropvolgend een telefoontje van GGD Amsterdam.

Prioritering bij overige nauwe contacten

- 5.1.2e zoveel mogelijk mailadressen inventariseren van contacten via de index scheelt veel tijd bij BCO.
- 5.1.2e het overzicht Prioritering naar boven plaatsen. 5.1.2e
- 5.1.2e de 5% infectie bij nauwe contacten neemt nu af en ook afgelopen weken al. 5.1.2e mogelijk wordt dit veroorzaakt door een registratiefout. Hier wordt nu onderzoek naar gedaan. 5.1.2e geeft aan dat dit ook door het Response Team is opgemerkt. Als een contact niet geregistreerd wordt en later positief is wordt deze een case i.p.v. contact. In Osiris wordt echter gevraagd of je geïnformeerd bent door een contact, goed registratie in Osiris zou bovenstaande kunnen voorkomen.
- Beroepen langer dan 15 min minder dan 1.5 meter toevoegen. 5.1.2e

Overige, niet nauwe contacten: geen commentaar

Bijzondere situaties: geen commentaar

Gevolgen prioritering

- 5.1.2e doordat het document zo uitgebreid is lijkt de kern te verzanden.
- 5.1.2e er moet bekeken worden wat er minimaal aan contacten geregistreerd moet worden door het landelijk team.

- 5.1.2e de vraag is of CoronIT de contacten kan vinden in HPZone zonder registratie van BSN, indien alleen naam en telefoonnummer geregistreerd worden.

5.1.2e BSN nummer is essentieel voor een goede registratie en analyse.

De Oplossing2-app zou een toegevoegde waarde zijn voor contactenregistratie. Het is nog wachten op de app.

- 5.1.2e belangrijk dit nu in een proces te zetten. De behandeling van het document heeft veel gezichtspunten opgeleverd. We kunnen het nu niet vaststellen. GGD'en die overwegen over te stappen naar risicogestuurd BCO en deze overstap en werkwijze willen verantwoorden is lang. Er is behoefte aan een vastgestelde handreiking.
- 5.1.2e neem de principes van risicogestuurd werken op zodat GGD'en hiernaar kunnen verwijzen ter verantwoording. De beschreven uitgangspunten aan het begin van het document sluiten echter aan op de principes.
- 5.1.2e iets over monitoring opnemen. Huiscontacten nr. 1; Nauwe contact nr. 2, en dan pas monitoring calls. 5.1.2e

5.1.2e maakt i.s.m. 5.1.2e een nieuwe versie a.d.h.v. het geleverd commentaar. Deze week wordt deze laatste versie rond gestuurd naar de deelnemers waarbij zij alleen gegronde bezwaren kunnen aangeven en dan wordt het vastgesteld indien er geen gegronde bezwaren zijn. Het LOI gaat het niet opnieuw behandelen in een overleg.

185.2

2. Is er een maximum aantal BCO dat we landelijk kunnen doen, rekening houdend met aantal artsen IZB?

- 5.1.2e Ik zou de limiet van bco niet alleen op willen hangen aan de capaciteit artsen infectieziektebestrijding maar vooral de vraag willen stellen wat de grens van bco is in effectiviteit en wanneer het 'geen zin' meer heeft of onvoldoende is.
- 5.1.2e er is een pyramidemodel ontwikkeld waarbij we in Amsterdam 1 arts izb op 6 BCO-coördinatoren op 20 BCO-medewerkers hanteren. Als we uitgaan van gemiddeld 25 artsen izb landelijk per dag kunnen er dagelijks 2500 BCO landelijk uitgevoerd worden. Dit zou de grens zijn. Onderzocht wordt wanneer we BCO nog aankunnen.
- 5.1.2e waarom laten we ons vangen door getallen? Het maximaal aantal bco wordt toch bepaald door de soorten contacten?
5.1.2e: je kunt ook ander wijze kijken, een die gewaarschuwd is is er 1. Je kunt mensen blijven trainen voor informeren van contacten.
- 5.1.2e als 5.1.2e de hele pyramide is op artsen gebaseerd. Maar van huis uit zijn het vooral de vpk die de uitvoering doen 5.1.2e is het eens met 5.1.2e de complexiteit van het bco bepaalt hoeveel tijd er in gaat zitten. Het is mede bepalend of goeden, ervaren soc. vpk of BCO-medewerkers die ad hoc opgeleid zijn de bco moeten uitvoeren.
5.1.2e de sociaal vpk moet een plek innemen in de pyramide. 5.1.2e

- 5.1.2e in haar regio doen de vpk izb vooral overstijgende taken. De inhoudelijk coördinator (fysio/basisarts/) staat boven de BCO medewerker en de arts izb is de eindverantwoordelijke.
- 5.1.2e in zijn regio is het werk van de vpk meer op het netwerk gebaseerd. De vpk heeft o.a. contact met zh waar casuïstiek is.
- 5.1.2e we moeten verhaal maken hoe we met huidige professionals de capaciteit vormen van het systeem.
1 arts op 6 BCO-artsen/vpk-en (basisartsen/vpk uit jgz; BIG geregistreerde professionals) die BCO medewerkers superviseren. Daarnaast nog een laag nodig die ander werk doen.
- 5.1.2e bij GGD BZO is er een onderbezetting van vpk izb. Dit is erg vervelend.

Verpleegkundigen/ artsen izb zijn de grote bepalende stap, die capaciteit is op gegeven moment de grens.

- 5.1.2e we moeten relativeren, hoeveel er in de top moeten.
 - 5.1.2e daarom 25 artsen izb als uitgangspunt, er zijn 114 izb artsen. Everhard zou het andersom inzetten.
- 5.1.2e goed punt.
- 5.1.2e ook duidelijk aangeven dat getallen veranderen bij het veranderen van gedrag van burgers.
 - 5.1.2e de groep BCO moet ondersteund worden en anderen ook, maar ook de infectieziektebestrijding is nodig. Op andere vlakken valt de infectieziektebestrijding weg. Uitval is al gaande en dit wordt steeds erger.
 - 5.1.2e in regio's moet gekeken worden wat ondersteunende maatregelen moeten zijn. Op basis van de geregistreerde gegevens kan hier mee gestuurd worden. Bijv. kroegen sluiten bij veel studentencasuïstiek. Je moet deze registratie hebben om beleid te stellen.
 - 5.1.2e door een te kleine capaciteit izb verpleegkundigen en artsen vindt er te weinig registratie plaats.
- 6.1.2e bovenstaande informatie moet opgenomen worden in het opschalingsplan van GGD GHOR NL dat naar VWS gaat, met de pyramide.
- 5.1.2e eens met 5.1.2e Binnen GGD regio Utrecht werken 4 artsen op coronavragen en dan ook nog gewone infectieziektebestrijding. We werken 7 dgn./week.
 - 5.1.2e in rapporten wordt er rekening mee gehouden. Maar de berekening van sommige onderdelen moeten wij geven.
- 5.1.2e mail door GGD GHOR NL naar de afdelingen AGZ bij de GGD'en voor een inventarisatie van het aantal artsen en vpk izb en pyramide gegevens.

- Het CDC hanteert de uitvoering van 50% van de BCO casuïstiek als grens, indien >50% BCO niet meer opgepakt kan worden men kan overwegen over te gaan op mitigatiefase. Maar wat doen wij?
- 5.1.2e In het moment van afname tot testresultaat zit al vertraging, en dan nu tot BCO. Niet duidelijk hoe we het in cijfers kunnen vatten.
- 5.1.2e LCDK kan de gegevens aanleveren van het moment van aanmelden van een burger die getest wil worden tot het geven van de uitslag.
- 5.1.2e vanuit dit overleg moet aangegeven worden dat professionals in het veld geen zicht hebben op de cijfers die er zijn en dat inspanning nodig is om de cijfers nog sneller zichtbaar te maken.
- 5.1.2e het geven van de cijfers aan de regio's wordt moeilijk als niet meer geregistreerd wordt,

Dashboard BCO bevat de gegevens van het RIVM.

- 5.1.2e minder bereidheid medewerking waardoor minder casuïstiek. We moeten kijken waar winst te halen is per regio
- 5.1.2e indien we niet meer data kunnen genereren, dan resulteert dit in foutieve getallen.
- 5.1.2e in het registreren kunnen we opschalen. Maar het baart hem meer zorgen dat de maatschappij er klaar mee is. Maatregelen en adviezen worden niet opgevolgd, zoals het advies t.a.v. het in quarantaine gaan.

We weten echter niet het percentage burgers die de maatregelen niet opvolgen.

- 5.1.2e Berenschot concludeert dat opvolging best goed gaat, op basis van de resultaten van hun onderzoek in augustus.
 - 5.1.2e het zijn veel stukjes die de puzzel maken.
- 5.1.2e we hebben de getallen niet, hier moeten we het mee doen.
- 5.1.2e we streven we er vooral naar mensen op te lijden die BCO doen. Goed na blijven denken waar we mee bezig zijn.
- 5.1.2e Een arts of vpk izb moet aan de top van de pyramide.

- 5.1.2e GGD HHOR NL heeft gevraagd naar de verhouding aantal vpk/artsen en bco-medewerkers.

Het veld wordt soms gevraagd om een signaal. Voor het opschalingsplan dat GGD GHOR NL aan VWS geeft staan de grenzen opgenomen t.a.v. het opschalen in huidige systeem. De beroepsgroep verpleegkundigen en artsen izb stelt zich nederig op, dat anderen het uitvoeren van BCO zouden kunnen, maar deze zijn er nu niet.

185.3 Rondvraag

- 5.1.2e wat is het proces nu t.a.v. het document Risicogestuurd BCO dat we behandeld hebben?
5.1.2e de bijlage wordt vandaag/morgen herzien; dan volgt 18/9 een meelezersronde onder de aanwezigen waar onoverkomelijke bezwaren per mail aangeleverd kan worden; dan wordt het document schriftelijk vastgesteld.
Status van het document: uitgangspunten.
Enkele punten zijn meer sturend dan andere.
Het is een LOI-stuk en komt op Viadesk in de groep LOI bij het verslag van vandaag en in de COVID-19 groep, map BCO.
- 5.1.2e dit LOI was een essentieel LOI; de werkwijze van het LOI zoals gewenst is.

Ter sprake komt of de frequentie om hoog moet van het aantal LOI overleggen naar 2-wekelijks.

5.1.2e we houden de huidige frequentie 1x per maand. Indien 5.1.2e hier aanleiding toe ziet wordt er een extra LOI georganiseerd. Dit kan onder andere naar aanleiding van signalen uit het veld of vraagstukken die behandeld moeten worden in het LOI. Indien nodig met een duur van 2 uur i.p.v. 1.5 uur.

- 5.1.2e leuk en nuttig dit soort overleg te hebben waarin centraal staat 'waar gaan we naar toe?
 - 5.1.2e wanneer gaan we over naar risicogestuurd bco?
5.1.2e geeft aan dat dit in een DPG-brief staat. Daar is vandaag overleg over geweest met GGD GHOR NL. Hierin staat ook het advies opgenomen eerst de stap 'opschaling' te nemen.
GGD Amsterdam is over gegaan naar risicogestuurd bco toen bleek dat indexen bleven liggen.
- 5.1.2e de keuze om over te gaan naar risicogestuurd bco ligt bij de GGD. GGD GHOR NL heeft een richtlijn gemaakt wanneer je begint bij landelijk BCO e.d.
- 5.1.2e het is belangrijk een van de landelijk afwijkende werkwijze door te geven aan de LCI zodat zij dit EPI hierover kan informeren. Dit is noodzakelijk om getallen goed te kunnen analyseren, interpreteren.
- 5.1.2e geeft aan dat dit goed opgenomen staat in de DPG-brief.

185.4 Sluiting

5.1.2e sluit 17.50 uur het overleg en dankt iedereen hartelijk voor hun deelname. Dinsdag 22 september, 13.30-15.00 uur staat het volgend LOI gepland.