



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

verslag

Bespreking 186e LOI
Vergaderdatum en -tijd 22 september 2020 13.30-16.00 uur
Vergaderplaats Via GoToMeeting
Deelnemers LOI-leden
Kopie aan LOI-leden & gastsprekers

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

T 030 5.1.2e
rivm.nl

Datum
13 oktober 2020
Ons kenmerk
186e LOI

Aanwezig: 5.1.2e, voorzitter ad-interim: 5.1.2e secretaris; 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, ROI NH/Flevoland; 5.1.2e
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/
5.1.2e GGD Rotterdam; 5.1.2e, GGD GHOR NL; 5.1.2e
NVMM/WOGIZ.

Afwezig: overige adviseurs van het LOI.

186.1 Opening, vaststellen agenda

5.1.2e opent het overleg. De agenda wordt vastgesteld.

186.2 Landelijke BCO capaciteit

5.1.2e, GGD GHOR NL, was voornemens een toelichting te geven over het landelijk opschalingsplan dat opgesteld is. Echter door de huidige oplopende cijfers rond BCO komt alles wat opgesteld was op losse schroeven te staan, het plan is aan verandering onderhevig.

- 5.1.2e signaal ontvangen van GGD'en in de regio dat zij geen ondersteuning konden krijgen vanuit het landelijke BCO. 5.1.2e geeft hierop deze toelichting:
De huidige BCO-vraag komt overeen met wat er gepland is op niveau van opschaling voor oktober. Gisteren stond de teller op 2200. Dit was voor eind oktober gepland, dus wordt ook de landelijke BCO overvraagd. We kunnen op het gebied van ondersteuning vanuit de landelijke BCO dus niet bieden wat we willen. Iedereen werkt zo hard mogelijk. Ook op DPG niveau wordt overlegd welke verdeling gerechtvaardigd is. Het kan dus zo zijn dat je als GGD geen hulp krijgt, omdat deze niet beschikbaar is.
- 5.1.2e GGD Hart voor Brabant wil verder opschalen dan de 2%. De GGD wil van 37 BCO naar 50 BCO per dag, al krijgen we er 100 per dag. Komt er opschalingsplan? Reactie van 5.1.2e: 5.1.2e wordt veelvuldig geïnformeerd. Er is te weinig hulp beschikbaar vanuit het landelijk BCO, maar de informatievoorziening is zorgvuldig. De capaciteit is conform de afgesproken ratio.

Er is een bijlage bij de BCO Werkinstructie op Kennisnet met informatie wat risicogestuurd bco is, zodat landelijk meegegaan kan worden naar risicogestuurd bco waar nodig. De personen in het landelijk BCO die getraind zijn voor het informeren van contacten, gaan nu getraind worden voor het informeren van indexen.

186.4 BCO COVID-19

1. Standpunt van het LOI t.a.v. landelijke opschaling in relatie tot de capaciteit IZ professionals

Het LOI heeft de vraag: tot hoever is het zinvol de BCO capaciteit landelijk op te schalen vanuit het perspectief van de IZ professionals?

In bijlage 186.4.1 staat een onderbouwing van deze vraag geformuleerd in de vorm van een standpunt. Het standpunt is geformuleerd o.b.v. uitkomsten uit mailcontact dat afgelopen week heeft plaatsgevonden.

5.1.2e geeft aan dat de DPG'en het LOI ondersteunt in het standpunt.

Reacties deelnemers t.a.v. dit standpunt:

- 5.1.2e wat is het huidige aantal?

Nu 2200 bco per dag. 2000 à 2500 bco per dag is haalbaar met het aantal artsen.

In de 4 grote steden is het maximaal aantal mogelijk bco bereikt met huidige aantal artsen. Opschaling heeft geen zin omdat je clusters niet meer kunt identificeren.

- 5.1.2e stuurt een tekstvoorstel met een beschrijving wat de risico's zijn van opschaling, bijvoorbeeld t.a.v. clusters.
- 5.1.2e zijn we in de tekst voldoende duidelijk in eventuele alternatieven; waar we wel de oplossing zien?
- 5.1.2e in het stuk steviger opnemen dat de maximale capaciteit bereikt is.
- 5.1.2e Vanuit het veld zeggen we dat de grenzen van het systeem bereikt lijken te zijn, in dat wat de infectieziekte professionals kunnen doen. We accepteren heel grote verantwoordelijkheid door anderen te laten werken. Maar wat willen we dat er gebeurt?
- 5.1.2e Wij zijn van mening dat het noodzaak is meer algemene maatregelen te nemen. Wat het concreet moet zijn laten wij open.
- 5.1.2e mee eens. Met regio over gehad. Werk kun je niet effectief uitvoeren omdat je de grip op de bco verliest. BCO en testen moeten samen gaan. We moeten sturen op maatregelen en BCO-/testcapaciteit.

C/ Harder zeggen in de statement dat de grenzen voor een aantal regio's bereikt zijn.

- 5.1.2e verwerken de genoemde punten in het document. Morgen komt de aangepaste versie. 5.1.2e

2. De aantallen BCO's zijn inmiddels zo hoog dat de handreiking Risicogestuurd BCO uitgebreid moet worden met een scenario: indexen selectief benaderen.

Dit scenario indexen prioriteren wordt besproken.

Sommige GGD'en zijn nu zo ver dat ze deze werkwijze hanteren van prioriteren indexen. Welke indexen worden door de GGD gebeld voor een contactinventarisatie?

- **5.1.2e** GGD Den Haag heeft een gigantische achterstand t.a.v. bco. Wij moeten de bco's prioriteren. We informeren indexen telefoontje dat zij positief getest zijn en aanvullende informatie ontvangen zij per mail. De GGD heeft een eigen prioriteringslijst gemaakt. In feite niet afwijkend van de lijst in de Handreiking Risicogestuurd BCO, maar daar gaat het om contacten.
- **5.1.2e** mogelijk kan het gebruik van CoronIT bijdragen aan meer informatie? Misschien kunnen mensen vooraf meer informatie opsturen wat bco vereenvoudigd.
- **5.1.2e** wat is de verhouding telefonisch en digitaal aanmelden voor een test? Bij het digitaal aanmelden moet er een vragenlijst ingevuld worden, maar deze is niet altijd ingevuld.

Niet in alle regio's worden de vragenlijsten goed ingevuld door de indexen .

- **5.1.2e** in Groningen is bijna iedere positief geteste index een prioriteit. Kunnen we kijken of we toch kritischer kunnen kijken wat echt indexen met prioriteit zijn? In Groningen betreft het met name studenten die in groepen bij elkaar komen, geen 1.5 m afstand houden en dus onder een risicocategorie vallen.

De volgorde van prioritering van indexen is op chronologische volgorde opgenomen in de Handreiking Risicogestuurd BCO. Dit moet meer benadrukt worden in het stuk. (A) Concrete voorstellen voor verwijdering van categorieën kunnen ingediend worden. Hier kan gedacht worden aan bijvoorbeeld de 1.5 meter afstand bij groepsbijeenkomsten.

5.1.2e Digitale ondersteuning van het BCO proces biedt kansen om met dezelfde capaciteit een groter aantal BCO's te verwerken en zo beter zicht te houden op het virus.

- ❖ **5.1.2e** **wat is nodig om het prioriteren te kunnen doen?**
VWS denkt dat we nog bij de uitvoering van volledig BCO zitten. VWS is zojuist geïnformeerd over de huidige situatie bij de GGD'en en dat de tussenstap Risicogestuurd bco is voor het bereiken van de mitigatiefase.
- GGD Haaglanden doet nu alleen bco bij risicogroepen. GGD Rotterdam-Rijnmond prioriteert daarnaast ook indexen.
- **5.1.2e** je bereikt steeds minder mensen die je bco kunt aanbieden omdat de testcapaciteit niet toereikend is. En niet toereikend bco doen, op een juiste manier, resulteert in het haast zinloos zijn van wat we nu aan het doen zijn.

- 5.1.2e acht het wel de moeite waard bepaalde tussenvormen te proberen voor het overgaan naar de mitigatiefase. Het is zaak goed na te denken over de prioritering van indexen.

5.1.2e De GGD'en zitten niet allemaal in dezelfde situatie. Het overgaan naar een mitigatiefase is iets dat behandeld moet worden door het OMT/RIVM.

❖ **De Handreiking Risicogestuurd BCO is een LOI-document dat door het veld gemaakt is en door het veld gedragen moet worden.**

5.1.2e geeft aan dat het document gebruikt wordt door GGD Hart voor Brabant. Risicogestuurd BCO is een volgende stap bij de GGD'en die zo ver zijn.

- 5.1.2e jammer dat de realisatie van de digitale ondersteuning zo lang duurt. De digitale ondersteuning zou veel werk uit handen nemen.
- 5.1.2e graag aandacht voor het prioriteren van contacten. Bijvoorbeeld alleen bepaalde nauwe contacten aandacht geven. In het stuk lijkt het te gaan om zowel mensen met laag als hoog risico bij contacten te prioriteren. 5.1.2e zo moet het ook zijn. 5.1.2e categorie 6 is 'onderwijs gerelateerd,' daar geven we meer aandacht aan dan in dit schema. 5.1.2e het is een handreiking om je te helpen. Als de categorie in de regio meer aandacht nodig heeft dan voorgaande categorieën mag je afwijken van de volgorde.

5.1.2e Prioritering aanhouden en het aanhouden van de BCO-capaciteit van de GGD'en is essentieel.

❖ **Wat is nodig om indexen die we niet meer zelf kunnen spreken te instrueren hun contacten te inventariseren en informeren?**

- 5.1.2e in de huidige situatie is het belangrijk indexen te spreken. Er is iets nodig om dit los te kunnen laten. Er moet iets gefaciliteerd worden op ICT-niveau. 5.1.2e er zal een voorstel gemaakt worden.

We moeten nu iets ontwikkelen om vooruit te lopen, om niet ad hoc iets te moeten ontwikkelen als de situatie daar is dat we indexen niet meer kunnen spreken.

- 5.1.2e we kunnen indexen indelen voor informatievoorziening, telefonisch en digitaal.

Vragen die in Osiris staan zouden opgenomen kunnen worden in de vragenlijst in CoronIT.

- 5.1.2e het belang van surveillance moet ook mee genomen worden bij de prioritering van bco. Als GGD'en veel minder gegevens kunnen registreren omdat men geen contact meer heeft met de index en/ of contacten, heeft dat gevolgen voor de landelijke surveillance en verliezen we steeds meer het inzicht in de verspreiding van het virus.

Dus bij prioritering van BCO moet dat ook het belang van surveillance meegenomen worden, en moeten we met GGD* en en RIVM daar naar kijken.

- 5.1.2e er is een aanbeveling nodig om de digitale mogelijkheden voor BCO te behandelen bij GGD GHOR NL en wat we besproken hebben kunnen we in de Handreiking opnemen. Ik wil vanuit GGD GHOR NL graag van het RIVM weten wat de minimale dataset is. 5.1.2e neemt dit mee naar het RIVM en komt hier bij 5.1.2e op terug. 5.1.2e

5.1.2e De huidige versie van de Handreiking Risicogestuurd BCO wordt aangepast. Erik maakt een voorzet voor deze aanpassing 5.1.2e

186.3 Rol van LOI, LOI-redactieraad en LOHV in de richtlijnontwikkeling door het Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie (SRI)

Door 5.1.2e, LCHV

Het Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie (SRI) is deze maand voor het eerst bijeengekomen ter voorbereiding op het overnemen van de taken van de voormalige Werkgroep Infectiepreventie (WIP). De kern van dit samenwerkingsverband bestaat uit RIVM (LCI), Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Skillz – koepel langdurige zorg waarin onder andere Verenso plaats heeft.

De richtlijnen van WIP/SRI hebben primair betrekking op het intramurale domein, maar hebben ook directe raakvlakken met het publieke domein of overlappen het werkterrein van de GGD. Het proces van de richtlijnontwikkeling wordt later gedeeld met het LOI.

- Voorstel is dat LOI en LOHV op dezelfde wijze als andere belanghebbende organisaties deelnemen in de richtlijnontwikkeling met als primaire doel de aansluiting van de SRI- richtlijn bij de publieke gezondheidszorg te borgen.
- De gemandateerde/ vertegenwoordiger LOI/ LOHV heeft deze taken:
 - Per richtlijn bepalen wat het belang voor de publieke gezondheidszorg;
 - Per richtlijn bepalen welke inbreng vanuit LOI en LOHV wenselijk is en of de richtlijn voor vaststelling aan meer personen binnen LOI en LOHV moeten worden voorgelegd.

5.1.2e behandelt de vragen die eveneens opgenomen staan in de bijlage en geeft een aanvullende optie, het formeren van een werkgroep. Deze optie is pas recent meegenomen waardoor hij het niet heeft op kunnen nemen in de bijlage.

- Is het LOI er mee akkoord om een vast persoon van de LOI-redactieraad als gemandateerde aan te wijzen die de verantwoordelijkheid neemt voor bovenstaande?
- Is het LOI er mee akkoord dat deze persoon, indien wenselijk, in de werkgroep door een vertegenwoordiger van het LOHV wordt vervangen?

Extra:

- Moet er een werkgroep IZB/LOHV opgesteld worden die de taak kan opnemen, die deelnemen aan de richtlijn ontwikkeling?

Reacties aanwezig:

- 5.1.2e bij de richtlijnontwikkeling bij specialisten wordt er gezocht naar een persoon met meeste expertise. Nu wordt dit anders gedaan? 5.1.2e de genoemde werkwijze wordt gehanteerd om te garanderen dat er raakvlak met Public health blijft. Er is in de werkgroep ook ruimte voor specialisten die op persoonlijke titel plaats hebben.

De procedure zoals die geldt voor de LCI richtlijnontwikkeling blijft gelijk, de oprichting van de SRI heeft hier geen invloed op. Wel zal vaker worden samengewerkt.

5.1.2e kijkt positief aan tegen de vertegenwoordiging van het LOI/LOHV door een deelnemer van het LOHV.

Met opmerkingen 5.1.2e Van LOHV?

Deelnemers zien graag een voorstel voor de opzet van de 3^e optie, de werkgroep, met concrete informatie. Daarin wordt ook toegelicht hoe de werkgroep zich verhoudt tot LCI en hoe beslisbevoegdheid wordt beschreven.

5.1.2e maakt een voorstel voor de opzet van de werkgroep, inclusief een verantwoording. Dit wordt in een volgend LOI behandeld. 5.1.2e

186.5 Verslag cv1 184e LOI 4 september

Dit agendapunt is voor de officiële opening door de voorzitter behandeld i.v.m. een uitloop van een overleg waar zij aan deel nam vooraf aan het LOI. 5.1.2e was ook toen ook nog niet aangesloten.

- 5.1.2e n.a.v. agendapunt 183.4, onderdeel Landelijk BCO: welke 2 verpleegkundigen zitten er in het landelijk expert team? Dit is niet bekend, zij gaat dit aan 5.1.2e vragen.
- 5.1.2e n.a.v. het agendapunt Sanquin, pag 6. Na afloop van het LOI meerdere keren overleg gehad met Sanquin. Ze gaan toch proberen het onderzoek vanuit zichzelf te organiseren. In 1^e instantie was er bedacht het aanmelden voor deelname aan het onderzoek online te laten plaatsvinden, maar dan zou het via CoronIT moeten en CoronIT willen we niet belasten. Dus nu doen ze het op hun eigen wijze.

5.1.2e Het verslag van het LOI op 4 september is vastgesteld.

186.6 Rondvraag

❖ Vraag van RAC aan LOI: toegang BCO-medewerkers tot HPLight
 Rectificatie op basis van een reactie van 5.1.2e Deze vraag is niet vanuit RAC gesteld, maar komt vanuit GGDGHOR NI/werkvloer GGD'en. De vraag is via GGDGHOR bij 5.1.2e gesteld (zij is, samen met 5.1.2e o.a. vooral de HP zone liaison). 5.1.2e heeft hem ook bij de RAC gesteld, maar zij vonden dat zij als RAC hier geen beslissing over kunnen nemen, los van het feit dat ze er inhoudelijk wel een mening over hadden. Dus vandaaruit richting LOI gekomen.

1* Mogen alle BCO-medewerkers (in dienst van een GGD) toegang krijgen tot HPLight van alle GGD'en binnen de recent i.o.m. GGD GHOR NL vastgestelde units van 6 of 7 GGD'en? Dit zou het proces van elkaar helpen vergemakkelijken. Het kost nu altijd weer tijd om een BCO-medewerker van de ene GGD toegang te bezorgen tot een andere GGD. Zo zou men snel en flexibel kunnen bijspringen. De RAC heeft geen bezwaren en legt het voor aan het LOI.

Reacties:

- **5.1.2e** dit is efficiënt. Beseffend dat de BCO-medewerkers de gegevens van andere GGD'en in kunnen kijken, dit is meer dan de eigen GGD medewerkers kunnen. Overwogen kan worden een extra geheimhoudingverklaring in laten vullen. Het zou dan met name gelden voor de behandeling van clusters. Indien het anders te ingewikkeld wordt om te helpen moet dit geaccepteerd worden. Dit geldt wel alleen voor COVID-19.
- **5.1.2e** de units zijn niet regionaal maar door hele land. Er bestaat juist een behoefte om bij buurregio's in de gegevens te kunnen kijken. Daar is praktijkwinst uit te halen. Zij ziet er een beetje tegenop dat BCO medewerkers alle gegeven van GGD'en in kunnen kijken.
C/ zij is het niet eens met het standpunt van de RAC.
- **5.1.2e** in HPZone kun je zien wie een dossier geraadpleegd heeft. Het is van meerwaarde als dit hier ook kan.
- **5.1.2e** schotten weg halen hoeft niet landelijk, dit regionaal doen is toereikend.
- **5.1.2e** is een beetje verbaasd dat dit procesmatig stuk behandeld wordt. Het is namelijk best ingewikkeld om toegang voor BCO-medewerkers goed te regelen. Soms moet er plotseling met 50 personen geschoven worden en moet hen toegang gegeven worden tot de gegevens van desbetreffende GGD/GGD'en, dat is vanuit compliance moeilijk. Hij is verbaasd dat een onderdeel binnen GGD GHOR NL dit op landelijk niveau neergelegd heeft.
- **5.1.2e** goed dat de individuele GGD'en toegang krijgen, maar niet de landelijke alarmcentrales. Dus gedifferentieerd.
5.1.2e krijgt heel veel vragen als deze, zij is gevraagd of zij het kan regelen als lid van de HPZone gebruikersgroep.
5.1.2e adviseert vragen als deze dat niet bij HPZone gebruikersgroep hoort terug leggen bij de vraagsteller.

2* Daarnaast vroegen wij ons af of het niet zinvol zou kunnen zijn dat de artsen IZB toegang krijgen tot alle GGD'en (HPLight), zodat het samenwerken en het overzicht houden op regio-overschrijden Covid-19 clusters beter mogelijk is.

Reacties:

- **5.1.2e** positief.

- 5.1.2e IZB professionals van de GGD'en lopen er tegenaan dat ze alleen bij eigen COVID-19 gegevens kunnen. Het is wenselijk hiervoor een oplossing te zoeken, te verkennen hoe dit in te regelen. (1)
Mogelijk is er een optie om landelijke BCO medewerkers op een goede manier eenzelfde toegang te geven. (2)
Dit kan neergelegd worden als vragen waarvoor een oplossing gezocht moet worden.

5.1.2e 5.1.2e gaat punten van 5.1.2e terugkoppelen naar 5.1.2e en 5.1.2e 5.1.2e

❖ Overige punten voor de Rondvraag:

- 5.1.2e vanuit de regio Utrecht is er behoefte aan landelijk BCO formulier. Zij werken nu met een eigen formulier voor BCO welke fijn werkt. De registratie van bco van clusters werkt hierdoor veel efficiënter.

5.1.2e / 5.1.2e heeft de vraag ook naar 5.1.2e gemaïld om voor te leggen aan het LOI:

Vanuit de landelijke expertgroep BCO -werk instructies van de GGDGHOR wil ik graag het verzoek doen of er in het LOI gesproken kan worden over het digitaliseren van de vragenlijst voor het BCO gesprek. Er zijn op dit moment meerdere GGD-en in het land die eigen digitale vragenlijsten hebben ontwikkeld waar veel voordelen aan zitten wat betreft efficiëntie voor de BCO-er, cluster herkenning en data verzameling. De wens is om hier uniformiteit in te krijgen juist ook met het oog op de ondersteuning van elkaar en vanuit de landelijk schil.

- Kan het LOI daar een besluit over nemen?
- Kan RIVM of GGD GHOR NL hier bij ondersteunen?

5.1.2e geeft aan dat hij 5.1.2e gevraagd heeft dit aan het LOI voor te leggen.

We hebben dit indirect al eerder behandeld in dit LOI toen we spraken over nieuwe vormen van BCO met o.a. digitale ondersteuning.

Vanuit het LOI is er nu een aanbeveling de digitale vormen van BCO te verkennen.

Met de aanbeveling heeft de expertgroep GGD GHOR NL voldoende munitie om er hulp voor te krijgen. Volgend LOI geeft 5.1.2e een update o.b.v. de uitkomsten. 5.1.2e

-

buiten verzoek

186.7 Sluiting

5.1.2e sluit 15.30 uur het overleg en bedankt iedereen hartelijk voor hun deelname.

Op dinsdag 13 oktober, 13.30-15.00 uur, staat het volgend LOI gepland.