

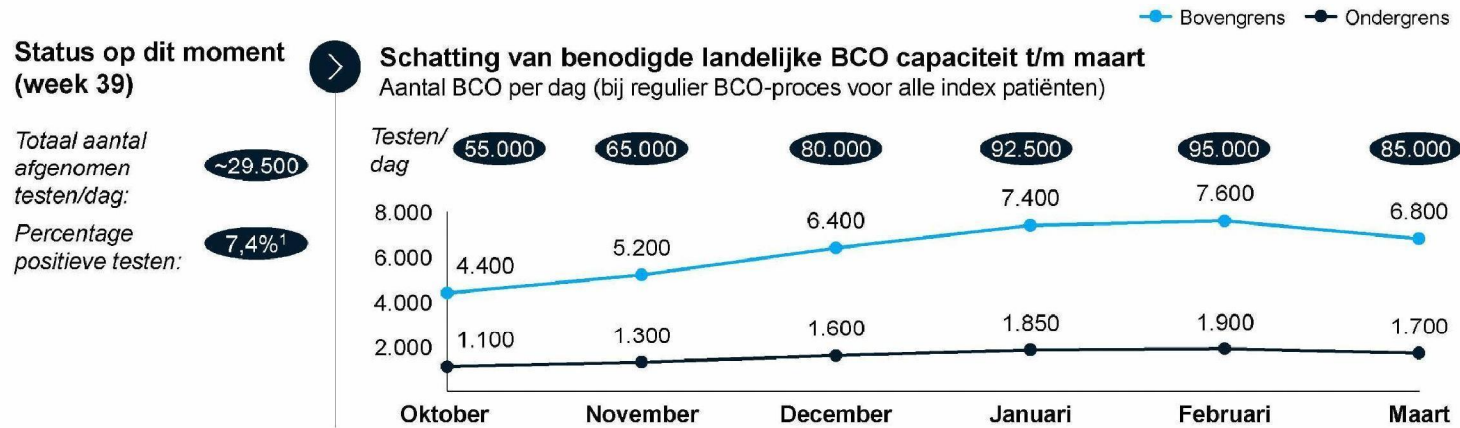
BCO capaciteit

1 oktober 2020

N.B. Voor intern gebruik en planontwikkeling, niet geschikt voor verdere verspreiding of publicatie

In december zal benodigde BCO capaciteit naar verwachting 1.600-6.400 per dag zijn bij een percentage positieve testen tussen 2% en 8%

BCO-BEREKENING O.B.V. GEPLANDE MAXIMAAL AANTAL TESTEN (RIVM SCHATTING) – WERKELIJKE BEHOEFTE LIGT HOGER



Belangrijkste inputvariabelen

- Testcapaciteit: 100% van testcapaciteit wordt verbruikt²
- Percentage positieve testen: ondergrens 2%, bovengrens 8%^{2,3} – deze percentages zijn destijds in mei afgestemd op basis van 'in control' komen en blijven middels testen. Als we in deze tweede golf niet meer in control zijn, kan percentage positieven omhoog gaan

1. Berekend op basis van aantal positieve testen als % van testen waarvan uitslag bekend is: in week 39 waren er 153.589 uitslagen bekend (van de 206.670 testen), waarvan 11.300 positief

2. Het daadwerkelijk aantal testen en percentage positieven per dag kan tussen de regio's variëren

3. 3% marge rondom verwachte percentage van 5% o.b.v. schattingen in mei (gebaseerd op 30.000 testen per dag, incidentie van ~2400 symptomatische infecties per dag en 0.5% incidentie van Covid like illness)

N.B. Voor intern gebruik en planontwikkeling, niet geschikt voor verdere verspreiding of publicatie

VWS wil nu drie verschillende BCO-scenarios uitwerken en bepalen hoeveel FTE er in elk scenario nodig zijn vanaf oktober

	1 BCO voor alle index patiënten	2 BCO voor min. 25% van index patiënten; rest risicogestuurd	3 BCO voor alle index patiënten volledig risicogestuurd
Aantal uur per index patiënt	8-12 ¹	8-12 ¹ <i>Regulier BCO</i> 0.75 ² <i>"Verkort" BCO</i>	8-12 ¹ <i>Regulier BCO</i> 0.75 ² <i>"Verkort" BCO</i>
Beschrijving	<ul style="list-style-type: none"> Alle index patiënten krijgen een volledig BCO 	<ul style="list-style-type: none"> 25% van index patiënten krijgen een volledig BCO Overige 75% worden wel gebeld maar krijgen alleen een volledig BCO als het om een risicogroep blijkt te gaan – evt. worden clusters ook nog gebeld 	<ul style="list-style-type: none"> Alle index patiënten worden wel gebeld maar krijgen alleen een volledig BCO als het om een risicogroep blijkt te gaan – evt. worden clusters ook nog gebeld Alleen voor regio's met >150 besmettingen per dag op 100.000 inwoners
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> Alle stappen van BCO-proces, van dossier aanmaken tot afronden van BCO 	<ul style="list-style-type: none"> Voor 25% + risicogroepen: alle stappen van BCO-proces Voor niet-risicogroepen: Dossier aanmaken, index patiënt bellen en standaard informatie nasturen – clusters bellen nu niet meegerekend 	<ul style="list-style-type: none"> Voor risicogroepen: alle stappen van BCO-proces Voor niet-risicogroepen: Dossier aanmaken, index patiënt bellen en standaard informatie nasturen – clusters bellen nu niet meegerekend

1. Exclusief ondersteuning van verpleegkundige/arts, surveillance en RIVM rapportage. In sommige regio's blijkt 8 uur per BCO niet voldoende vanwege o.a. een (sterk) toenemend aantal nauwe contacten, niet vanzelfsprekende medewerking aan BCO en de komst van VCO. Voor deze regio's - 10 regio's in totaal – wordt daarom gemiddeld 12 uur per BCO aangenomen

2. 20 minuten voor aanmaken dossier in HPZone en 25 minuten voor gesprek met index patiënt om resultaat mee te delen en te bepalen of index patiënt tot risicogroep behoort en nasturen van informatie

Belangrijkste uitgangspunten

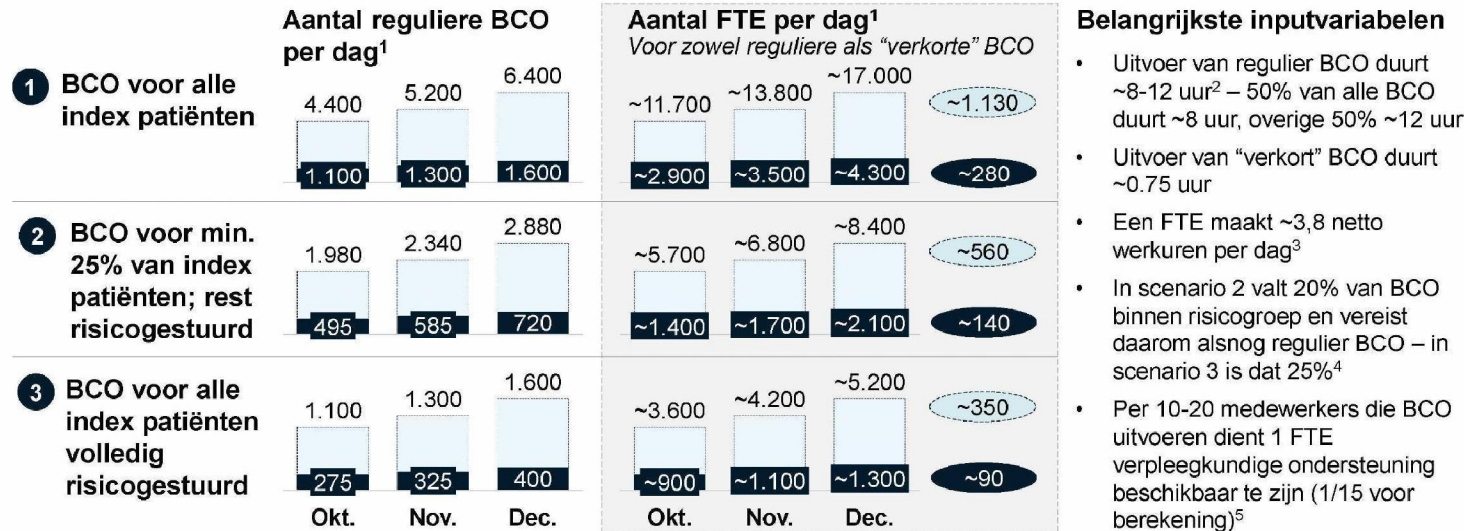
1. **Risicogestuurd:** percentage is afhankelijk van defenitie risicogroep. Wordt hiermee bedoeld:
 - a. risicogroepen zoals nu door de GGD gedefinieerd
 - b. iedereen die niet goed in staat is zelf BCO uit te voerenIn het laatste geval gaat het om een veel grotere groep mensen.
2. **Aansturing/overzicht:** bij tekort kan span of control vergroot worden naar overzicht over 40-50 mensen. In uiterste geval is er geen direct overzicht, alleen een hulplijn. De gevolgen van het niet doen van BCO zijn veel groter dan BCO doen zonder verpleegkundigen/artsen.
3. **Contacten & plaats van contact:** GGD'en moeten een overzicht houden van alle contacten en plaats van contact - ook als ze niet zelf volledig BCO gaan doen - om mogelijke brandhaarden te kunnen detecteren. Wij hebben nu aangenomen dat bij een "verkort" BCO, dit overzicht niet gemaakt wordt tijdens het eerste telefoongesprek met de index patiënt, maar dat kan dus alleen als de GGD'en de contactenlijst en plaats van contact op een andere manier kunnen krijgen, bijv.:
 - a. Index patiënt een contactenlijst incl. plaats van contact laten invullen die moet worden opgestuurd naar de GGD.

N.B. Voor intern gebruik en planontwikkeling, niet geschikt voor verdere verspreiding of publicatie

Voor bovengrens BCO-vraag in december zijn naar schatting ~5.200-17.000 FTE nodig – afhankelijk van gewenste BCO-scenario

EERSTE INSCHATTING – AANNAMES DIENEN GETEST TE WORDEN MET EXPERTS

■ Ondergrens □ Bovengrens ○ Verpleegkundige ondersteuning



Belangrijkste inputvariabelen

- Uitvoer van regulier BCO duurt ~8-12 uur² – 50% van alle BCO duurt ~8 uur, overige 50% ~12 uur
- Uitvoer van "verkort" BCO duurt ~0.75 uur
- Een FTE maakt ~3,8 netto werkuren per dag³
- In scenario 2 valt 20% van BCO binnen risicogroep en vereist daarom alsnog regulier BCO – in scenario 3 is dat 25%⁴
- Per 10-20 medewerkers die BCO uitvoeren dient 1 FTE verpleegkundige ondersteuning beschikbaar te zijn (1/15 voor berekening)⁵

1. Gebaseerd op 2-8% positieven - deze percentages zijn destijds in mei afgestemd op basis van 'in control' komen en blijven middels testen. Als we in deze tweede golf niet meer in control zijn, kan percentage positieven omhoog gaan
 2. Exclusief ondersteuning van verpleegkundige/arts, surveillance en RIVM rapportage. In sommige regio's blijkt 8 uur per BCO niet voldoende vanwege o.a. een (sterk) toenemend aantal nauwe contacten, niet vanzelfsprekende medewerking aan BCO en de komst van VCO. Voor deze regio's - 10 regio's in totaal - wordt daarom gemiddeld 12 uur per BCO aangenomen
 3. 7 dagen per week BCO, bruto werkuren per dag zijn dan 5,1 per FTE. Netto is exclusief 8 feestdagen, 23,7 vakantiedagen, 2 dagen bijzonder verlof, 6% ziekteverzuim en 10% inefficiënte tijdsbesteding per dag
 4. Dit is iets hoger dan in scenario 2 omdat in scenario 3 standaard geen enkele index patiënt een regulier BCO krijgt, terwijl de standaard in scenario 2 op 25% ligt
 5. Uitgangspunt in mei

Belangrijkste variabelen die invloed hebben op benodigde FTE voor BCO

(xx) Huidige aannames

1. Aantal index patiënten

- Aantal testen dat wordt uitgevoerd (*prognose van RIVM en alles wat beschikbaar is wordt ingezet*)
- Percentage positieven (*2-8%, gebaseerd op schattingen in mei*)

2. Lengte van BCO

- Protocol (*LCI richtlijnen*)
- Aantal contacten (*gemiddeld 7 contacten in 15 regio's, >7 contacten in 10 overige regio's*)

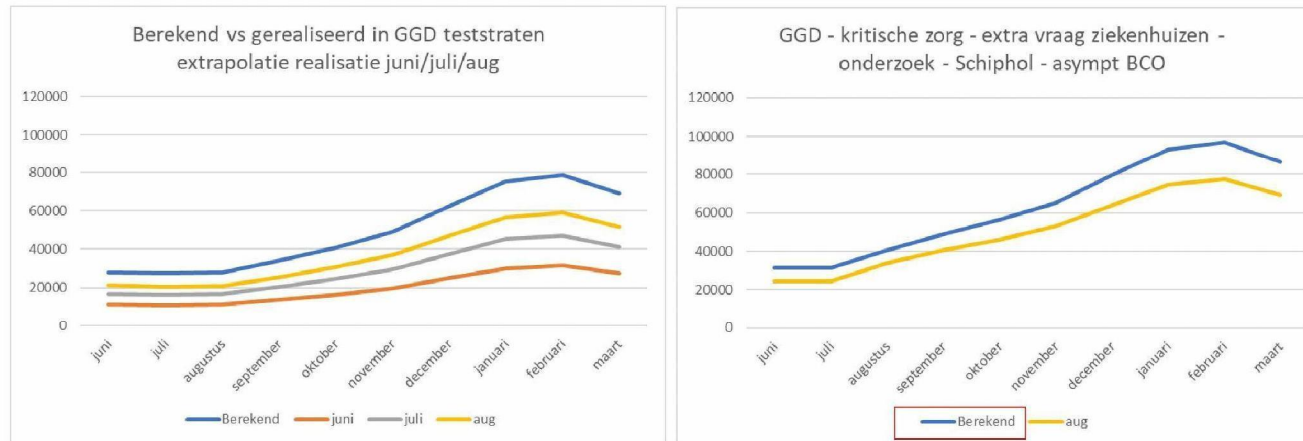
3. Automatisering

- Welke stappen kunnen geautomatiseerd worden (*registratie van contacten en plaats van contact bij "verkort" BCO*)

APPENDIX

GGD teststraten en totaal aantal testen

Scenario gebruikt voor berekeningen benodigde BCO capaciteit



Niet in de figuur: Non covid is 9500 testen per dag, ongeveer 4000 per dag gebruikt 'covid materialen'
LCDK neemt non-Covid mee in zijn labuitvraag.