

Antwoorden GGD GHOR Nederland aan VWS over BCO (21 oktober 2020)

De kern

Vanuit hun rol in de publieke gezondheid, staan GGD'en aan de lat voor het bestrijden van een infectieziekte als Covid-19. Bron- en contactonderzoek speelt daarbij een belangrijke rol, omdat je hiermee de keten van verspreiding kunt doorbreken. BCO is dus een effectief instrument bij het onder controle krijgen van Covid-19, mits de GGD'en dit instrument op een kwalitatieve manier kunnen uitvoeren. De mate van kwaliteit (en dus effectiviteit) van BCO hangt mede af van de inzetbaarheid van IZB-artsen. Zij zijn een cruciale factor, omdat zij de clusters traceren, de trends analyseren en adviezen geven waardoor verdere verspreiding van het virus wordt afgeremd. Bron- en contactonderzoek is daarmee het uitvoeren van een medische handeling. IZB-artsen zijn – net als alle medische specialisten momenteel – schaars. Om BCO zo effectief mogelijk te houden, moet het aantal besmettingen niet te ver boven de 2.000 komen. Tot dat aantal houden we zicht en daardoor grip op het virus. Daarboven verwatert het zicht, met alle gevolgen van dien voor de publieke gezondheid en het maatschappelijke leven.

Daarom pleiten GGD'en zo sterk voor het sturen op de signaalwaarde van 1.200 BCO's per dag. Een signaalwaarde die aansluit bij andere signaalwaardes uit het dashboard. Het moment van 1.200 BCO's per dag is hét moment waarop de exponentiële groei van het virus nog kan worden voorkomen door het nemen van effectieve gedragsbeperkende maatregelen. Dat is ook hét moment waarop stijgende ziekenhuis- en IC-opnames nog kunnen worden voorkomen. We kennen inmiddels de ratio die bij de tweede golf hoort, vanuit de praktijk en van ons rekenkundig model. Deze is keihard en wekenlang constant. Een voorbeeld uit de praktijk. Op 3 oktober waren er circa 4.100 nieuwe besmettingen. We hebben toen berekend dat er dan op 17/18 oktober 31 mensen op de IC opgenomen zouden worden en 124 mensen in de kliniek. De daadwerkelijke aantallen waren respectievelijk 36 en 134. Dus zelfs een paar meer dan verwacht mocht worden.

Bij het effectief bestrijden van het Covid-19-virus is het antwoord dus niet opschalen tot in het oneindige, maar het ingrijpen op het juiste moment. Rem het virus af voordat het ongeremd zijn gang kan gaan.

De vragen

1. Argumentatie effectiviteit (en afnemende meeropbrengst) van BCO i.r.t. aantallen besmettingen (tot wanneer is BCO nog effectief?)

- 2.
3. Het uitvoeren van BCO is altijd effectief, mits BCO nog BCO is. De mate van effectiviteit is afhankelijk van de IZB-capaciteit, omdat de IZB-artsen de clusters- en trendanalyses uitvoeren. Om het BCO zo effectief mogelijk te houden - en maximaal zicht op clusters te hebben - moet de piek in besmettingen niet te ver boven 2.000 besmettingen per dag uitkomen. Dan houden we grip op het virus. Voor grip op het virus is het daarom belangrijk om bij de signaalwaarde van 1.200 BCO's per dag gedragsbeperkende maatregelen te nemen. Deze signaalwaarde sluit aan bij andere signaalwaardes uit het dashboard. Komen er op dat moment geen gedragsbeperkende maatregelen, dan zien we in de praktijk en in het rekenkundig model de besmettingen hard oplopen. Het zicht op het virus wordt dan te veel beperkt. GGD'en kunnen half december qua capaciteit 10.000 risicogestuurde BCO's per dag aan. Maar dit moet van korte duur zijn.
- 4.
5. Waarom? 10.000 BCO per dag betekent 74 IC- en 296 klinische opnames per dag met een vertraging van 2 tot 3 weken. Met gemiddelde ligduur van 13 dagen zijn dat 900 IC-bedden voor Covid-19 en 3.600 klinische bedden. Bovendien is het virus dan dusdanig wijdverspreid, dat BCO inhoudelijk gezien weinig zin meer heeft. Op dit moment – met besmettingsaantallen rond de

8.000 - vinden we nog maar in 19% van de gevallen een bron. Dus het effectief bestrijden van de infectieziekte Covid-19 komt dan in het gedrang.

6.

Een voorbeeld uit de praktijk. Op 3 oktober waren er circa 4.100 nieuwe besmettingen. We hebben toen berekend dat er op 17/18 oktober dan 31 mensen op de IC opgenomen zouden worden en 124 mensen in de kliniek. De daadwerkelijke aantallen waren respectievelijk 36 en 134. Dus zelfs een paar meer dan verwacht mocht worden. Dit is gewoon de ratio – en dus de realiteit - die bij deze tweede golf hoort.

7. Heeft het zin om capaciteit voor BCO te verdrievoudigen?

8.

Meer BCO-capaciteit beschikbaar maken voor 15 december is niet mogelijk. De GGD'en en GGD GHOR Nederland groeien nu al op maximale snelheid (er worden wekelijks 340 fte en daarmee tussen 450 – 500 mensen opgeleid). De opleiding is kwalitatief van aard en daarmee niet verder schaalbaar.

9. Vanaf half december staan we gesteld voor het uitvoeren van 2.720 klassieke/reguliere BCO's.

10. In de meest afgeschaalde vorm van risicogestuurd BCO kunnen we half december 10.000 BCO's

11. per dag uitvoeren. Het gaat hier dan om het intensief bellen van de index. De index wordt gevraagd zelf zijn/haar contacten te informeren en ontvangt per mail een handelingsperspectief voor zichzelf en voor zijn nauwe contacten. Als we alleen uitslagen zouden uitbellen, kunnen er 42.000 uitslagen per dag worden uitgebeld (op dit moment kunnen we overigens 20.000 uitslagen per dag uitbellen). Dit is feitelijk géén BCO meer, maar puur het informeren van indexpatiënten over hun positieve uitslag. Hierbij wel de noot dat deze situatie betekent dat het virus zo wijdverspreid is dat er 2 weken later 313 IC-opnames per dag zijn.

De capaciteit wordt momenteel maximaal uitgebreid, zodat we half december op in totaal 6.840 fte uitkomen. Meer mensen opleiden lukt niet, ook vanwege het kwalitatieve karakter van de opleiding. Om mensen alleen op te leiden voor het bellen van contacten biedt geen soelaas. Ook daar is een inhoudelijke opleiding voor nodig, want het is en blijft een medisch proces.

12. Als het antwoord op 2 " ja". Is, hoe is dat dan te organiseren? Is het uitvoerbaar?

13. Niet van toepassing, zie 2.

14.

15. Hoe hou je zicht op het virus als je de capaciteit niet verder ophoogt? Hoe kun je dan zicht houden, i.r.t. tot het opschalen of afschaven van maatregelen?

16. Maximaal zicht op het virus is onlosmakelijk verbonden met de IZB-capaciteit. De grens ligt bij ongeveer 2.000 BCO's per dag. Zowel met klassiek als risicogestuurd BCO houden we wel zicht op het virus, maar boven de 2.000 besmettingen per dag wordt het zicht op het virus steeds beperkter. We houden dus maximaal zicht op het virus als we de periode zo kort mogelijk houden dat er meer dan 2.000 positieve besmettingen per dag zijn.

17. Waarom moeten mensen wachten op een GGD-code voordat zij iets kunnen met hun contacten in de Coronamelder? Zou je dit niet vrijer willen laten?

Bij de Coronamelder komt de trigger van notificatie van contacten vanuit de GGD-medewerker die het bron- en contactonderzoek uitvoert. Deze vraagt, nadat hij weet dat iemand positief is

getest, of de indexpatiënt gebruik maakt van de Coronamelder-app. Als dat zo is, vindt er notificatie plaats doordat over en weer codes worden uitgewisseld. De indexpatiënt die zijn positieve uitslag verneemt via de webportal, wordt overigens nog gebeld door de BCO-medewerker van de GGD, waarna de codes uitgewisseld worden en de contacten via de Coronamelder genotificeerd worden.

Uiteraard kan iemand die via het webportal een positieve uitslag teruggekoppeld krijgt wel zijn bekende contacten informeren. Die instructie staat ook op het webportal.