



input voor de brainstormsessie transitiestrategie

Samenvatting

In de tweede en derde fase van de exit-strategie wachten ons de volgende opgaven:

1. Intensieve monitoring / surveillance met een korte feedback-loop. Dit vraagt een slimme combinatie van een aantal bronnen, inclusief de gegevens van testen en BCO
2. Intensief en laagdrempelig testen. Wij gaan uit van een groei naar 70.000 tests per dag in het vroege najaar. Instellingen, huisartsen, laboratoria en GGD'en voeren dit gezamenlijk uit.
3. Intensief en grootschalig bron- en contactonderzoek. Op geleide van het aantal testen verwachten wij 3.500 BCO per dag in het vroege najaar. In het begin kost dit 15 uur per BCO, na invoering van optimale digitalisering 5 uur per BCO. Dan zijn er iedere dag 2.200 medewerkers fulltime mee bezig.
4. Regionale brandjes uittrappen door regionale maatregelen.

Wij leveren:

- Een plan voor uitbreiding van testcapaciteit, in samenwerking met relevante partijen;
- Een plan voor opschaling BCO tot 3.500 per dag, over 2 weken;
- Een plan voor digitalisering BCO over vier weken.
- Een dynamisch prognosemodel over vier weken
- Wij werken mee aan een plan voor monitoring

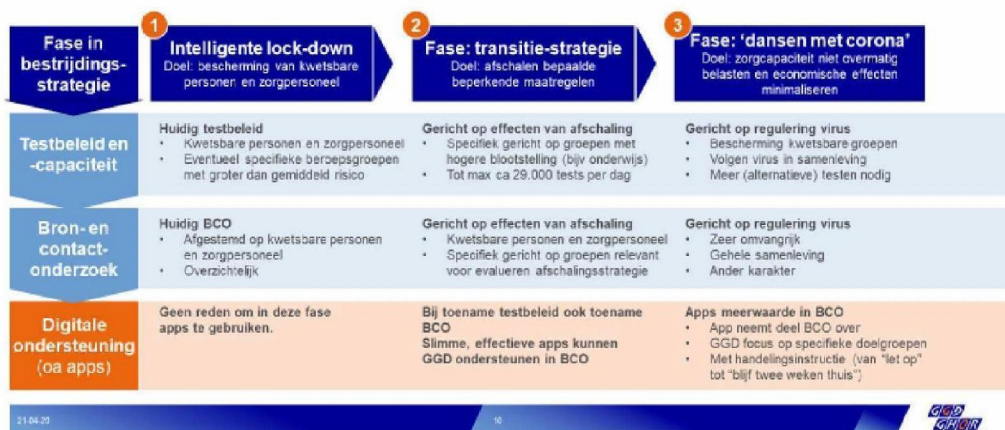
Inleiding

Covid-19 is een A-ziekte, maar niet vergelijkbaar met Ebola en Lassa koorts. Het ziektebeeld Covid-19 is vaak mild, maar een deel van de patiënten wordt ernstig ziek. De mortaliteit ligt lager dan bij andere A-ziektes, maar hoger dan bij een stevige griep. Grootste probleem is dat er geen immuniteit is tegen Covid-19. De crisis is vooral een maatschappelijke crisis en een capaciteitscrisis in de zorg. Capaciteit van mensen en middelen in de zorg wordt op diverse wijze gemonitord en de crisis keuzes zijn vaak ingegeven door schaarste in de zorg (IC en caresector). Om de eerste piek te beteugelen zijn verregaande maatregelen genomen met grote effecten op gezondheid, economie en levens inclusief stervensprocessen. Loslaten moet met beleid gebeuren. De transitie strategie is gericht op het beperken van de Reproductiefactor tot net onder het getal 1, met zo min mogelijk schade aan kwaliteit van leven, economie en maatschappij. Dit moet zo eenduidig mogelijk zijn en landelijk uniform i.v.m. handhaafbaarheid/noodverordening en maatschappelijke uitlegbaarheid en dus draagvlak. Uitdaging is het meenemen van het publiek op deze strategie dus uitlegbaarheid is van het grootste belang.

Als we de IC capaciteit willen normaliseren en daar maximaal 500-700 covid opnames willen, hebben we een smalle bandbreedte om te manoeuvreren. Snel ontdekken en snel een regio weer opschalen en weer 'op slot zetten' kan nodig zijn om lokale uitbraken meteen weer in te dammen (het 'uittrappen van de lokale brandjes'). Met veel testen, BCO en (eventueel bij overschot preventief) gebruik van PBM moeten we dat zien te bereiken.

Dichter op de bal

Fasen in bestrijdings-strategie, testbeleid, testcapaciteit en BCO



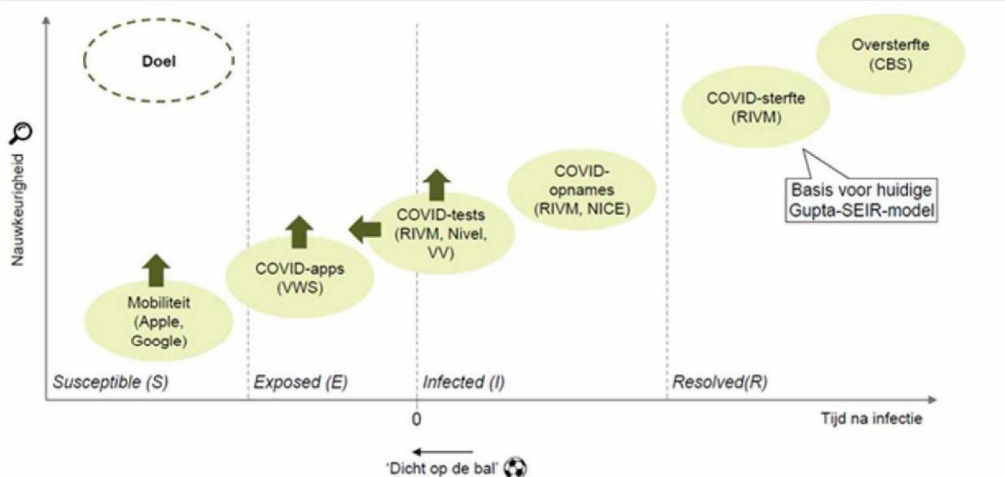
In fase 2, "de transitie-strategie" en ook in fase 3 waarin we gaan "dansen met corona" wordt getracht om in elke regio zoveel beheersing van verspreiding van het virus te krijgen die nodig is om de R_0 onder het getal 1 te houden. Dit doen we door het algemeen handelingsperspectief 'was handen, blijf thuis met klachten en houdt afstand' te handhaven en door aanvullende maatregelen.

Dus veelvuldig testen van iedereen met klachten, vooral bij de groepen waar we de grootste verspreidingsrisico's verwachten of de meest ernstige gevolgen. De positief geteste personen opvolgen met BCO en ook weer testen en BCO bij de positieven etc.

Gericht monitoren van status COVID-19 epidemie vraagt om combinatie van tijdigheid zitten en hoge nauwkeurigheid

Mogelijke datapunten voor monitoren van status COVID19-epidemie

[→ = beoogde ontwikkeling]



Handelingsperspectief in de 1,5 meter samenleving en containment inspanning van de GGD'en is misschien niet genoeg. We hebben een smalle bandbreedte. Daarom zullen we dus via verschillende bronnen een early warning system moeten hebben. De RIVM en de DPG'en hebben daarvoor een volgsysteem en prognosemodel nodig, waarbij data uit verschillende bronnen wordt gecombineerd. Bijvoorbeeld afvalwater (opzetten), NIVEL peilstations (uitbreiden?), compliencedata (google) en testresultaten (GGD/RIVM). Daarmee kun je de regio ontdekken waar mogelijk tijdelijk extra maatregelen genomen moeten worden. Maatregelen worden in omgekeerde volgorde weer ingevoerd namelijk hoge impact op uitbraak, lagere impact op kwaliteit van leven/economie. Het RIVM en betreffende DPG geven advies welke maatregel op welk moment weer moet worden ingezet en wanneer het weer losgelaten kan worden volgens een afgesproken matrix van aantallen versus maatregelen. Daarnaast is er LCPS wat patiënten kan verdelen over de buffercapaciteit aan IC bedden. Wanneer een piek(je) weer daalt wordt de buffercapaciteit aan bedden buiten het ziekenhuis ingezet en kunnen de maatregelen in omgekeerde volgorde weer versoepeld.

Testbeleid

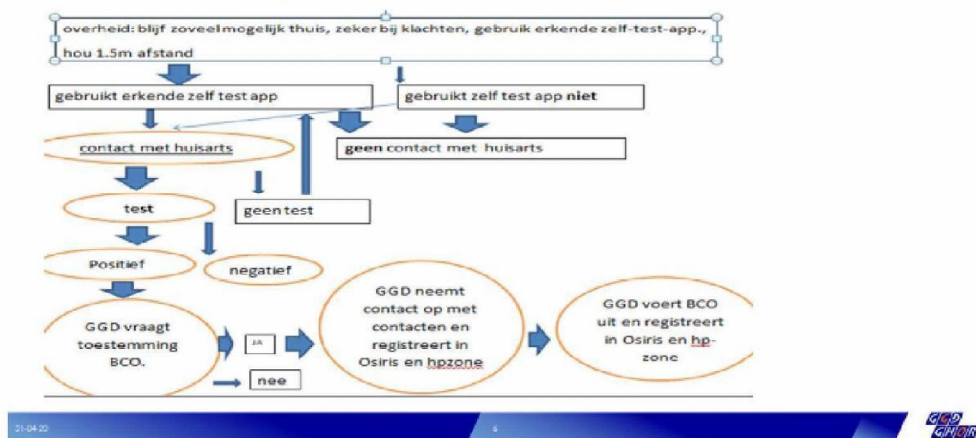
Afnamecapaciteit op minimaal 6 locaties:

1. Ziekenhuizen
2. Verpleeghuizen
3. Huisartsen
4. Laboratoria
5. GGD-locaties
6. Corona-drives.

Als we naar 70.000 testen per dag moeten gaan, moet er een integraal plan komen waar al deze locaties een rol spelen.

BCO

FASE 2: Werkwijze incl. zelf-test app.



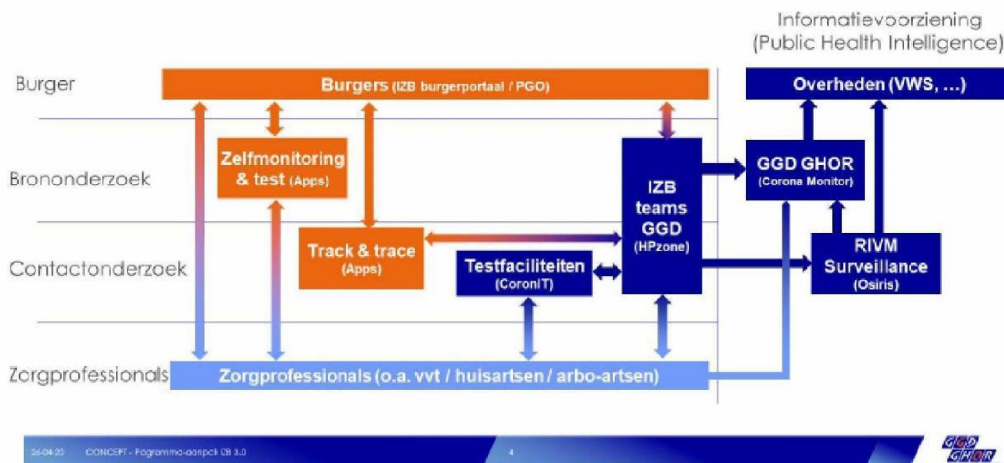
Elementen van het opschalingsplan BCO:

1. 25 GGD'en verantwoordelijk voor BCO;
2. Wij volgen de richtlijn voor BCO van het RIVM (actief testen van contacten met klachten). Wij gaan geen Duitse toestanden uitvoeren met gemiddeld 35 uur per index;
3. Een BCO kost in juni nog 15 uur per BCO, in oktober nog 5 uur per BCO als gevolg van digitale ondersteuning;
4. Wij schatten in dat er dagelijks landelijk maximaal 1.500 tot 2.000 fte ingezet moeten worden voor BCO;
5. Wij organiseren maximale digitale ondersteuning. Dat betekent dat er in de loop van 2020 voor het zelfde werk steeds minder mensen nodig zijn;
6. Wij maken regionale opschalingsplannen in 25 regio's op basis van een landelijk format. Dat format is volgende week klaar;
7. Wij ontwikkelen protocollen en script en digitale tools op basis van de richtlijn van het RIVM;
8. Er komt een grote landelijke projectorganisatie, die landelijk contracten afsluit voor 1.000 fte bij landelijke callcenters; GGD'en leveren de andere 1.000 fte.
9. Op basis van de regionale spreiding van het virus maken GGD'en afspraken met deze landelijke voorzieningen;

10. In de eerste periode maken we ook gebruik van (politie-)vrijwilligers, maar een structurele organisatie die gedurende meer dan een jaar draait kan niet draaien op vrijwilligers;
11. Er komen e-learning programma's en instructievideo's voor nieuwe medewerkers.
12. Als er protocollen, scripts en een registratiesysteem zijn, is verdere opschaling een kwestie van werkplekken en personen. In de koude fase maken we die plannen en in de lauwe fase activeren we die.

Digitale ondersteuning

Toekomstige Digitale Informatiestromen Coronabestrijding



Wat is er nodig?

Als DPG'en zijn we verantwoordelijk voor de geneeskundige kant van een crisis-aanpak. In een crisis zijn we dan ook verantwoordelijk voor zorgcontinuïteit zowel acuut als niet acuut. Daarnaast hebben we als verantwoordelijke voor publieke gezondheid ook zorg voor kwaliteit van leven en preventie in de breedste zin van het woord. Deze taken moeten ook weer opgepakt. Om te kunnen 'dansen met het virus' moeten wij langere tijd onze infectieziektenbestrijdingstaak opschalen. Daarvoor is nodig dat wij ondersteund worden in mensen en middelen. We werken dan ook aan:

- Een opschalingsplan BCO (over twee weken klaar)
- Een analyse van digitaliseringsmogelijkheden BCO (over vier weken klaar)
- Een project IZB 3.0

En dromen over:

- Digitalisering en vernieuwing jeugdgezondheidszorg (er ligt een plan) zodat er meer mensen beschikbaar zijn voor testen en BCO.