

Inventarisatiegesprek Testen en Traceren

Leegloopgesprek d.d. 10 juli 2020, 5.1.2e (K&S)

5.1.2e 5.1.2e Testen en Traceren)
5.1.2e 5.1.2e VWS

5.1.2e 5.1.2e VWS)

5.1.2e 5.1.2e

5.1.2e 5.1.2e

Gespreksonderwerp	Vragen en antwoorden	Verdiepingsvragen
Focus	Afbakening van het thema: wat valt hier wel en niet onder?	
	<p>In de afgelopen periode is met RIVM, GGD en Laboratoria een lijst met zeven doelen gemaakt voor testen en traceren.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nederland is qua laboratoriumcapaciteit (machines, materialen, mensen) in staat om dagelijks de door het RIVM geschatte testvraag uit te voeren. 2. Personen met klachten kunnen binnen 24 uur terecht voor een testafname, en kwetsbare personen (met beperkte mobiliteit uit risicogroepen) kunnen op locatie getest worden. 3. Personen die getest zijn krijgen binnen 24 uur hun uitslag 4. Personen met klachten worden door middel van de publiekscampagne gestimuleerd om zich te laten testen op de eerste dag met klachten 5. De capaciteit voor bron- en contactonderzoek is (dynamisch) ingeregeld op basis van de schattingen van het RIVM 6. Bron- en contactonderzoek wordt gestart op de dag dat een positieve testuitslag wordt meegedeeld, en is binnen de afgesproken norm afgerond 7. We hebben en houden zicht op testen en traceren, zowel op inhoud als op proces 	
Eerste lessen en		

<p>potentiële lessen</p> <p>a. Wat zou je precies hetzelfde doen?</p>	<p><i>Eerste inzichten en 'lessons learned': wat zijn de overduidelijke lessen en inzichten die er tot nu toe zijn opgedaan? Wat nemen jullie mee naar de volgende fase? (Met welke onderbouwing?)</i></p> <p><i>Als er weer een opleving zou komen, wat zou je dan, met de kennis van nu:</i></p> <p><i>a. Weer precies hetzelfde doen? Met welke reden?</i></p> <p>We hebben de afgelopen periode nieuwe processen ontworpen en structuren ingevoerd waardoor de test- en BCO-capaciteit in een korte periode zijn uitgebreid en nu ook efficiënter kunnen worden benut.</p>	
<p>B Wat zou je niet meer doen?</p>	<p>b. Wat zou je anders doen? Met welke reden? (niet meer doen én nieuw doen)</p> <p><u>Te snel starten met de Taskforce Diagnostiek zonder een goede afweging te maken in verdeling taak- en verantwoordelijkheden.</u> We zijn gestart met een groep inhoudelijk deskundigen (Taskforce Diagnostiek) Deze groep adviseerde over de verdeling van de schaarste van de testcapaciteit maar was niet verantwoordelijk voor de uitvoering ervan. We hebben deze groep hiervoor het mandaat gegeven, terwijl we een paar dagen later besloten om een Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit in te richten. Een volgende keer zouden we meer tijd willen nemen om tot een duidelijkere taak- en verantwoordelijkheidsverdeling te komen.</p>	<p>Heeft er al een evaluatie plaatsgevonden met de Taskforce Diagnostiek?</p>

	<p><u>Te snel stoppen met volledig benutten van aanwezige BCO-capaciteit.</u></p> <p>We hadden met de kennis van nu een explicieter besluit moeten nemen over al dan niet door gaan met de inzet van BCO in b.v. Brabant al dan niet met de hulp van andere GGD'en. Wat op dat moment ontbrak was een landelijk overzicht van de BCO-capaciteit. Op een gegeven moment was er ook een situatie waarbij we bij BCO in heel veel gevallen de bron van besmetting niet konden achterhalen. We waren genoodzaakt om andere meer drastische maatregelen te nemen. Als het virus zich zo snel zo wijdverspreid en we kunnen de individuele transmissies niet herleiden naar een bron, dan moeten we wel generieke maatregelen nemen om verdere uitbraken te voorkomen. Dit was de gedachte van waaruit we vertrokken. Op een gegeven moment waren we wel zo ver dat we het virus weer beter onder controle konden houden met BCO. Wellicht hadden we met meer BCO's in die regio's waar nog geen uitbraken waren het virus ook onder controle kunnen houden zonder daarbij alle strikte maatregelen te nemen die we nu moesten nemen.</p>	
<p>C Wat zou je nieuw doen? (voor dit thema: Wat hebben we de afgelopen tijd voor elkaar gekregen en gaan we verder ontwikkelen?)</p>	<p><i>Overkoepelende strategie voor het najaar is dat we het virus door testen en traceren zo dicht mogelijk op de wielen willen zitten. De minister formuleert dit als 'het verkorten van de tijd tussen het krijgen van het virus en de start van het BCO.' We hebben te maken met een incubatietijd waar we niet zo veel aan kunnen doen, maar indien er zich klachten voordoen en mensen zich laten testen dan kunnen we snel handelen. Wanneer we daarnaast ook presymptomatisch testen op risicogroepen dan kunnen we de tijd tussen besmettingen verder verkorten. Het ingezette beleid voor testen en traceren voldoet op dit moment in grote mate aan die wens.</i></p>	<p>Welke andere factoren zijn van belang bij een juiste inschatting</p>

<p><u>Een steeds betere inschatting maken van de testvraag</u> Het RIVM adviseert ons bij het maken van de inschatting van de testvraag. Het RIVM doet dit aan de hand van rekenmodellen met gegevens over mensen met respiratoire klachten. Dit geeft een beeld van de aantallen mensen die mogelijk COVID-klachten gaan vertonen. Hiermee kunnen we een vertaling maken naar benodigde aantallen testen per dag/per maand. Wanneer we uitgaan van het piekseizoen van griep in februari dan komen we uit op 80.000 testen. Dit wordt aangevuld met een inschatting van de vraag naar reguliere diagnostiek. In totaal komen we dan uit op 100.000 benodigde testen per dag in februari. Veel aandacht is er nu op gericht (o.a. door pooling van testen) om op deze 100.000 testen per dag uit te komen. Gelet op de resultaten die we nu al bereikt hebben, hebben we er vertrouwen in dat we deze doelstelling gaan behalen.</p> <p><u>Centraal de regie pakken voor het opschalen van de testcapaciteit</u> Als we het opschalen van testcapaciteit over hadden gelaten aan individuele GGD'en, laboratoria en ziekenhuizen dan hadden we als beleidsmakers niet het inzicht en overzicht gehad dat nodig was om snel besluiten te kunnen nemen over het verruimen van het testbeleid. We hadden een coördinatiestructuur nodig om dit inzicht en overzicht te kunnen krijgen. Deze structuur hebben we nu sinds eind maart. Er wordt nu wekelijks een uitvraag gedaan naar de beschikbaarheid van testcapaciteit en -materialen. Daarnaast zijn er landelijk gecoördineerd inkoopafspraken gemaakt met grote leveranciers van testmateriaal. Verder hebben we ook een strategie ingezet om de te grote afhankelijkheid van een klein aantal leveranciers te verlagen. Ook hebben we ons gericht op de productie van kritische producten in Nederland, waaronder o.a. swabs, buffervloeistof en de plastic cartridges.</p>	<p>van de benodigde testcapaciteit?</p> <p>Blijft de regie voor opschalen van testcapaciteit de komende maanden bij VWS?</p>
---	--

<p><u>Strategie voor het gebruikmaken van 'schaarse' testcapaciteit is verschoven naar ruimhartig testen</u></p> <p>We vertrokken bij het begin van de echte corona-crisis, toen er grote aantallen besmettingen waren, vanuit een doctrine waarbij artsen een afweging hadden gemaakt tussen de te verwachten schaarste en de medische noodzaak om te testen. Daarnaast is testen en traceren natuurlijk ook een beheersingsinstrument. In eerste instantie was het testen vooral gericht op de vaststelling of iemand besmet was met het virus. Voor alle andere mensen was het beleid gericht op vooral thuis te blijven.</p> <p>Daarnaast waren we in het begin van de crisis nog niet in staat om te achterhalen hoeveel testcapaciteit er was. Daardoor was een belangrijk uitgangspunt bij het testbeleid: 'Als er meer testcapaciteit is dan gaan we meer groepen testen'. Later hebben we meer gekeken naar wat er nodig was in het kader van de beheersingsstrategie. Wie wil je eigenlijk testen? Wat past bij je beheersingsstrategie en wat hebben we dan daarvoor nodig qua testcapaciteit. Parallel hieraan hebben we de testcapaciteit enorm uitgebreid. De focus van deze uitbreidingsstrategie was het opheffen van de schaarste zodat we vrij waren om te bepalen waar we de testcapaciteit voor wilden inzetten.</p> <p><u>Naast het vergroten van de testcapaciteit richten we ons nu ook op</u></p>	<p>Welke ervaringen zijn er in andere landen met het stimuleren van testbereidheid?</p>
---	---

<p><u>het verbeteren van de effectiviteit</u> Het gaat daarbij om de snelheid van het hele proces van testen (doorlooptijd) en ook de tijdsduur waarbinnen de testresultaten worden teruggekoppeld en de snelheid waarmee het BCO wordt gestart. 'Hoe sneller we zijn, hoe sneller we de volgende besmetting kunnen stoppen'. Voor de uitbreiding van capaciteit is het poolen van monsters een innovatiestrategie die we verder gaan inzetten. Met pooling kunnen we 2,5 tot 5 keer efficiënter gebruikmaken van testmaterialen. Daarnaast creëert dit flexibiliteit want we kunnen dan de capaciteit van een hoog volume testlaboratorium in één keer opschalen van 5.000 naar 15-25.000 testen per dag.</p> <p><u>Stimuleren testbereidheid is een belangrijke pijler in het beleid van testen en traceren</u> Iedereen met klachten zou bereid moeten zijn om zich direct te laten testen. Wanneer dit niet gebeurt, is er een lange tijd een potentieel besmettingsrisico. Langzamerhand zijn er nu steeds meer mensen die weten dat bij testen de kans op een positieve uitslag <1% is. Het risico hiervan is dat de nut en noodzaak van testen minder gewicht krijgt.</p> <p>Tot nu toe gebruiken we alleen het instrument voorlichting, dat is de algemene publiekscampagne die nu loopt via social media, radio en televisie. We hebben deze week een gesprek gevoerd met de gedragsunit van RIVM over aanvullend beleid. Dit omdat we tot de conclusie zijn gekomen dat we ook moeten doordringen tot de overwegingen die mensen maken om zich al dan niet te laten testen. Daarbij is het belangrijk dat we een perspectief bieden. Het kan voor sommige mensen nogal afschrikken wanneer ze zich realiseren dat je bij een positieve uitslag 14 dagen thuis moet blijven. We zijn hierover nog in gesprek en aan het leren wat daarbij een effectieve aanpak zou moeten zijn.</p> <p><u>De coördinatie van de monsterstromen centraal aansturen</u></p>	<p>Welke overwegingen zijn er om je al dan niet te laten testen? Hoe kunnen bewaren tegen laten testen worden weggenomen?</p> <p>Wat is er nodig om het LCDK opnieuw mandaat te geven om in het najaar de coördinatie van monsterstromen te blijven doen? Welke factoren zijn van belang in een goede samenwerking tussen LCDK en de GGD'en? Hoe kan er zowel coördinatie van monsterstromen plaatsvinden alsook informatieverstrekking over verspreiding van het virus in de regio bij de lokale GGD'en en arts-micobioloog doorgang vinden?</p>
--	--

<p>Er is een IT-systeem ontwikkeld waardoor alle GGD'en, laboratoria en een aantal landelijke 'pandemielabs' met elkaar zijn verbonden. Dit netwerk wordt nog verder uitgebreid met nieuwe laboratoria waardoor er nu in Nederland een groot netwerk is van testcapaciteit. Het LCDK, Landelijk Coördinatieteam Diagnostische keten heeft hiervoor het mandaat gekregen. Ook dit is een voorbeeld van een compleet nieuw proces. Het was in een aantal gevallen best een uitdaging om hiervoor draagvlak te krijgen. Er ontstaan nu ook vragen bij GGD'en die willen weten of dit nu een tijdelijke of meer structurele manier van werken gaat worden. Daarnaast kun je je afvragen of het verleggen van monsterstromen naar pandemielabs te veel inbreekt in de relatie tussen GGD'en en de arts-microbioloog die in dezelfde regio ook inzicht willen hebben in de verspreiding van het virus. Het risico bestaat dat zij door deze strategie het zicht op de regionale besmettingscijfers gedeeltelijk kwijtraken.</p> <p><u>Capaciteit en fijnmazigheid testafname verder vergroten</u></p> <p>We hebben nog wel een uitdaging liggen in het vergroten van het aantal testafnamelocaties. Bijvoorbeeld gedurende een periode was er in Amsterdam maar één testlocatie beschikbaar, namelijk in die de RAI. GGD-en zijn nu druk bezig om nieuwe, winterbestendige locaties te openen.</p> <p><u>Laboratoriumcapaciteit testanalyse verder vergroten</u></p>	<p>Welke factoren bepalen de benodigde fijnmazigheid van het testafname netwerk?</p>
--	--

<p>Op dit moment is de laboratoriumcapaciteit voor de grote getallen van mogelijke COVID-patiënten die RIVM prognosticeert nog niet op orde. Tegelijkertijd zien we dat de schattingen van RIVM 3x hoger uitvallen dan ze in werkelijkheid blijken te zijn. Maar dat brengt ons op het punt dat al eerder is genoemd: Is de testbereidheid wel hoog genoeg?</p> <p><u>BCO-capaciteit opschalen</u> We hebben gezien dat GGD'en goed in staat zijn om regionaal op te schalen als het gaat om BCO-capaciteit. GGD'en zijn lokaal goed in staat geweest om mensen te werven voor deze extra werkzaamheden. Dit in tegenstelling tot de berichten in de media waarbij een beeld ontstond dat de GGD'en dit niet aan zouden kunnen en nogal laks zouden reageren. Daarnaast is er ook landelijk BCO-capaciteit ingeregeld. De zorg die we hadden over te lage BCO-capaciteit bleek door de lagere besmettingscijfers dan verwacht dus wel mee te vallen. We hebben op dit dossier eigenlijk meer gedaan dan nodig was. Wat nog wel verder verbeterd kan worden zijn de informatiestromen tussen de lokale GGD'en en het RIVM, bijvoorbeeld door het verder verfijnen van automatische ICT-koppelingen. Na de ebola uitbraak hebben het RIVM en de GGD'en tijdens de afgelopen jaren al veel ICT-verbeteringen doorgevoerd waardoor dit nu goed werkt via de outbreak module.</p> <p><u>Een grote rol pakken bij het verdelen van schaarste in crisistijd</u></p>	<p>Blijft de huidige verschuivende rolopvatting voorlopig zo bestaan of zal dit najaar de verantwoordelijkheid voor</p>
---	---

	<p>Bij een gezondheids crisis is de rol van de minister meestal beperkt tot communicatie en het verdelen van b.v. schaarse vaccins. Tijdens deze crisis heeft de overheid op veel meer gebieden een centrale rol gepakt. We hebben decentrale en private verantwoordelijkheden overgenomen omdat bleek dat centraal overzicht en aansturing onontbeerlijk waren.</p>	<p>infectiebestrijding weer meer naar RIVM en GGD'en teruggaan?</p>
<p>Inventarisatievragen</p>	<p>Inventarisatie-vragen: waar zou je nog iets meer van willen weten omdat er een mogelijke les in zit, of jullie hopen er een les uit te halen? Waar zit nog een knagend gevoel of een vraag...? Waar is het beeld nog wat diffuus of is verdieping nodig?</p> <p><u>Uitgebreider presymptomatisch (cluster) testen bij kwetsbare groepen, kwetsbare locaties en kwetsbare omstandigheden</u></p> <p>Bij het zwaar inzetten op dit punt zijn nog wel vraagtekens te zetten. Het RIVM heeft bijvoorbeeld aangegeven dat het presymptomatisch testen bij mensen die worden opgenomen in een verpleegtehuis niet zo veel zin heeft. De redenering achter uitgebreid presymptomatisch testen is dat we daarmee sneller besmettingen zouden kunnen traceren waardoor we het verdere verloop van besmettingen kunnen indammen. Hoe groot die winst in de praktijk is, dat weten we eigenlijk nog niet zo goed. Dit kun je wat ons betreft nog niet als 'lesson learned' neerzetten. Sterker nog we kunnen nu niet zeggen: "hadden we dat maar eerder gedaan" en we weten ook nu nog niet of we dat zouden moeten doen. Hier kunnen we wel over nadenken en we vragen er ook adviezen over. En het RIVM gaat dit ook uitproberen in samenwerking met de GGD voor bepaalde kwetsbare groepen.</p> <p><u>Hoe werken de sturingsrelaties tussen ministerie en GGD'en in andere</u></p>	<p>Hoe verhoudt het presymptomatisch testen zich tot het efficiënt inzetten van resources?</p> <p>Kunnen we nu we ook rioolwateronderzoek doen, ons testbeleid nog gericht uitvoeren?</p>

<p><u>landen?</u> In Duitsland vallen de GGD'en direct onder het ministerie van de deelstaat.</p> <p><u>Direct ingrijpen in de verhoudingen tussen de minister, de veiligheidsregio's en de GGD'en.</u> We zijn als ministerie rechtstreeks gaan schakelen met GGD'en. We hadden wellicht ook voor het reguliere systeem kunnen kiezen. Bijvoorbeeld door de GGD'en via de inhoudelijke lijn van het RIVM hun rol te laten pakken in het verruimen van de testcapaciteit. Door de crisissituatie hebben we centraal de sturing gepakt om laboratoriumcapaciteit landelijk op te schalen. We zijn er nog steeds van overtuigd dat we hier goed aan hebben gedaan. Gezien de hoeveelheid test- en analysecapaciteit die nodig is voor dit najaar, lijkt het een onmogelijke opgave om dit aan de GGD'en over te laten en dus regionaal te organiseren. Er is een landelijke reservecapaciteit benodigd om goed voorbereid te zijn.</p> <p>Wat we nu aan het onderzoeken zijn is of we de landelijk testcapaciteit moeten aanbesteden in plaats van dat dit blijft lopen via de wet publieke gezondheid. De rechter heeft ons vandaag trouwens gelijk gegeven in een zaak waar een individueel lab zich benadeelt voelde. De rechterlijke uitspraak bevat een duidelijke rode lijn dat in tijden van crisis op basis van wet publieke gezondheid we als overheid moeten handelen en dus ook mogen sturen. De vraag die we ons nu stellen is of dat nu ook nog kan in deze periode?</p> <p><u>Is de verschuivende rolopvatting VWS een tijdelijke verandering?</u></p>	<p>Hoe kijken de GGD'en terug op deze beslissing van VWS? Zien zij mogelijkheden voor een ander systeem? Hoe gaan we dit in de toekomst doen? Wat betekent dit concreet voor de sturingsrelaties in het najaar?</p>
--	---

	<p>In een 'normale' wereld met een klassieke roloppvatting dan geeft het RIVM leiding aan de infectiebestrijding en de GGD'en doen dat lokaal/regionaal. VWS wordt daarbij geïnformeerd. Echter bij een uitbraak van een A-ziekte geeft VWS leiding aan de infectiebestrijding. Wat is dat leidinggeven precies? We hebben allerlei structuren opgezet. Alleen hoe ga je de verschillende verantwoordelijkheden invullen? De rol van VWS is verschoven naar een sterk sturende houding. Deze verschuiving heeft ook te maken met de stijl van leidinggeven van Hugo de Jonge toen hij de rol van Bruno Bruins overnam. Hugo de Jonge stuurde direct op het vergroten van de testcapaciteit en later de BCO-capaciteit. Daarnaast werd hij ook vanuit de politiek aangesproken op het nemen van meer verantwoordelijkheid.</p> <p><u>Is nader beleid gewenst ten aanzien van isoleren van COVID-patiënten in huiselijke kring?</u> In Denemarken schijnt er een strikter beleid ten aanzien van isoleren te zijn. Uit onderzoeken blijkt immers dat een groot gedeelte van de besmettingen plaatsvindt onder huisgenoten. De instructies van de GGD'en in Nederland, zoals vindbaar op de website van het RIVM, zijn ongeveer gelijk aan die in Denemarken maar toch hebben we het idee dat we daar een stuk minder strikt zijn. In Denemarken schijnen er ook faciliteiten geboden te worden om gescheiden van je huisgenoten in quarantaine te gaan. In Korea hebben ze ook dergelijke faciliteiten.</p>	
Bestaande en te verwerven kennis	Bestaande onderzoeken: welke onderzoeken zijn er al gedaan en/of welke initiatieven (denk aan debriefings, evaluaties...) lopen nu/deze zomer waar we gebruik van kunnen maken?	
	Deskundigen: wie heeft de benodigde kennis en informatie om deze	

	Stakeholders uit het veld: wie zijn belangrijke stakeholders om hierbij te betrekken? Zijn/worden die al betrokken? Hoe? Is daar nog meer nodig?	
	Buitenland: zijn er landen van wiens praktijk je op dit punt zou kunnen leren? Is dat al in gang gezet/gerealiseerd?	Op dit moment wordt op verzoek van 5.1.2e al een internationale vergelijking gemaakt. Van daaruit kiezen we landen waarmee we een verdiepende casestudy zouden willen doen. Denemarken is bijvoorbeeld een land waar extreem veel testen zijn uitgevoerd. Voorstel is om een bilateraal overleg hiervoor te organiseren al dan niet op ministerieel niveau. 5.1.2e geeft aan dat collega 5.1.2e vanwege haar netwerk (o.a. 5.1.2e hier ook iets in kan betekenen. 5.1.2e heeft een notitie over presymptomatisch testen in Denemarken die 5.1.2e zal doorsturen. Verder is er nog de vraag of de landen die een zeer ruimhartig testbeleid hadden in de afgelopen periode tot een ander inzicht zijn gekomen? Zijn er bijvoorbeeld landen die van zeer ruimhartig testbeleid zijn teruggeschakeld naar een meer surveillance- en risicogericht testbeleid?
	Menu van aanvullende vormen: welke aanvullende vorm van dataverzameling is er de komende periode nodig om alle lessen op dit onderwerp te kunnen trekken?	Dialogtafels: <ul style="list-style-type: none"> • Toepasbaarheid? • Welke indicatoren? • Internationale vergelijking
	Experttafels In Motie Asscher is de wens opgenomen om ook externe deskundigheid in te schakelen bij de lessons learned. We willen de lessen die worden opgehaald voorleggen aan experts om deze uit te dagen en te onderzoeken op eventuele blinde vlekken. Idee is om in de week van 10-14 augustus ongeveer 8 mensen per	5.1.2e 5.1.2e – heeft VWS scherp gehouden op bron en contactonderzoek. <ul style="list-style-type: none"> • 5.1.2e kritisch over doorlooptijd • 5.1.2e – Kritisch • KPMG – 5.1.2e, 5.1.2e • 5.1.2e – veel mee gewerkt • RIVM

	experttafel uit te nodigen aan wie we de lessen zullen voorleggen.	• 5 5.1.2e – altijd kritisch gebleven, maar wel als adviseur.
Praktisch	Tijdsplanning: hoe kunnen we zoveel mogelijk aansluiten op waar jullie zijn en welk tijdsplan passend is in de zomerperiode?	
	Kritische blik: welke onafhankelijke deskundige zouden we kunnen vragen om mee te kijken op de geleerde lessen?	Zie ook experttafels

Hoe gaat het verder na dit gesprek

- We verzamelen alle gegevens en maken een plan voor aanvullend onderzoek en uitzoekwerk.
- We komen terug met uitnodiging, aanpak en onderwerpen voor de experttafels
- 1 september: lessons learned voor kamer én voor intern leerproces van VWS.