



Convenant Versterking Testketen Corona

Partijen:

I De Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport die als Partij tevens optreedt voor het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en de Dienst Testen, de heer H.M. de Jonge, hierna te noemen: de Minister van VWS;

en

II Publieke Gezondheid en Veiligheid Nederland, te dezen vertegenwoordigd door de heer mr. A. Rouvoet, hierna te noemen: de GGD GHOR Nederland;

en

III Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) Amsterdam-Amstelland, te dezen vertegenwoordigd door mevrouw J. Manshanden;

en

IV Gemeente Rotterdam, als uitvoerende gemeente in het kader van de gemeenschappelijke regeling GGD Rotterdam-Rijnmond, te dezen vertegenwoordigd door mevrouw S. Baas;

en

V GGD Noord- en Oost-Gelderland, te dezen vertegenwoordigd door mevrouw J. Baardman;

en

VI GGD IJsselland, te dezen vertegenwoordigd door mevrouw R. van den Berg;

en

VII Gemeenschappelijke regeling Gemeentelijke Gezondheidsdienst en Veilig Thuis Haaglanden, te dezen vertegenwoordigd door mevrouw A. de Boer;

en

VIII Geneeskundige Gezondheidsdienst Zuid-Limburg, te dezen vertegenwoordigd door de heer F. Bovens;

en

IX Regio Twente, te dezen vertegenwoordigd door mevrouw S. Dinsbach;

en

X GGD Drenthe, te dezen vertegenwoordigd door de heer H. Kox;

en

XI GGD Hart voor Brabant, te dezen vertegenwoordigd door mevrouw T. Claassen;

en

XII Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Zeeland, te dezen vertegenwoordigd door mevrouw J. Gaemers;

en

XIII Regionale Dienst Openbare Gezondheidszorg Hollands Midden, te dezen vertegenwoordigd door de heer S. de Gouw;



en

XIV GGD Fryslân, in dezen vertegenwoordigd door mevrouw M. de Graaf;

en

XV GGD Brabant-Zuidoost, te deze vertegenwoordigd door mevrouw E. Jeurissen;

en

XVI Veiligheidsregio Limburg-Noord, te dezen vertegenwoordigd door de heer J. Rooijmans;

en

XVII Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Hollands Noorden, te dezen vertegenwoordigd door de heer E.J. Paulina;

en

XVIII Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden, te dezen vertegenwoordigd door de heer H. Bril;

en

XIX GGD Gelderland-Zuid, te dezen vertegenwoordigd door mevrouw M. Pieters;

en

XX Gemeenschappelijke regeling Publieke Gezondheid & Zorg, te dezen vertegenwoordigd door de heer J. Rietveld;

en

XXI GGD regio Utrecht, te dezen vertegenwoordigd door de heer J. Donker;

en

XXII GGD Zaanstreek-Waterland, te dezen vertegenwoordigd door de heer F. Strijthagen;

en

XXIII GGD Gooi & Vechtstreek, te dezen vertegenwoordigd door de heer R. Stumpel;

en

XXIV Veiligheidsregio Kennemerland, te dezen vertegenwoordigd door de heer B. van de Velden;

en

XXV GGD Flevoland, te dezen vertegenwoordigd door de heer C. Verdam;

en

XXVI GGD West-Brabant, te dezen vertegenwoordigd door mevrouw A. van der Zijden;

en

XXVII Dienst Gezondheid & Jeugd Zuid-Holland-Zuid, te dezen vertegenwoordigd door de heer C. Vermeer

hierna gezamenlijk ook te noemen: Partijen of ieder afzonderlijk: Partij

Overwegende dat:

- de uitbraak van de Covid-19 pandemie de behoefte aan diagnostiek met behulp van testen onder de Nederlandse bevolking aanzienlijk heeft vergroot;



- de testvraag ten behoeve van Covid-19 de capaciteit van de aan de GGD'en en zorginstellingen verbonden laboratoria oversteeg;
- vanuit het belang van de volksgezondheid Partijen elkaar hebben opgezocht om gezamenlijk de beschikbare testcapaciteit beter te benutten en aanzienlijk te vergroten;
- sinds de uitbraak van de Covid-19 pandemie sprake is van schaarste aan testmaterialen op de wereldmarkt;
- sinds het begin van de uitbraak van de Covid-19 pandemie het Ministerie van VWS, ziekenhuizen en leveranciers hebben samengewerkt onder de naam Landelijk Consortium Hulpmiddelen (hierna: LCH) voor de landelijke grootschalige inkoop van medische hulpmiddelen en testmaterialen;
- sinds april 2020 het Landelijk Coördinatieteam Diagnostische Keten (hierna: LCDK) de beschikbare laboratoriumcapaciteit ten behoeve van Covid-19 landelijk verdeelt;
- inhoudelijke en bestuurlijke afstemming tussen Partijen over het aanzienlijk aanvullen en beter benutten van de testcapaciteit in de Stuurgroep Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (hierna: LCT) plaatsvindt;
- het voor de komende periode van de pandemie gewenst is om de slagkracht en de landelijke regie over de totale testketen (zie Bijlage A.1) ten behoeve van Covid-19 te vergroten en te versterken;
- de activiteiten van het LCDK en het Laboratoriumteam van het LCH zijn samengebracht als uitvoerende dienst van de rijksoverheid onder de naam Dienst Testen;
- de Dienst Testen, ressorterend onder de Minister van VWS, de hele Covid-19 testketen – van testactiviteiten tot de benodigde laboratorium- en (snel)testcapaciteit – zal coördineren ten behoeve van de landelijke testinfrastructuur in het kader van de Covid-19 pandemie;
- de Minister van VWS het realiseren van een publieke infrastructuur voor de afname van Covid-19 (snel)testen van groot belang oordeelt;
- de Minister van VWS de ontwikkeling van publiek-private en private infrastructuur voor Covid-19 (snel)testen ondersteunt;
- de komst van verschillende typen Covid-19 sneltesten, innovatieve testmethoden en de ontwikkeling van vaccins een ingrijpende invloed zal hebben op de structuur en de functionaliteit van de reguliere PCR-testketen;
- het voor de planning van de benodigde testcapaciteit in de testketen nodig is om betrouwbare ramingen van de kwantitatieve testbehoefte te verkrijgen van het RIVM op basis van haar epidemiologische expertise;
- de expertise van het RIVM tevens nodig is om de verschillende nieuwe en innovatieve testmethodieken te beoordelen op hun toepasbaarheid in de testketen en om de verschillende testmethoden in verschillende toepassingssituaties te valideren.
- praktijkvalidatie ook door andere partijen, waaronder GGD Amsterdam, wordt uitgevoerd.

Komen als volgt overeen

Het doel van Partijen in dit convenant is om zich gezamenlijk in te spannen voor een optimale benutting en vergroting van de beschikbare testcapaciteit, teneinde snel, veilig, kwalitatief en maximaal bij te dragen aan de bestrijding van de Covid-19 pandemie in Nederland. Deze doelstelling wordt bereikt door afspraken te maken over:

1. de samenwerking van Partijen binnen de LCT als regiehoudende stuurgroep; en
2. de samenwerking tussen de Minister van VWS, waaronder het RIVM en de Dienst Testen, en de 25 GGD'en inzake de inkoop van testmaterialen en de toedeling van testcapaciteit.

HOOFDSTUK 1: DE SAMENWERKING VAN PARTIJEN BINNEN DE LCT ALS REGIEHOUDENDE STUURGROEP

Artikel 1.1 Samenstelling LCT

- 1.1.1 De LCT bestaat uit vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS, waaronder het RIVM en de Dienst Testen, de GGD GHOR Nederland en de directeuren publieke gezondheid van de 25 GGD'en. Zie Bijlage B voor een beschrijving van de rol van deze Partijen binnen de LCT.
- 1.1.2 De LCT wordt geleid door een onafhankelijk voorzitter. De voorzitter heeft van de Minister van VWS opdracht gekregen een steviger invulling van de governance op de testketen en een duidelijkere regie op de samenwerking te realiseren (zie Bijlage C).
- 1.1.3 Alle vertegenwoordigers dienen er voor te zorgen dat zij gevolmachtigd zijn om namens de organisatie(s) die zij vertegenwoordigen, beslissingen te nemen. Het nemen van beslissingen gebeurt op basis van consensus, met ruimte voor commentaar.
- 1.1.4 De LCT vergadert in beginsel wekelijks, maar hiervan kan worden afgeweken indien de LCT dat nodig acht. De secretaris van de LCT draagt zorg voor het in overleg met de voorzitter opstellen van de agenda na input van Partijen en voor schriftelijke verslaglegging van de



vergadering. De bescheiden worden gearchiveerd bij de Programmadirectie Covid-19 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

- 1.1.5 Partijen verstrekken op verzoek informatie over de voortgang van de uitvoering van het testbeleid aan de LCT. De voorzitter van de LCT verstrekt aan de Minister van VWS, de GGD GHOR Nederland en de GGD'en ten minste wekelijks informatie ten behoeve van de oordeelsvorming en rapportage aan de Tweede Kamer door de Minister.

Artikel 1.2 Taken LCT

- 1.2.1 De LCT is het centraal bestuurlijk afstemmingsplatform over de uitvoering van het testbeleid. De LCT kan beleidsinzichten en mogelijkheden om de testcapaciteit te vergroten kenbaar maken, teneinde beter in staat te zijn de pandemie te bestrijden.
- 1.2.2 De LCT zorgt tevens voor afstemming tussen Partijen bij incidenten en meningsverschillen daarover en het incidenteel helpen oplossen van operationele problemen. Partijen dienen derhalve nieuwe beleidsinzichten en -ontwikkelingen, zoals de invoering van sneltesten, uitvoeringsdilemma's en operationele knelpunten aan de LCT voor te leggen, zodat hierover afstemming kan plaatsvinden. De LCT baseert zich hierbij op de vastgestelde beleidsplannen, zoals het recente testbeleid en de teststrategie van de Minister van VWS, de adviezen van het RIVM en de meest recente Roadmap Testen en Traceren van de GGD GHOR Nederland (zie Bijlage D voor de meest actuele versie op moment van ondertekening van onderhavig convenant).

Artikel 1.3 Regie LCT

- 1.3.1 De LCT stelt deelstuurgroepen, taskforces en regiegroepen samen. In deze groepen worden initiatieven besproken die bij kunnen dragen aan het verruimen van de testcapaciteit of het verbeteren van de inrichting van het testlandschap. De initiatieven kunnen door middel van een transparante uitvraag van het Ministerie van VWS worden aangemeld. Ook kunnen initiatieven via andere wegen Partijen in de LCT bereiken.
- 1.3.2 Per onderwerp kan de LCT een werkgroep vormen. De werkgroep rapporteert aan de bovenliggende deelstuurgroep, taskforce of regiegroep, die de bevindingen vervolgens ter advies of ter besluit voorlegt aan de LCT. Als de bevindingen inhoudelijk ingaan op beleidsvorming, stelt de LCT een advies op aan de Minister van VWS. Wanneer de bevindingen ingaan op de invulling van bestaand beleid, vindt besluitvorming binnen de LCT plaats.
- 1.3.3 De LCT beslist welke experts deelnemen aan dergelijke groepen. Indien het onderwerp van de groep aan de verantwoordelijkheid van een Partij in de LCT raakt, neemt een afvaardiging van de Partij tevens plaats in de groep. Zie Bijlage E voor een beschrijving van de structuur van de LCT op moment van ondertekening van onderhavig convenant.

Artikel 1.4 Inzet sneltesten en innovatieve testmethoden

- 1.4.1 Partijen zullen zich inspannen om ervoor te zorgen dat sneltesten en innovatieve testmethoden kunnen worden gebruikt als die bijdragen aan het sneller, veiliger en beter testen van de Nederlandse bevolking. Partijen zullen trachten alle substantiële en kansrijke initiatieven in te passen in de landelijke test infrastructuur.
- 1.4.2 Partijen kunnen nadere afspraken maken over de wijze van inzet van sneltesten en innovatieve testmethoden.

Artikel 1.5 Cockpit Testketen

- 1.5.1 Het is voor Partijen cruciaal dat er een adequate set van kengetallen wordt ontwikkeld, die de prestaties van de testketen bij het bestrijden van de Covid-19 pandemie zichtbaar maakt. Hiertoe zullen Partijen een basisset van kengetallen opstellen: de Cockpit Testketen. De Dienst Testen coördineert het tot stand brengen en vullen van de Cockpit Testketen.
- 1.5.2 Partijen geven hierbij, binnen de wettelijke kaders zoals de AVG, toestemming om alle data en informatie met de Dienst Testen te delen die nodig is om de Cockpit Testketen tot stand te kunnen brengen. In elk geval zal de Cockpit Testketen gevalideerde data van Partijen bevatten. Deze data bevat diverse graadmeters, zodat adequaat gestuurd kan worden op signalen. Een essentieel onderdeel van de Cockpit Testketen zijn de prognoses van de testvraag en van de testcapaciteit. Deze zullen worden weergegeven in een overzichtelijke vraag-aanbod grafiek.
- 1.5.3 Alle gegevens in de Cockpit Testketen zijn voor intern gebruik, tenzij Partijen anders wettelijk verplicht zijn of zijn overeengekomen.
- 1.5.4 Partijen overleggen zo vaak als nodig wordt geacht over de invulling van de Cockpit Testketen en welke dilemma's, signalen en besluiten daaruit geagendeerd moeten worden door de Dienst Testen in de LCT. Partijen overleggen over de noodzakelijke geografische resolutie van de kengetallen en de wenselijkheid om tot regionale en/of lokale splitsing van kengetallen in



de Cockpit testketen te komen. De Cockpit Testketen is de basis voor een tenminste wekelijkse rapportage vanuit de LCT aan de Minister van VWS en de GGD'en.

HOOFDSTUK 2: SAMENWERKING TUSSEN MINISTER VAN VWS EN DE GGD'EN INZAKE DE INKOOP VAN TESTMATERIALEN EN DE TOEDELING VAN TESTCAPACITEIT

Artikel 2.1. Taken Dienst Testen

- 2.1.1 De Minister van VWS heeft de Dienst Testen als dienstonderdeel van het ministerie ingesteld. De Minister van VWS heeft de volgende taken aan de Dienst Testen toebedeeld:
- het informeren en adviseren van de LCT op basis van de vraag naar testen en de geanalyseerde behoefte uit de diagnostische keten;
 - het wekelijks inventariseren van de actuele laboratoriumcapaciteit bij de laboratoria en de benodigde voorraden bij de leveranciers;
 - het coördineren van de gewenste opschaling van de laboratoriumcapaciteit en het desgewenst verleggen van de Teststromen en verdelen van testmaterialen en laboratoriumcapaciteit;
 - het realiseren van voldoende testcapaciteit door de inkoop van testen en testmaterialen en het aanbesteden en contracteren van testafname- en laboratoriumcapaciteit; en
 - het dragen van verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, uitvoering van de analyse en logistiek van testmonsters, wanneer deze testmonsters over de laboratoria worden verdeeld.
- 2.1.2 De Dienst Testen verdeelt enerzijds de (schaarse) (snel)testcapaciteit en de totale (schaarse) laboratoriumcapaciteit over de 25 GGD'en; ook indien deze verdeling afwijkt van contractuele afspraken tussen een GGD en een laboratorium. Partijen stemmen in met deze bevoegdheid van de Dienst Testen.
- 2.1.3 Daar waar testanalyses landelijk gecoördineerd moeten worden, zal de Dienst Testen de contractering van laboratoria uitvoeren en indien nodig de aanbesteding. Hierover voert de Dienst Testen operationeel overleg met Partijen en Ketenpartners. De Dienst Testen contracteert laboratoria conform de geldende wet- en regelgeving uit. Partijen stemmen in met deze bevoegdheid van de Dienst Testen.

Artikel 2.2 Samenwerkingsrelaties Dienst Testen

- 2.2.1 De GGD'en verstrekken aan de Dienst Testen alle gegevens die de Dienst Testen noodzakelijk acht. De Dienst Testen bepaalt op basis van deze gegevens de toedeling van laboratoriumcapaciteit aan de GGD teststraten. Desgevraagd geeft de Dienst Testen inzicht aan de GGD'en over de wijze waarop de toedeling tot stand komt. De GGD'en en de Dienst Testen zorgen voor een goede en tijdige informatieoverdracht naar elkaar.
- 2.2.2 Het RIVM en de Dienst Testen stemmen op regelmatige basis af over de door het RIVM geprognostiseerde testbehoeften onder de Nederlandse bevolking. Desgevraagd adviseert het RIVM aan de Dienst Testen over de kwaliteit van aan te schaffen testmaterialen, testmethoden en validaties van de testen in praktijksituaties.

HOOFDSTUK 3 OVERIGE BEPALINGEN

Artikel 3.1 Meningsverschillen

- 3.1.1 Indien zich meningsverschillen tussen Partijen voordoen, dan proberen Partijen het in eerste instantie onderling op te lossen. Mochten Partijen er onderling niet uitkomen, dan leggen zij de kwestie voor aan de LCT, die zal trachten tot overeenstemming te komen. Indien dit niet lukt, kan de LCT besluiten te escaleren naar een Bestuurlijk Overleg met de Minister van VWS en de GGD'en.
- 3.1.2 Indien door (gezamenlijk) handelen van Partijen een probleem ontstaat, kunnen Partijen dit melden bij het Ministerie van VWS dat hiervoor als aanspreekpunt fungeert. Het ministerie zal de kwestie agenderen in eerstvolgende vergadering van de LCT, zodat gezamenlijk naar een oplossing kan worden gezocht.

Artikel 3.2 Communicatie

Partijen stemmen onderling met elkaar af over de gezamenlijke communicatie naar de Nederlandse bevolking. Publieks- en partnercommunicatie wordt dan afgestemd tussen de communicatieafdelingen van betrokken Partijen. Waar woordvoering nodig is bij een bovenregionaal thema of incident stemmen woordvoerders van betrokken Partijen met elkaar af.



Artikel 3.3 Financiële afspraken

- 3.3.1 Iedere Partij draagt de eigen kosten voor de uitvoering van haar taken, tenzij anders is overeengekomen.
- 3.3.2 De Minister van VWS financiert kosten voor de publieke testinfrastructuur in verband met de Covid-19 pandemie, indien en voor zover een Partij daartoe met de Minister een overeenkomst sluit.

Artikel 3.4 Rapportage en evaluatie

Partijen zullen meewerken aan evaluaties van de uitvoering en werking van dit convenant in opdracht van de Minister van VWS. Deze evaluaties worden uitgevoerd op uiterlijk 1 april 2021 en 1 september 2021.

Artikel 3.5. Geheimhouding

- 3.5.1 Partijen zijn gehouden om
 - I) geheimhouding te betrachten ten aanzien van Vertrouwelijke Informatie, en
 - II) geen Vertrouwelijke Informatie te publiceren, openbaar te maken of aan derden ter beschikking te stellen, dan wel anderszins toegankelijk te maken.
- 3.5.2 Het in dit convenant bepaalde verzet zich niet tegen openbaarmaking op grond van de Wet openbaarheid van bestuur of de Wet open overheid of om te voldoen aan het parlementaire vragenrecht, voor zover dit geen commercieel gevoelige informatie betreft en van openbaarmaking van gegevens waartoe Partijen uit hoofde van een rechterlijke uitspraak verplicht zijn.
- 3.5.3 Personen die door Partijen worden ingezet bij de uitvoering van dit convenant vallen onder dezelfde verplichtingen ten aanzien van geheimhouding die voor Partijen gelden op grond van dit convenant. Partijen zullen ervoor zorgdragen dat deze derden aan dezelfde verplichtingen worden verbonden.

Artikel 3.6 Onvoorziene omstandigheden

- 3.6.1 Partijen treden met elkaar in overleg indien zich onvoorziene omstandigheden voordoen die wezenlijke gevolgen hebben voor de uitvoering van dit convenant.
- 3.6.2 Partijen treden met elkaar in overleg indien één of meerdere bepalingen van dit convenant onverbindend blijken te zijn.
- 3.6.3 Het in het eerste en tweede lid bedoelde overleg vindt plaats binnen twee weken nadat een partij de wens hiertoe aan de andere Partijen schriftelijk kenbaar heeft gemaakt.

Artikel 3.7 Wijziging

- 3.7.1 Elke Partij kan de andere Partijen schriftelijk verzoeken het convenant te wijzigen. De wijziging aan het convenant behoeft de schriftelijke instemming van alle partijen.
- 3.7.2 Partijen treden in overleg binnen een maand nadat een Partij de wens daartoe aan de andere Partijen schriftelijk heeft medegedeeld.
- 3.7.3 De wijziging en de verklaring(en) tot instemming worden als bijlage aan het convenant gehecht.
- 3.7.4 De wijziging wordt gepubliceerd in de Staatscourant.

Artikel 3.8 Toetreden

- 3.8.1 De mogelijkheid bestaat om gedurende de looptijd van het convenant als partij toe te treden. Een toetredende partij dient de verplichtingen die voor haar uit het convenant voortvloeien, te aanvaarden.
- 3.8.2 Zij maakt haar verzoek tot toetreding schriftelijk bekend aan de voorzitter van de LCT. Zodra de LCT schriftelijk heeft ingestemd met het verzoek tot toetreding, ontvangt de toetredende partij de status van partij van het convenant en gelden voor die partij de voor haar uit het convenant voortvloeiende rechten en verplichtingen.
- 3.8.3 Het verzoek tot toetreding en de verklaring tot instemming worden in afschrift als bijlage aan het convenant gehecht.

Artikel 3.9 Opzegging

- 3.9.1 Elke Partij kan het convenant tussentijds met inachtneming van een opzegtermijn van een maand schriftelijk opzeggen met vermelding van de desbetreffende verandering in omstandigheden.
- 3.9.2 Wanneer een Partij het convenant opzegt, blijft het convenant voor de overige Partijen in



stand voor zover de inhoud en strekking ervan zich daartegen niet verzetten.

Artikel 3.10. Toepasselijk recht

Op dit convenant is uitsluitend Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3.11 Citeertitel

Dit convenant wordt aangehaald als 'Convenant Versterking Testketen Corona'.

Artikel 3.12 Inwerkingtreding en looptijd

Het convenant treedt in werking met ingang van de dag van ondertekening door alle Partijen en zal een looptijd hebben tot 1 juli 2022 of zoveel eerder als dat de Covid-19 pandemie bestreden is. Partijen kunnen besluiten de looptijd te verlengen.

Artikel 3.13 Definities

In dit convenant (en de daarbij behorende bijlagen) wordt verstaan onder:

- a. *COVID-19*: de ziekte die wordt veroorzaakt door een coronavirus Sars-CoV-2 die luchtwegklachten, koorts en ernstige ademhalingsproblemen kan veroorzaken en die op 11 maart 2020 door de World Health Organization tot pandemie is verklaard;
- b. *Ketenpartners*: partijen die een rol spelen in de keten, maar geen onderdeel zijn van de LCT;
- c. *Publieke testinfrastructuur*: De infrastructuur die past binnen spoor 1 van de teststrategie van de Minister van VWS.
- d. *Reguliere PCR-testketen*: de testketen waarbij gebruik gemaakt wordt van de gouden standaard voor covid-19 testen, de PCR-test;
- e. *Teststromen*: de weg die de door de GGD'en afgenomen testmonsters afleggen naar de laboratoria teneinde te komen tot de diagnose of sprake is van besmetting met het Covid-19 virus;
- f. *Vertrouwelijke Informatie*: alle gegevens die :
 1. betrekking hebben op intellectuele, technische, wetenschappelijke en/of commerciële informatie, documenten, bescheiden en andersoortige gegevens, ongeacht op welke wijze dergelijke informatie is verstrekt of beschikbaar gesteld die
 - a. eigendom is van een partij en
 - b. eigendom is van een partij en door een te goeder trouw en redelijk handelende andere partij redelijkerwijs als vertrouwelijk moet worden beschouwd, waaronder (maar niet beperkt tot) mondeling dan wel schriftelijk, waaronder (maar niet beperkt tot) technische of financiële informatie, modellen, namen van potentiële zakenpartners, contracten, voorgestelde zakelijke transacties, rapporten, plannen, (markt)verwachtingen, software, tekeningen, research, gegevens, knowhow, strategieën, werknemerslijsten, prototypen, of enige andere vertrouwelijke informatie met betrekking tot die partij.
 2. naar hun aard als vertrouwelijk kunnen worden beschouwd, een en ander ter beoordeling van Partijen.

Artikel 3.14 Bijlagen

De volgende bij dit convenant behorende bijlagen maken integraal onderdeel uit van dit convenant:
Bijlage A.1 Verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van Partijen en Ketenpartners in de publieke testketen

Bijlage A.2 Testbeleid, teststrategie en de testketen

Bijlage B Beschrijving rol Partijen in de LCT

Bijlage C Opdrachtbrief van de Minister van VWS aan de heer prof. dr. A.N. van der Zande d.d. 5 oktober 2020

Bijlage D Roadmap Testen en Traceren van 13 oktober 2020

Bijlage E Organogram LCT en beschrijving deelstuurgroepen in de LCT d.d. 8 december 2020

Artikel 3.15 Publicatie in de Staatscourant

- 3.15.1 Binnen vier weken na ondertekening van dit convenant wordt de tekst daarvan gepubliceerd in de Staatscourant.
- 3.15.2 Bij wijzigingen in het convenant vindt het eerste lid overeenkomstige toepassing.
- 3.15.3 Van toetreden, opzeggen of ontbinden wordt melding gemaakt in de Staatscourant.



Aldus overeengekomen en in zeventenwintigvoud ondertekend

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge*

*Publieke Gezondheid en Veiligheid Nederland,
A. Rouvoet*

*Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) Amsterdam-Amstelland,
J. Manshanden*

*Gemeente Rotterdam, als uitvoerende gemeente in het kader van de gemeenschappelijke regeling
GGD Rotterdam-Rijnmond,
S. Baas*

*GGD Noord- en Oost-Gelderland,
J. Baardman*

*GGD IJsselland,
R. van den Berg*

*Gemeenschappelijke regeling Gemeentelijke Gezondheidsdienst en Veilig Thuis Haaglanden,
A. de Boer*

*Geneeskundige Gezondheidsdienst Zuid-Limburg,
F. Bovens*

*Regio Twente,
S. Dinsbach*

*GGD Drenthe,
H. Kox*

*GGD Hart voor Brabant,
T. Claassen*

*Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Zeeland,
J. Gaemers*

*Regionale Dienst Openbare Gezondheidszorg Hollands Midden,
S. de Gouw*

*GGD Fryslân,
M. de Graaf*

*GGD Brabant-Zuidoost,
E. Jeurissen*

*Veiligheidsregio Limburg-Noord,
J. Rooijmans*

*Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Hollands Noorden,
E.J. Paulina*

*Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden,
H. Bril*

*GGD Gelderland Zuid,
M. Pieters*

*Gemeenschappelijke regeling Publieke Gezondheid & Zorg,
J. Rietveld*

*GGD regio Utrecht,
J. Donker*



*GGD Zaanstreek-Waterland,
F. Strijthagen*

*GGD Gooi & Vechtstreek,
R. Stumpel*

*Veiligheidsregio Kennemerland,
B. van de Velden*

*GGD Flevoland,
C. Verdam*

*GGD West-Brabant,
A. van der Zijden*

*Dienst Gezondheid & Jeugd Zuid-Holland-Zuid,
C. Vermeer*



BIJLAGE A VERANTWOORDELIJKHEDEN, TAKEN EN BEVOEGDHEDEN VAN PARTIJEN EN KETENPARTNERS IN DE PUBLIEKE TESTKETEN

Rijksoverheid

Minister van VWS

De Minister van VWS bevordert de kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg en draagt zorg voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur. Voorts bevordert de Minister de interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van de publieke gezondheidszorg.

De Minister van VWS is verantwoordelijk voor het treffen van maatregelen ter bescherming van de publieke en individuele gezondheid en meer specifiek voor de bestrijding van infectieziekten in Nederland. De Minister wordt hierbij ondersteund door het RIVM.

De Minister van VWS kan het OMT verzoeken bijeen te komen. Het OMT stelt een advies op voor de verantwoordelijke bestuurders, die dit advies vervolgens in het BAO beoordelen op bestuurlijke en politieke haalbaarheid. De Minister neemt op basis van het BAO-advies een besluit over de noodzakelijke bestrijdingsmaatregelen.

RIVM

Bij een landelijke uitbraak van een infectieziekte heeft het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM een coördinerende rol bij de bestrijding daarvan. Het CIb organiseert het OMT. Het OMT geeft onafhankelijk advies aan de Minister van VWS. Het CIb brengt adviezen uit over de bestrijdingsmaatregelen, draagt bij aan de ontwikkeling van nieuw laboratoriumdiagnostiek en brengt de epidemiologische ontwikkelingen in kaart door surveillance en onderzoek. Ook brengt het CIb de organisatie van medische richtlijnen in handen heeft die vastgesteld worden door de medische beroepsgroepen. Het RIVM heeft als kennisinstituut expertise die gebruikt worden bij de testvraag, het gebruik van testmethodieken en kennis over infectieziekten.

Dienst Testen

De Dienst Testen is een dienstonderdeel van het Ministerie van VWS en geeft uitvoering aan door de LCT gestelde kaders.

De Dienst Testen draagt zorg voor het goed onderling aansluiten van de keten van de testen die gedaan worden in het kader van de huidige COVID-19-pandemie en mogelijk toekomstige pandemieën. De keten bestaat uit de aankoop van testen, testmaterialen en laboratoriumcapaciteit, testintake (plannen testafspraken), testafname (met de verschillende testmethoden), testmonsterwerking (laboratoria en/of ter plaatse bij sneltesten), testanalyse en testuitslagrapportage. Het gaat zowel om de onderdelen in de keten als om de verbindingen tussen die onderdelen in de keten.

Regionaal

Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD)

De GGD'en hebben in het kader van de virusbestrijding en bij afwezigheid van een testinfrastructuur het afnemen van monsters ten behoeve van COVID-19 diagnostiek op zich genomen. Dit is geen wettelijke taak van de GGD. De afgenomen monsters worden geanalyseerd door de laboratoria. In het geval van een positieve testuitslag, voeren de GGD'en bron- en contactonderzoek uit teneinde de bron(nen) van besmetting en contacten die mogelijk besmet zijn geraakt op te sporen. Op basis van die kennis kunnen de GGD'en adviseren om de transmissie van het virus zo veel mogelijk te onderbreken en te stoppen.

In opdracht van de Minister realiseren de GGD'en een publieke infrastructuur voor de afname van testen. Dit doen de GGD'en aan de hand van de Roadmap Testen en Traceren van 13 oktober 2020, zoals opgenomen in Bijlage D. Nieuwe ontwikkelingen kunnen het noodzakelijk maken de Roadmap Testen en Traceren aan te passen aan de nieuwe situatie.

GGD GHOR Nederland

GGD GHOR Nederland is de vereniging van de 25 Directeuren Publieke Gezondheid in Nederland. GGD GHOR Nederland biedt gemeenschappelijke ondersteuning bij uitvoering van de wettelijke taken van de GGD'en. GGD GHOR Nederland is eigenaar van het CoronIT systeem dat de GGD'en gebruiken en speelt een rol bij de opschaling van afnamecapaciteit in heel Nederland.



Laboratoria die zich bezig houden met Covid-19 screening en diagnostiek

De laboratoria die zich bezig houden met Covid-19 screening en diagnostiek doen zijn essentiële partners in de testketen teneinde te kunnen testen. De laboratoria zijn verantwoordelijk voor het ontvangen en het scannen van de testmonsters op het lab. Vervolgens analyseert het laboratorium de testmonsters. Na analyse zorgt het laboratorium ervoor dat de uitslag van het testmonster wordt geautoriseerd en gerapporteerd in CoronIT.

Er vindt maandelijks een overleg plaats tussen de een aantal koepels van laboratoria en (de voorzitter van) de LCT. Op operationeel niveau vindt structureel overleg plaats tussen laboratoria en de Dienst Testen.



BIJLAGE A.2 TESTBELEID, TESTSTRATEGIE, TESTLANDSCHAP EN DE TESTKETEN

Testbeleid

De Minister van VWS is eindverantwoordelijk voor het testbeleid in Nederland. Het testbeleid is het beleid om de Nederlandse bevolking te testen op besmetting met het Covid-19 virus.

Teststrategie

De LCT werkt aan bestuurlijke afspraken tussen Partijen om uitvoering te geven aan de teststrategie. Het doel van de teststrategie is het bestrijden van de infectieziekte met oog voor het in stand houden van de nationale welvaart en sociaaleconomische aangelegenheden

De LCT moet voor het bereiken van deze doelen onder meer zoveel mogelijk testcapaciteit realiseren. Dat gebeurt op verschillende manieren. Initiatieven die bijdragen aan de uitbreiding van de testcapaciteit zijn onder te verdelen in drie sporen:

1. Basis testinfrastructuur
2. Aanvullend testspoor voor werkgevers
3. Thuis testen

Partijen zetten zich in voor het vergroten van de testcapaciteit in deze drie sporen.

De LCT is verantwoordelijk voor de afstemming tussen Partijen van de verschillende initiatieven in de drie sporen.

Testlandschap

Sinds het begin van de uitbraak van de Covid-19 pandemie werden PCR-testen uitgevoerd door laboratoria gelieerd aan de GGD of zorginstellingen. Gaandeweg zijn er steeds meer laboratoria ingeschakeld om een uitbreiding van de laboratoriumcapaciteit te realiseren. Sinds de zomer van 2020 zijn er Europese hoogvolume laboratoria ingezet die een grote bulk aan testmonsters kunnen verwerken. Vanaf eind 2020 zal Pooling van testmonsters een rol gaan spelen bij het testen. Pooling betekent dat je van meerdere patiënten gezamenlijk één test doet, waardoor veel minder testmateriaal nodig is en grotere volumes kunnen worden getest. Sinds september 2020 zijn alternatieve testmethoden gevalideerd en worden sneltesten uitgevoerd bij de 19 XL-locaties.

Daarnaast zijn er ook publiek-private en private initiatieven die door de Minister van VWS worden ondersteund en die deel uitmaken van het gehele testlandschap.

Testketen

De testketen beschrijft alle onderdelen die uiteindelijk leiden tot het begrip 'testcapaciteit'.

De publieke infrastructuur voor PCR-testen bestaat uit 10 stappen die uitgevoerd kunnen worden door de GGD en laboratoria.

1. Benadering van een persoon naar aanleiding van contact met een besmet persoon. Deze benadering kan plaatsvinden via bron- en contactonderzoek en/of de applicatie CoronaMelder. Deze stap is optioneel, omdat mensen ook direct via stap 2 zich aan kunnen melden voor een test.
2. Afspraak maken met een persoon die ofwel via stap 1 is benaderd ofwel onder de restricties van het testbeleid zichzelf aanmeldt om zich te laten testen. Een afspraak maken kan telefonisch of online via een portaal. Telefonisch afspraken hebben te maken met een beperkte capaciteit.
3. De persoon is ingepland op een testafnamelocatie. Deze planning is afhankelijk van de afnamecapaciteit.
4. De persoon meldt zich op de testafnamelocatie en laat een monster afnemen.
5. Monsterafname verpakken op locatie en verzenden aan laboratorium.
6. Transport en verdeling van de monsterstromen.
7. Monster ontvangen op het laboratorium en inscannen.
8. Laboratorium voert de analyse op het monster uit. Het totaal aantal monsters dat geanalyseerd kan worden per dag door een lab, is de laboratoriumcapaciteit.
9. Uitslag wordt geautoriseerd en geüpload in CoronIT.
10. Uitslag wordt ontvangen door de geteste persoon via het portaal of wordt ontvangen door het callcenter. Er wordt onderscheid gemaakt tussen twee callcenters. Bij een positieve testuitslag wordt het callcenter met GGD personeel ingeschakeld en bij een negatieve testuitslag wordt een ander callcenter ingeschakeld. Deze stap kent dus voor de callcenters twee beperkende capaciteiten, respectievelijk bco-capaciteit en belcapaciteit.

De testketen voor antigeentesten is vergelijkbaar met de testketen voor PCR-testen, echter stap 5 tot en met 7 kunnen op locatie plaatsvinden.



BIJLAGE B BESCHRIJVING ROL PARTIJEN IN DE LCT

Deelnemers

Ministerie van VWS

Het Ministerie van VWS neemt deel aan de LCT vanuit beleidskundig perspectief. Besluiten en adviezen die in de LCT genomen worden, moeten door het Ministerie van VWS ook op financiële of juridische haalbaarheid worden getoetst. Het advies van de LCT is slechts vakinhoudelijk.

Dienst Testen

De Dienst Testen is uitvoerder van de kaders die in de LCT worden vastgesteld. Daarnaast is de Dienst Testen verantwoordelijk voor de informatievoorziening over de activiteiten in de testketen.

RIVM

Het RIVM neemt deel aan de LCT vanuit wetenschappelijk perspectief. Het RIVM verzorgt tevens in nauwe samenwerking met Partijen de prognose voor de testvraag.

GGD'en

De GGD'en nemen deel aan de LCT vanuit regionaal gezondheidsperspectief. GGD'en hebben een sleutelfunctie binnen de testketen en zijn daarmee tevens een belangrijke uitvoerder.

GGD GHOR Nederland

De GGD GHOR Nederland neemt deel aan de LCT vanuit haar rol als vereniging van GGD'en. Omdat dit een landelijke crisis betreft, vormt GGD GHOR Nederland een uitvoerende en beleidsmatige schakel tussen de regionale GGD'en.

Toehoorders

Ministerie van Economische Zaken en Klimaat

Het Ministerie van EZK neemt als toehoorder deel aan de LCT om een nauwere verbinding te vormen met partijen die zich vanuit hun achterban inzetten voor de bestrijding van de pandemie. Een voorbeeld van deze inzet zijn de werkzaamheden van de werkgeversorganisatie VNO-NCW binnen de publieke en publiek-private infrastructuur en de experimenten binnen zogenaamde fieldlabs.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

De IGJ neemt als toehoorder deel aan de LCT, zodat zij zich in een zo vroeg mogelijk stadium kan voorbereiden op de gevolgen van de adviezen en besluiten van de LCT. Een goed geïnformeerde toezichthouder is essentieel.



BIJLAGE C OPDRACHTBRIEF VAN DE MINISTER VAN VWS AAN DE HEER PROF. DR. A N. VAN DER ZANDE D.D. 5 OKTOBER 2020 EN 24 DECEMBER 2020

Oprichtingsbrief aan de heer prof.dr. A.N. van der Zande van 5 oktober 2020 (kenmerk 1751292-210892-PDC19) inzake oprichtingsbrief Voorzitter Stuurgroep LCT

Geachte heer Van der Zande, beste André,

Via deze brief geef ik je graag, zoals besproken, de opdracht om per direct het voorzitterschap van de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT) te vervullen.

De LCT is opgericht om de testcapaciteit te verruimen. De betrokken partijen in de testketen komen sinds eind maart regelmatig bij elkaar. De LCT opereert binnen het door de minister vastgestelde testbeleid en adviseert in hoeverre de testcapaciteit toereikend is. De LCT adviseert ook over uitbreidingsmogelijkheden van de testcapaciteit, inclusief innovatieve testmethoden. De LCT geeft opdracht aan de LCDK om een snelle en efficiënte testketen te organiseren, om vraag en aanbod van het testen op elkaar te matchen en om alternatieve testmethoden te wegen en waar aan de orde in te zetten op een efficiënte manier.

Lid van de LCT zijn de verschillende betrokkenen bij de testketen:

- RIVM
- GGD'en
- Laboratoria (via de Taskforce Diagnostiek vertegenwoordigd door Ann Vossen)
- LCH (i.v.m. inkoop materialen en machines)
- VWS
- LCDK (als uitvoerder van de besluiten van de LCT)
- (tot heden is Feike Sijbesma als speciaal gezant verbonden aan de Stuur – groep, met een open uitnodiging)

In deze fase van de crisis is er behoefte aan een steviger governance op de testketen en een duidelijke regie op de samenwerking. Dat is de kern van de opdracht. Daartoe behoren in ieder geval de volgende punten:

Regie

- Voorzitten van de LCT (landelijke coördinatiestructuur testcapaciteit) en de governance op het testen doorontwikkelen;
Verstevigen van de regie op de testketen: helderheid in de rollen van betrokken partijen en hen in positie brengen: GGD, laboratoria, LCDK, LCH, RIVM, VWS.

Hierbij overwegen of toevoegen van een vertegenwoordiger van de veiligheidsregio aan de LCT van toegevoegde waarde is.

- Aanspreken van de betrokken partijen op hun rol bij de uitvoering van de gemaakte afspraken
- Zorgen voor voldoende en stabiele testcapaciteit en de informatievoorziening daarover.

Mede het gezicht naar buiten zijn van de testaanpak in Nederland.

Transitie

- -sturen op de transitie van het LCDK naar een robuuste organisatie met mandaat, operationele slagkracht en een adequate opdracht. Plan van aanpak zou in de maand oktober (verdere) uitwerking moeten krijgen. De feitelijke transitie kan in de periode daarna uitvoering vinden.
- Herinrichting van het testlandschap: vereenvoudigen van de inrichting van en sturing op de teststromen (positionering en mandaat LCDK ondersteunen met duidelijke opdrachten vanuit LCT en aanspreken van de diverse partijen in hun bijdrage daaraan).
- Aanmoedigen en helpen inregelen van inzet van alternatieve methoden en middelen die de testcapaciteit verbeteren en versnellen (waaronder de inzet van alternatieve testen). De validering van antigeentesten vindt op dit moment plaats. Inzet is voor oktober/november beoogd. Daarnaast zijn er alternatieve testmethoden in ontwikkeling zoals het LAMP-protocol en de ademtest. Deze zouden, afhankelijk van de validering en de methode, vanaf eind van dit jaar/ begin volgend jaar inzetbaar moeten zijn.
- Uitwerken van scenario's voor de ontwikkeling van de teststrategie in Nederland voor de komende maanden (zowel een 'zwart' scenario als een kleurrijker).

De opdracht loopt in beginsel tot eind van dit jaar, waarna er een nieuw weegmoment is om te bepalen of er een rol voor je ligt in de maanden daarna en welke.



Hoogachtend,

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge*



Oprichtingsbrief aan de heer prof.dr. A.N. van der Zande van 24 december 2020 (kenmerk 1800404-216072- PDC 19) inzake een aanvullende oprichtingsbrief Voorzitter Stuurgroep LCT

Geachte heer Van der Zande, beste André,

In oktober bent u aangetreden als voorzitter van de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT). U hebt als voorzitter van de LCT reeds zeer wezenlijke stappen kunnen zetten en -samen met de partners in en buiten de LCT- grote voortgang kunnen bewerkstelligen binnen het testbeleid en de uitvoering daarvan. Er is een steviger governance en regie op de testketen, een slagvaardiger uitvoering binnen de testketen en een duidelijke regie op de samenwerking. Daarnaast heeft u een wezenlijke rol gespeeld in de (door)ontwikkeling van de nationale teststrategie. Ik ben u daarvoor buitengewoon dankbaar.

Via deze brief geef ik u graag, zoals besproken, een aanvulling op de opdracht om het voorzitterschap van de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT) te vervullen. Met deze brief wordt u opdracht verlengd en geef ik aan welke (nieuwe) speerpunten ik u binnen deze opdracht graag meegeef in het kader van de doorontwikkeling en uitvoering van de -mede dankzij uw waardevolle hulp tot stand gekomen- teststrategie.

De LCT is opgericht om de testcapaciteit te verruimen en strak te coördineren en te regisseren. De betrokken partijen in de testketen komen sinds eind maart regelmatig bij elkaar. De LCT opereert binnen het door de minister vastgestelde testbeleid en adviseert in hoeverre de testcapaciteit toereikend is. De LCT adviseert ook over uitbreidingsmogelijkheden van de testcapaciteit, inclusief innovatieve testmethoden. De LCT geeft opdracht aan de Dienst Testen i.o. om een snelle en efficiënte testketen te organiseren, om vraag en aanbod van het testen op elkaar te matchen en om alternatieve testmethoden te wegen en waar aan de orde in te zetten op een efficiënte manier.

De kern van uw opdracht blijft de vorming en borging van een stevige governance op de testketen, een duidelijke regie op de samenwerking en een gecoördineerde, tijdige en adequate uitvoering van het nationale testbeleid. Ik verzoek u, uiteraard ingebed in de reguliere werkzaamheden die bij deze opdracht horen, de komende tijd speciale aandacht te besteden aan de volgende zaken:

1. Testafnamecapaciteit ophogen richting maart 2021 (binnen de Nederlandse teststrategie)
2. Opschalen van de productie van sneltesten en robots t.b.v. PCR-analyse (zoals LAMP, ademtest, robots)
3. Validatie sneltesten voor mensen zonder klachten (bijv antigeen en adem)
4. Inzetten, volgen en evalueren van de risicogerichte gebiedsexperimenten
5. Inzetten, volgen en evalueren van de "fieldlabs evenementen"
6. Inzetten, volgen en evalueren van de risicogerichte testpilots binnen het onderwijs
7. Adviseren over het concept van "toegangstesten" en het "testpaspoort" voor toegang tot bijvoorbeeld evenementen etc (incl uitvoeringstechnische en juridische aspecten)
8. Volgen en aanjagen van de acties onder opdrachtnemerschap van VNO NCW in spoor 2
9. De afronding van alle experimenten, studies en validaties samenhangend met spoor 3 (thuisafname) zodat een beleidskeuze mogelijk is over de (selectieve) opschaalbaarheid van zelfafname.
10. Met behulp van de acties onder 2 t/m 9: beleidsdirectie adviseren over kwantitatieve opschaalbaarheid en doorontwikkelen teststrategie (welke doelgroep/target, welke testmix, welk spoor) gericht op landelijke uitvoering ernaar.
11. De start en gedeeltelijke uitvoering van een verbeterprogramma DOT met urgente kortlopende acties t.b.v. veiligheid, datastabiliteit en op schaalbaarheid.
12. Inrichten van een proces voor het vaststellen van tarifiering van testafname
13. Afstemming en bewaken in de LCT van de (werk)processen van testen en vaccineren op de GGD-teststraten, in de ICT, etc.
14. Adviseren over het laboratoriumlandschap vanaf juni 2021 (uiterlijk 1 februari)
15. Vervolmaken realisatie Dienst Testen i.o. met de bestuurder van de Dienst Testen i.o.; Realiseren Cockpit testen bij de Dienst Testen i.o. per 15 januari met de bestuurder van de Dienst Testen i.o.
16. Voorbereiden LCT werkstructuur op situatie vanaf 1 april en overdragen aan staande organisatie en opvolger(s).

Met deze brief verleng ik uw opdracht tot 1 april 2021. Ik wens u veel succes bij de uitvoering van uw opdracht en zie uit naar de resultaten!

*Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge*



BIJLAGE D ROADMAP TESTEN EN TRACEREN D.D. 13 OKTOBER 2020

Zijne Excellentie H.M. de Jonge
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Datum: 13 oktober 2020 Kenmerk: 20-080-AR
Betreft: Roadmap Testen en Traceren

Hooggeachte heer De Jonge,

Hierbij bied ik u namens GGD GHOR Nederland en de 25 regionale GGD'en de Roadmap Testen en Traceren aan. Deze Roadmap is aangekondigd in de Kamerbrief van 28 augustus 2020 ('Update BCO capaciteit'). In deze brief zet ik de belangrijkste punten uit de aanpak op een rij.

Eerste verdedigingslinie: gedragsmaatregelen

Het aantal besmettingen met het Covid-19-virus is in de afgelopen week fors gestegen. In het belang van de publieke gezondheid en dus de gezondheid van alle inwoners van Nederland, is het cruciaal dat het aantal besmettingen zo snel mogelijk afneemt. Daar is meer voor nodig dan het steeds opnieuw vergroten van de capaciteit voor testen en bron- en contactonderzoek (BCO). Alle mensen in Nederland moeten zich consequent aan alle gedragsmaatregelen houden. Het gedrag van alle 17 miljoen Nederlanders is de eerste én belangrijkste verdedigingslinie tegen het Covid-19-virus. Als er gaten in de dijk vallen en het water snel de polder instroomt, worden er niet meer pompen besteld. Dan wordt de dijk zo snel mogelijk gerepareerd. En hoe groter het gat, hoe zwaarder het materieel dat ingezet wordt. Al het mogelijke moet worden gedaan om verdere verspreiding van het virus te stoppen.

De tweede verdedigingslinie: testen en BCO

GGD'en zetten testen en BCO in als middelen bij het bestrijden van het Covid-19-virus. Dit is de tweede verdedigingslinie om zicht en greep te houden op het virus. Testen is bedoeld om mensen die besmet zijn met het Covid-19-virus op te sporen. BCO is bedoeld om contacten te identificeren, verspreiding in te dammen en te zoeken naar clusters die een verspreidingsbron zijn.

a. Testen

De GGD'en gaan de uitbreiding van de PCR-afnamecapaciteit op drie manieren versnellen:

1. Versneld uitbreiden van bestaande testafnamelocaties en het openen van nieuwe testafnamelocaties in de GGD-regio's.
2. Versterken van het fijnmazig landelijk netwerk voor kwetsbare groepen door:
 - Het inzetten van landelijke mobiele testunits (inzetbaar op verzoek van GGD'en);
 - Het aansluiten van andere zorg- en afnamepartijen op CoronIT.
3. Verkennen van landelijke XL-testlocaties met externe (markt-)partijen.

Met de al eerder ingezette versnelling realiseren we op dit moment (12 oktober) 42.800 afnames per dag in de teststraten. Met de aanvullende maatregelen uit de Roadmap kunnen we begin november minimaal 60.000 en eind december minimaal 80.000 testen per dag afnemen. Vanzelfsprekend zullen we snel inspelen op ontwikkelingen ten aanzien van het testen op het Covid-19-virus, zoals de sneltesten die naar verwachting op afzienbare termijn beschikbaar zullen komen.

Wat de inzet van sneltesten betreft gaan wij ervan uit dat dit binnen de kaders van de teststrategie van het ministerie van VWS zal geschieden, zodat dit ook daadwerkelijk een versterking in de bestrijding van het virus kan betekenen. Dit impliceert dat, zolang er krapte in de testketen bestaat, ook sneltesten worden ingezet binnen het huidige beleid ('alleen testen bij klachten'). Zodra de doorlooptijden binnen de afgesproken normen zijn en iedereen met klachten binnen 24 uur kan worden getest, kan – op advies van het OMT – het beleid worden verbreed per type sneltest en doelgroep.

Cruciaal is daarbij dat centraal wordt bepaald welke sneltesten voor welke doelgroepen beschikbaar komen, dat er centrale inkoop en toedeling plaatsvindt en dat de inzet wordt ingebed in, of tenminste gekoppeld aan de huidige test- en ICT-infrastructuur (CoronIT). Dit laatste met het oog op de monitoring en de opvolging van positieve testuitslagen met een BCO.

Er heeft een eerste verkenning met marktpartijen naar de mogelijkheden voor XL-locaties plaatsgevonden. Doel was te bezien of we locaties met grote testafname capaciteit (2500-5000 afnames per dag) kunnen realiseren. Aan de marktpartijen is gevraagd of ze een bijdrage kunnen leveren in de vorm van personeel, een geschikte locatie en/of projectmanagement. Door veel van de aanwezige partijen is inmiddels aangegeven dat ze een bijdrage kunnen leveren. In een



volgende stap wordt verder verkend hoe we met deze marktpartijen in november een aantal XL-locaties tot stand kunnen brengen.

b. Bron- en contactonderzoek

Conform eerder gemaakte afspraken zijn per 1 oktober 3.350 fte gerealiseerd voor het uitvoeren van BCO's bij de regionale GGD'en en de landelijke schil samen. De opleiding van deze mensen verloopt conform afspraak, zodat deze totale capaciteit sinds de eerste week van oktober inzetbaar is.

Wekelijks breiden we onze BCO-capaciteit uit. Daar gaan we ook mee door. Bij meer BCO's per dag dan er capaciteit is, wordt risicogestuurd BCO ingezet. Afhankelijk van de ontwikkelingen worden ook andere mogelijkheden ingezet, zoals het verder prioriteren in BCO ten behoeve van surveillance (denk aan clusteranalyses, risicobeoordelingen en trendanalyses) en het alleen informeren van de index.

Mocht het aantal besmettingen zeer hoog oplopen, dan kunnen wij medio december in de meest afgeschaalde vorm van risicogestuurd BCO – het alleen informeren van de index – 10.000 BCO's per dag uitvoeren.

Het is belangrijk om op het netvlies te houden dat de bestaande IZB-capaciteit in de regio's toereikend is voor kwalitatief goed BCO tot maximaal 2.000 positieve gevallen per dag (onder meer goede clusteranalyses). Indien de besmettingen boven dit niveau uitstijgen, komt de kwaliteit van BCO zwaar onder druk te staan. Het zicht – en dus de greep – op het virus verdwijnt dan.

Startsein gedragsbeperkende maatregelen

We vragen in deze Roadmap expliciet aandacht voor de signaalwaarde van BCO die blijkt uit het recente RIVM-model. Hieruit komt nadrukkelijk de voorspellende waarde van 1.200 (vergelijkbaar met de 1.340 in onze modelmatige berekeningen) bevestigde Covid-19-patiënten per dag (en dus BCO's) naar voren. Het bereiken van dit aantal BCO's moet daarom het startsein zijn voor het direct nemen van gedragsbeperkende maatregelen (lokaal, regionaal, landelijk). Het is in onze ogen van wezenlijk belang om het gesprek hierover in de toekomst in een zo vroeg mogelijk stadium met elkaar te voeren en scherper te sturen op de 'rode vlag' van 1.200 incidenties per dag. De gaten in de dijk moeten dan snel worden gedicht.

We weten uit de praktijk en de modellering van het RIVM dat bij 1.200/1.340 incidenties vandaag, het aantal positieven over twee weken zal zijn opgelopen tot 2.720. Zijn er inderdaad maatregelen genomen, dan houden we zicht op het virus. We accepteren dat er gedurende een korte periode geen volledig zicht op de verspreiding van het virus is. Dit in relatie tot de scope van de IZB-artsen van maximaal 2.000 BCO's per dag. Deze kortdurende overbelasting is echter te overzien en te managen. We blijven 'in control'. Worden er echter geen (of te laat) landelijke maatregelen genomen bij 1.200 incidenties per dag, dan blijft het aantal positieven exponentieel stijgen.

Zie wat dit betreft het verloop van het aantal besmettingen in de afgelopen twee weken: van circa 3.00 eind september naar rond de 6.800 positieven nu. Het zicht op het virus vermindert dan sterk. BCO kan geen effectieve rol meer spelen in de virusbestrijding. En misschien nog wel zorgelijker: het is onduidelijk hoe lang het duurt voordat het aantal positieven weer op een beheersbaar niveau ligt. Wij pleiten er voor om in de toekomst bij het bereiken van de signaalwaarde uit het Rijksdashboard landelijke gedragsbeperkende maatregelen te nemen.

GGD'en op volle kracht door

De huidige besmettingscijfers liggen ver boven de prognoses waarop vorige plannen waren gebaseerd. De GGD'en gaan op volle kracht door met wat we de afgelopen maanden ook deden: er alles aan doen wat in ons vermogen ligt om door het afnemen van testen en het uitvoeren van BCO het virus in te dammen. Nederland kan op de maximale inzet van de GGD'en blijven rekenen.

Nieuwe ontwikkelingen rondom het virus kunnen het noodzakelijk of zelfs onvermijdelijk maken om deze Roadmap op enig moment aan te passen aan de nieuwe situatie. Deze Roadmap is daarom ook niet 'in beton gegoten'. Wanneer die situatie zich voordoet, zullen wij dit vroegtijdig signaleren en u informeren hoe wij samen met onze partners zo adequaat mogelijk gaan anticiperen op de ontwikkelingen. Wendbaarheid en samenwerking zijn cruciaal gezien bij het onder controle krijgen van het virus.

Met vriendelijke groet,

André Rouvoet
Voorzitter GGD GHOR Nederland



Roadmap Testen en Traceren

13 oktober 2020

Bijlage bij de brief van GGD GHOR Nederland van 13 oktober 2020

13/10/20 1

Testen

BCO

Bijlagen

Varianten van BCO

Digitale ondersteuning

Monitoring

Inleiding

Het is cruciaal dat het aantal besmettingen zo snel mogelijk afneemt. Daar is meer voor nodig dan het steeds opnieuw vergroten van de capaciteit voor testen en bron- en contactonderzoek. Alle mensen in Nederland moeten zich consequent aan alle gedragsmaatregelen houden.

De rol van de GGD'en is infectieziektebestrijding. Testen en bron- en contactonderzoek (BCO) zijn hierbij belangrijke middelen. In deze Roadmap laten we zien hoe we hier de komende periode invulling aan geven. Van het uitbreiden van de pool BCO-medewerkers tot het inzetten van innovatieve methodes om de testcapaciteit te vergroten. Waarbij het van belang is dat BCO een professionele beheersmaatregel is onder verantwoordelijkheid van de IZB-arts.

We breiden het aantal PCR-testen de komende maanden fors uit om de doorlooptijden te verkorten. Opschalen kan alleen als alle schakels in de keten goed op elkaar afgestemd worden. Dat vergt nauwe samenwerking in de keten. Bovendien is het bij de huidige schaalgrootte essentieel dat wijzigingen op uitvoerbaarheid worden getoetst en dat er tijd is voor implementatie. Sneltesten zijn een enorme kans om het PCR- landschap te ontlasten. Daar zetten we vol op in. Het is cruciaal dat de toepassing ervan wordt ingepast in de teststrategie van VWS. Dat betekent vooralsnog dat deze alleen ingezet worden voor testen met klachten. Alleen dan ontlast het de keten.

We vragen in deze Roadmap expliciet aandacht voor de signaalwaarde van BCO. De GGD'en adviseren de waarde van 1.200 (vergelijkbaar met de 1.340 in onze modelmatige berekeningen) bevestigde Covid-19-patiënten per dag als het sein voor het direct nemen van gedragsbepenkende maatregelen. Dit advies geven wij om het zicht op het virus – en daarmee de effectiviteit van de bestrijding – niet te verliezen.

Deze Roadmap is niet 'in beton gegoten'. Bijna dagelijks zijn er nieuwe ontwikkelingen rondom het virus. Het kan noodzakelijk of onvermijdelijk zijn om deze Roadmap aan te passen om flexibel in te spelen op de nieuwe situatie, in nauw overleg met alle andere partners in de bestrijding van het virus.

Actuele situatie

- Forse besmettingsgraad (de afgelopen dagen 6.500 positieve uitslagen per dag), grote druk op snelheid en afronding BCO.
- Maximale capaciteit labs is de afgelopen week vergroot.
- Meer vraag dan capaciteit in de testketen; inmiddels (per 12 oktober) 42.800 afnames per dag.
- Daardoor: lange(re) doorlooptijden voor het krijgen van een afnamemoment, labuitslagen en start BCO.
- Landelijke en regionale capaciteit is opgeschaald en opgeleid conform oorspronkelijk opschalingsplan (3.350 FTE per begin oktober; 1.500 (klassiek) BCO). Verdere opschaling en opleiding loopt in oktober door, maar het aantal besmettingen loopt harder op.
- Klassiek BCO is voor de GGD'en niet meer mogelijk, we voeren in alle regio's risicogestuurde BCO's uit.

In het belang van de publieke gezondheid en dus de gezondheid van alle inwoners van Nederland, is het cruciaal dat het aantal besmettingen met het coronavirus zo snel mogelijk afneemt en weer beheersbaar wordt.

In de huidige context kunnen wij het coronavirus niet langer effectief bestrijden met de middelen die wij als GGD'en hebben: testen en traceren.

Er is meer nodig dan het alsmaar uitbreiden van de capaciteit: een combinatie met andere maatregelen.

len is altijd noodzakelijk. Al het mogelijke moet gedaan worden om verdere verspreiding van het virus te stoppen.

Hier staan we voor

GGD'en zetten Testen en BCO in als middelen om de gezamenlijke ambitie bij het bestrijden van het virus te realiseren: het zicht houden op en controleren van het virus, het beschermen van de kwetsbaren in onze samenleving en het behouden van continuïteit in de zorg. Dit doen wij niet alleen, maar in nauwe samenwerking met vele partijen in een keten. Intensieve ketensamenwerking houdt wel in dat GGD'en bij de uitvoering van onze taken afhankelijk zijn van externe factoren. Denk aan beschikbare labcapaciteit en aanpassingen in de beleidsregels (zoals het prioritair testen van bepaalde doelgroepen).

Testen en BCO

- Testen is een belangrijk middel om zicht te houden op het virus teneinde het te kunnen controleren. De mate en snelheid waarin GGD'en mensen kunnen testen is echter gelimiteerd. Het doel van het testen is het opsporen van mensen met het Covid-19-virus. Mensen met Covid-19-gerelateerde klachten moeten (al dan niet met prioriteit) in de gelegenheid worden gesteld om getest te worden.
- BCO is bedoeld om contacten te identificeren, verspreiding in te dammen en het zoeken naar clusters die een verspreidingsbron zijn. Op basis van de resultaten uit het BCO adviseren de GGD'en de voorzitter veiligheidsregio over aanvullende bestrijdingsmaatregelen. Het BCO wordt uitgevoerd door de GGD'en en landelijke partners op basis van de BCO-richtlijn van het RIVM die is uitgewerkt in een landelijke werkinstructie. Deze werkinstructie wordt continu up-to-date gehouden om zo maximaal aan te blijven sluiten op de ontwikkelingen.

Eerste verdedigingslinie: gedrag

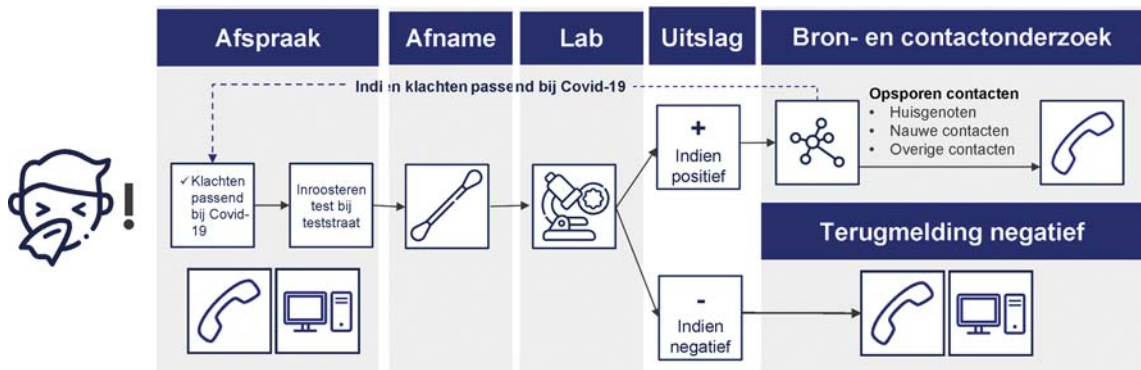
- Zowel het aantal testaanvragen, als het aantal BCO's per dag heeft een belangrijke signaalwaarde. Deze signaalwaarden kunnen een indicatie zijn voor (lokale) maatregelen, gekoppeld aan de escalatieladder.
- Belangrijk om hier te benadrukken dat de eerste verdedigingslinie altijd het gedrag van mensen is. Testen en BCO zijn de tweede verdedigingslinie. COVID-19 dammen we niet in als we grenzeloos de bemensing bij GGD'en uitbouwen. Wel als alle mensen in Nederland hun grenzen bewaken en 1,5 meter afstand van elkaar houden.

Tipping point

- Het doel van BCO is verdere verspreiding van het virus beperken en zicht houden op of/hoe het virus zich verspreidt. Bij een fors stijgend aantal besmettingen – en dus BCO's – is het de vraag of de algemene maatregelen in combinatie met Testen en BCO effectief genoeg zijn om het virus in te dammen. Er bestaat een tipping point. Dit vraagt om daadkrachtige en effectieve beleidskeuzes.

1 <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/veiligheidsregio>

Huidige proces: Primaire proces GGD – Testen en BCO



Prioritering bij testen en BCO

- Beleid: testen met klachten
- Kwetsbare groepen



- Zorg- & onderwijspersoneel

Maatregelen en gedrag perken het virus in, testen en BCO zijn hulpmiddelen om zicht te houden op verspreiding.

'Hoewel testen zelf uiteraard niet de verspreiding inperkt, is een actief test- en traceerbeleid een essentieel hulpmiddel om zicht te houden op de circulatie van SARS-CoV-2 en deze met gerichte maatregelen in te perken met zo min mogelijk sociale en economische consequenties, zoals het voorkomen van een eventuele nieuwe (regionale) lockdown.' – 77e OMT advies

Versnellen opschaling PCR-afnamecapaciteit

Benodigde testafnamecapaciteit

- We baseren de PCR-testafnamecapaciteit op het huidige RIVM-testbeleid, alleen testen bij klachten.
- We gaan uit van de (actuele) **gemiddelde** RIVM-prognoses (incidentie van Luchtweginfectie) voor de aantallen te testen mensen, met een verwachte piek in februari 2021.
- Als asymptomatisch testen onderdeel zou worden van de teststrategie dan heeft dat een impact op alle schakels in de testketen. De nieuwe prognose moet dan worden afgezet tegen de beschikbare testcapaciteit.
- Het OMT geeft advies over een effectieve teststrategie bij oplopende besmettingen en prioritering van groepen, gekoppeld aan een BCO-strategie om bij een gelimiteerde hoeveelheid BCO-capaciteit zo effectief mogelijk het zicht op het virus te behouden.
- In geval van voorrangbeleid (prioritaire groepen) is een heldere afbakening en definitie van de te prioriteren groep door VWS noodzakelijk, evenals het faciliteren van (sectorale) afspraken over identificatie van prioritaire groepen.
- Prioritair testen heeft negatieve impact op de efficiëntie van de totale testketen.

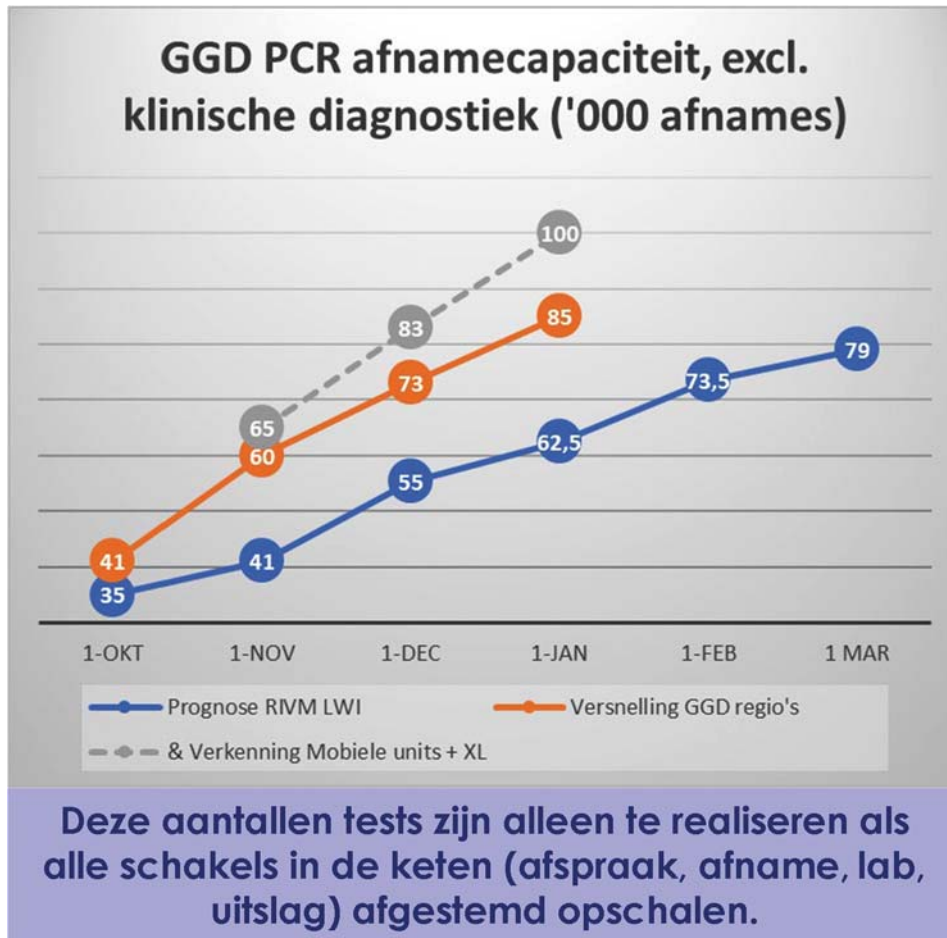
Partners in de testketen

- Teststraten worden uitgevoerd door de GGD of andere uitvoeringspartners conform kwaliteitsstandaarden. GGD'en werken toe naar het versneld uitbreiden van de afnamecapaciteit, waar nodig in samenwerking met landelijke (markt) partijen.
- Zorgpartners (bijvoorbeeld VVT) nemen eigen verantwoordelijkheid voor afnemen testen. Afnamecapaciteit wordt (fijnmazig) vergroot door andere (ook niet- zorggerelateerde) uitvoeringspartners aan te haken.
- LCDK zorgt voor het toevoegen van labcapaciteit en de koppeling van labs aan afnamelocaties. GGD GHOR Nederland voegt hen toe aan CoronIT en ondersteunt directe afhandeling.
- Voldoende capaciteit bij labs en een goede koppeling aan teststraten is een essentieel onderdeel van de totale keten. Het afstemmen tussen GGD GHOR Nederland en LCDK moet steeds meer een doorlopend proces worden. Samen met het LCDK zal het lablandschap opnieuw worden ingericht, waarbij wisselingen in de samenwerking tussen individuele afnamelocaties en labs worden vermeden.

Sturen op doorlooptijd

- Het is noodzakelijk dat de beschikbare capaciteit van de testketen (afpraak, afname, test, uitslag) groter wordt dan de vraag. Hiermee kunnen we zorgen voor kortere doorlooptijden.

Versnellen van de opschaling PCR-afnamecapaciteit



3 routes voor uitbreiding afnamecapaciteit:

- GGD'en zijn zich terdege bewust van de toegenomen vraag en problemen met doorlooptijden die zijn ontstaan. Zij spannen zich maximaal in om de afnamecapaciteit verder te vergroten om zo de doorlooptijd te reduceren.
- GGD-GHOR Nederland heeft voor de versnelling van de afnamecapaciteit 3 routes:
 1. Uitbreiden bestaande testafnamelocaties en openen nieuwe testafnamelocaties in de regio
 2. Versterken van het fijnmazig landelijk netwerk voor kwetsbare groepen door:
 - a) inzetten van landelijke mobiele testunits (inzetbaar op verzoek van GGD'en)
 - b) aansluiten van andere zorg- en afnamepartijen op CoronIT
 3. Verkenning landelijke (XL-)locaties met externe (markt-)partijen, eventueel in te richten met LAMP op locatie
- Met de ingezette versnelling realiseren we op dit moment (12 oktober) 42.800 afnames per dag in teststraten. Met de aanvullende maatregelen kunnen we begin november minimaal 60.000 en eind december minimaal 80.000 testen per dag afnemen.
- Facilitering vindt plaats door GGD GHOR Nederland bij de werving en opleiding van personeel voor GGD- testlocaties.
- Landelijke en regionale klantcontactcentra (website en callcenters) kunnen de geplande volumestijging aan.
- De piekbelasting & capaciteit zal periodiek moeten worden gemonitord en waar nodig leiden tot bijsturen.

Risico's en afhankelijkheden van de huidige PCR-testketen

Wat zijn de belangrijkste risico's?

- Grotere aantallen of snellere toename van het aantal testaanvragen dan op basis van de gemiddelde prognose van het RIVM verwacht kan worden, eventueel ontstaan door beleidswijzigingen (bijvoorbeeld asymptomatisch testen), kan de testketen op dit moment niet aan.



- Gewenste doorlooptijden worden niet gerealiseerd door beperkte capaciteit van de teststraten, laboratoria, ICT-infrastructuur.
- Wijzigingen in labstromen en beschikbaarheid van labcapaciteit.
- Overbelasting van en/of onvoldoende gekwalificeerd personeel laboratoria, toeleveranciers, partners die testafname verzorgen en GGD'en.
- Onvoldoende beschikbaarheid van testmaterialen en persoonlijke beschermingsmiddelen.

Afhankelijkheden

- Beleidswijzigingen alleen o.b.v. OMT-advies, waarbij inzicht is in effect op testvolume, de effectiviteit van de (gewijzigde) teststrategie, dit ook in relatie tot BCO.
- Toetsing van de uitvoerbaarheid van wijzigingen en tijd voor implementatie zijn essentieel bij de huidige schaalgrootte van de testketen (bijvoorbeeld voorkeursgroepen leiden tot procesaanpassingen).
- Bewustwording dat iedere aanpassing van testbeleid ook aanpassingen in ICT-systemen, klantcontactcentrum en teststraten betekent. Duidelijkheid over prioritering, realistische implementatietrajecten.
- Testbereidheid.

Inpassing sneltesten in de teststrategie

De GGD'en zien de enorme kans die ontstaat met de komst van gevalideerde sneltesten om het bestaande PCR-testlandschap te ontlasten en de doorlooptijd van afspraak tot uitslag radicaal te verkorten.

Hiervoor zijn volgende punten op het proces en inhoud van belang.

Inpassing in de teststrategie gericht op virusbestrijding

- Zodra er meer zicht is op het soort, de timing en schaal van de verschillende sneltesten zal dit onderdeel worden van het testlandschap en in worden gezet voor de juiste doelgroep en locatie.
- Het is cruciaal dat de sneltesten worden ingepast in de strategie van VWS voor de infectieziektebestrijding zoals geadviseerd door het OMT/BAO.
- GGD GHOR Nederland is onderdeel van de werkgroep sneltesten, waarbij VWS in de lead is, om vooraf in te schatten welke kansen en impact dit heeft op de huidige processen en systemen. Hierbij moet ook de impact op de huidige PCR testketen worden meegenomen.
- De GGD'en Amsterdam, Rotterdam, Haaglanden, Utrecht en Brabant NW zijn betrokken bij praktijktoets sneltesten.

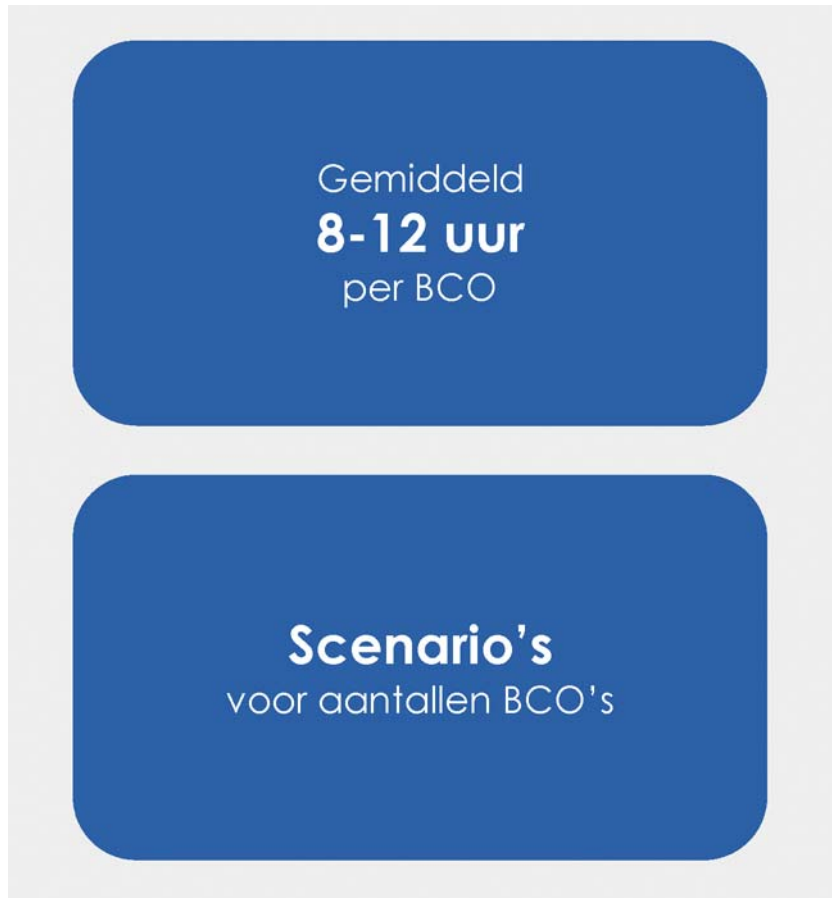
Inhoudelijke randvoorwaarden

- Testen en BCO zijn een essentieel hulpmiddel om zicht te houden op de verspreiding van het virus. Dit geldt ook voor sneltesten. Er is een wettelijke meldingsplicht aan de regionale GGD'en in het geval van een positieve uitslag. Zicht op de negatieve uitslagen is ook van belang. Hiervoor moet een systeem/proces worden ingericht.
- Het is van belang dat ook voor sneltesten gelijke principes blijven gelden van het RIVM-testbeleid: alleen testen bij klachten. Alleen zo zal dit direct een ontlasting geven van de bestaande PCR-testketen.
- Een OMT-advies moet ook omvatten of een positieve test al dan niet moet worden opgevolgd met de bestaande PCR-test, per type sneltest.
- Het afnemen van een sneltest is in beginsel niet noodzakelijkerwijs een GGD taak. Dit zal verder moeten worden verkend. Goede borging van de kwaliteit van de afname is essentieel.



De uitgangspunten voor de roadmap BCO

Uitgangspunten BCO



Beschrijving uitgangspunten

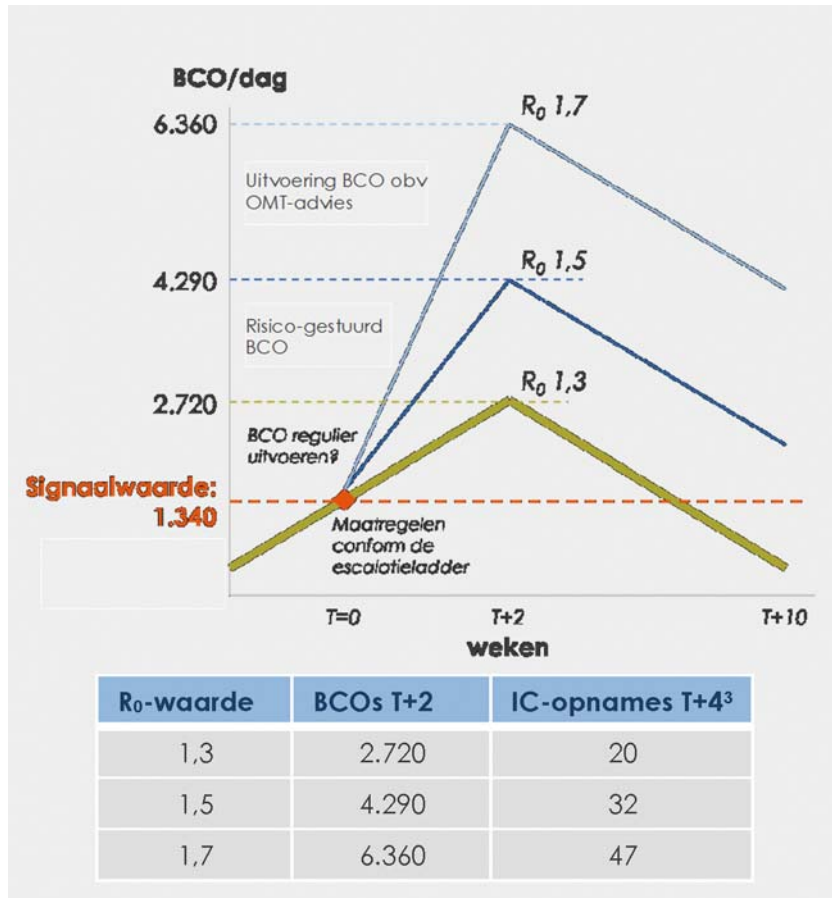
- Landelijk duur van 8 uur per regulier BCO¹.
- Er zijn twee uitzonderingssituaties waarvoor we een norm van 12 uur hanteren:
 - ‘Intense’ regio’s (groot – hoog inwonertal, hoge bevolkingsdichtheid en dus meer BCO en meer nauwe contacten); op basis van ervaringen regionale GGD’en in de zomermaanden
 - Regio’s met groot (internationaal) verkeer (luchthavens, cruiseterminals en grote treinstations) Dit betreft 10 regio’s, waarvoor we rekening houden met in totaal 20% extra benodigde capaciteit
- Daarnaast vindt er ook vliegtuigcontactonderzoek plaats (gemiddeld 8 uur per VCO). Voorstel is dat dat de regio Kennemerland voor heel Nederland het VCO uitvoert.
- Het verloop van de incidentie van Covid-19 en daarmee de benodigde BCO-capaciteit kan niet betrouwbaar worden voorspeld. Een betrouwbare prognose ontbreekt daarom nu en ook in de komende maanden.
- Vasthouden aan een percentage positieve testuitslagen (bv. 5%) lijkt niet logisch, omdat er geen eenduidige relatie is tussen aantallen tests en het percentage positieve uitslagen.
- Om toch te kunnen bepalen hoeveel BCO-capaciteit beschikbaar moet zijn om een piek in BCO’s per dag op te kunnen vangen, werken we met scenario’s (zie op volgende pagina verdere toelichting). Een OMT-advies over prioritering wordt nu uitgewerkt.

In aanvulling op de (langere-termijn) scenario’s gaan we in onze sturing ook gebruik maken van de ‘kortere-termijn’ prognosetool van het RIVM, die een indicatie geeft van de mogelijke aantallen positieve testuitslagen in de komende 4 weken

¹ Op basis van 7 contacten per BCO (1 index patiënt, 2 huisgenoten, 3 overige nauwe contacten, en 1 overige contact). Inclusief telefonisch instrueren van nauwe contacten en nabellen op dag 5 en 10 van nauwe contacten;

BCO-scenario's op basis van IC-sigitaalwaarde

Uitgangspunten BCO



³ IC-opnames heeft een vertraging van 2 weken ten opzichte van het moment van lab-bevestigde COVID-19 besmetting

Beschrijving scenariomodel (modellering RIVM)

- De gebruikte scenario's simuleren verschillende verlopen van een (tweede) golf met een doorvertaling in aantallen BCO's per dag.
- Via het model links wordt een relatie gelegd tussen de aantallen BCO's en het aantal IC-opnames (vertraging van 2 weken ten opzichte van door lab bevestigde Covid-19-besmetting). Hierdoor krijgt BCO ook een signaalfunctie voor de verwachte druk op het zorgstelsel/IC-capaciteit.
- Om te voorkomen dat de IC-capaciteit tegen de signaalwaarde per dag aankomt bij het overschrijden van de BCO-'signaalwaarde', moet er nadrukkelijk gestuurd worden op aanvullende gedragsmaatregelen. Het effect daarvan is na twee weken zichtbaar en in aantallen afhankelijk van de R₀ op moment voorafgaande aan de invoering van de maatregelen.

RIVM-model

- **Signaalwaarde BCO (1.340)** van bevestigde Covid-19-patiënten per dag (BCO's) waarna strengere maatregelen zouden moeten worden genomen om de uitbraak in te dammen.
 - Voor het aantal IC-opnames per dag noemt het Covid-19-dashboard van de Rijksoverheid een signaalwaarde **van 10 IC-opnames per dag**²
 - In de epidemiologische situatie van half augustus is de verhouding tussen het aantal IC-opnames en het aantal lab-bevestigde Covid-19-patiënten **1:134**³
 - De signaalwaarde voor bevestigde Covid-19-patiënten zou dan $10 \times 134 = 1.340$ **Covid-19-patiënten** per dag zijn (positieven)

² Gemiddeld over 3 dagen;

³ In deze verhouding is door RIVM rekening gehouden met de veranderde samenstelling van de groep positieven (meer jongeren);



- R-waarde tijdens de opleving wordt door RIVM achteraf bepaald. In de scenario's gaan we uit van waarden tussen **1,3 – 1,7**, waarbij we voor de capaciteitsberekeningen wordt uitgegaan van 1,3.

Grenzen aan BCO bij de bestrijding van COVID-19

Twee doelen van BCO

In de bestrijding van het COVID-19-virus dient het uitvoeren van BCO twee doelen:

1. surveillance van de verspreiding van het virus
2. bestrijding van het virus.

Surveillance

De bestaande IZB-capaciteit in de regio's is toereikend voor surveillance tot circa 2.000 positieve gevallen per dag. Indien de besmettingen boven dit niveau uitstijgen, is het steeds minder goed mogelijk om surveillance te doen (denk aan clusteranalyses, risicobeoordelingen, trendanalyses, etc.). Het uitvoeren van surveillance kan worden gefaciliteerd door technologie, zoals een thuisregistratie-app. Maar niet alle inzichten zijn in systemen te vatten; kwalitatieve informatie van BCO-medewerkers richting IZB-artsen is ook van wezenlijk belang. Hoe meer BCO-medewerkers, des te lastiger het wordt voor de IZB-artsen om deze informatie volledig te krijgen.

Bestrijding van het virus

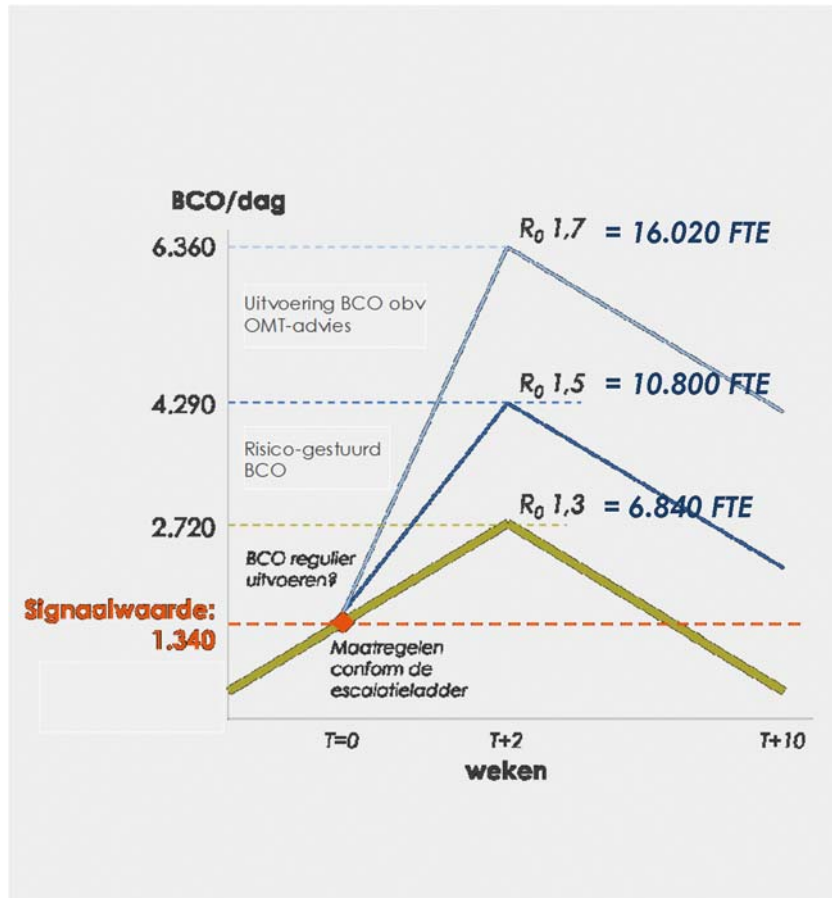
Bestrijding van het virus wordt voornamelijk bereikt door het tijdig informeren van de besmette persoon (index) en diens nauwe contacten, zodat zij maatregelen kunnen nemen (o.a. quarantaine) om verdere verspreiding te voorkomen. Uiteraard breiden we de capaciteit verder uit als dat nodig is, binnen de grenzen van de opleidingsnelheid.

Wat is de grens wanneer wij signalen gaan afgeven aan VWS (omdat er teveel besmettingen zijn)

Maatregelen zijn nodig bij het bereiken van de 'BCO'-signaalwaarden van 7 besmettingen per dag per 100.000 inwoners (landelijk en/of regionaal), conform de signaalwaarde op het coronadashboard van de Rijksoverheid. Voor de berekening van de benodigde BCO capaciteit hanteren we de signaalwaarde uit ons model, waardoor we voldoende BCO capaciteit zullen hebben voor de uiteindelijke piek aan aantallen BCO's per dag, 2 weken na het bereiken van de signaalwaarde en de genomen maatregelen. Ongeacht de maatregelen bij het bereiken van de signaalwaarde blijven de besmettingen nog twee weken oplopen (hoogte is afhankelijk van de R-waarde). Maatregelen zijn daarom nodig om te voorkomen dat in deze periode de capaciteitsgrenzen van surveillance overschreden worden, we daarmee het zicht op het virus verliezen en zo de zorg in gevaar wordt gebracht. Het gesprek hierover (proces Escalatieladder) moet tijdiger gevoerd worden, het inschalingsoverleg moet substantieel eerder plaatsvinden (vooruitlopend op het bereiken van de signaalwaarde), mede afhankelijk van de snelheid van de oplopende besmettingen. Hoe steiler de curve van besmettingen, hoe sneller maatregelen nodig zijn. Effect van maatregelen is pas 2 weken na nemen zichtbaar, tot die tijd loopt de curve besmettingen steeds verder door.

Rekenkundige' roadmap BCO voor de komende maanden

BCO-scenario's



Aanpak op basis van rekenkundig model

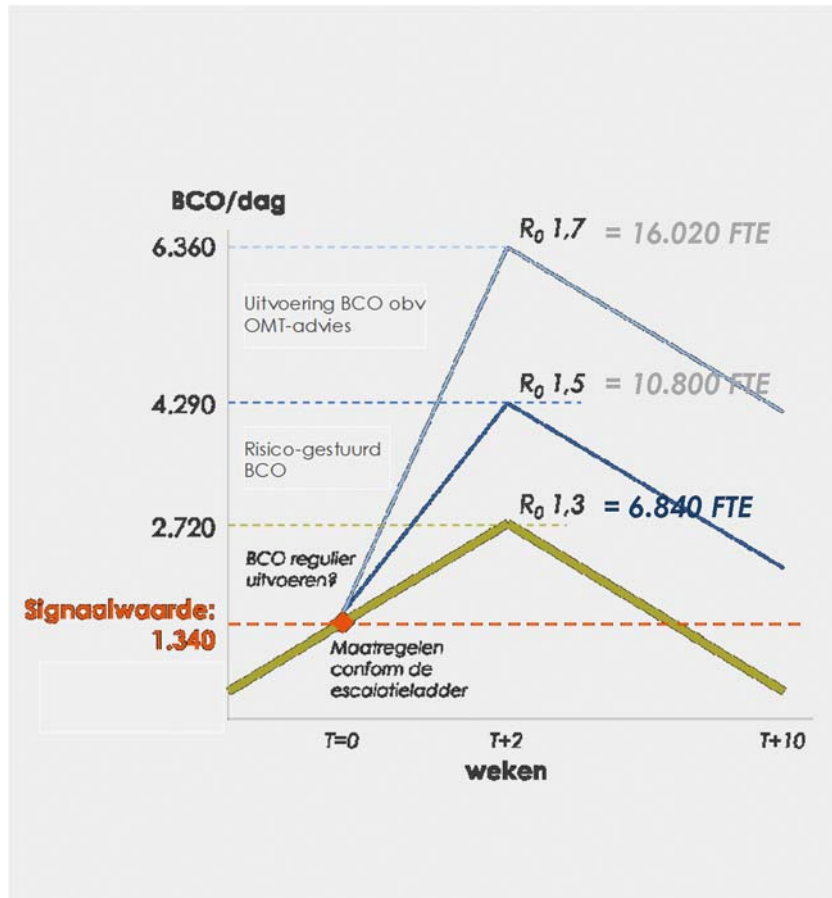
- Om klaar te staan voor een mogelijke piek in aantallen BCO's van 2.720 per dag na het overschrijden van de signaalwaarde van 1.340 BCO's (bij een R-waarde van 1,3), wordt de BCO- capaciteit verder uitgebreid.
- Daarnaast weten we uit ervaring dat er voor een aantal regio's gerekend moet worden met 12 uur per BCO ('intense' regio's en regio's met internationaal verkeer). Dit betekent een overall verhoging van 20% van de benodigde BCO-capaciteit.
- De combinatie van bovenstaande factoren resulteert in een benodigde capaciteit van 6.840 FTE voor 2.720 BCO per dag.
 - Regionaal naar 2.280 FTE (van 1.350 FTE op 1 oktober) = ~900 BCO
 - Landelijk naar 4.560 FTE (van 2.000 FTE op 1 oktober) = ~1820 BCO
- In ieder geval bij meer dan 2.720 BCO per dag zal dan risicogestuurd BCO worden ingezet vanaf half december (als de BCO capaciteit maximaal is). Afhankelijk van de ontwikkelingen van het virus kunnen onderstaande mogelijkheden ook al eerder ingezet worden:
 - Risicogestuurd BCO conform handreiking RIVM-LOI (via OMT BAO wordt gekomen tot een beleidsbesluit)
 - Nog verder prioriteren in BCO ten behoeve van surveillance (analoog aan prioritering in testen)
 - Alleen index informeren

Tempo van de rekenkundige groei (piketpalen):

- Het tempo van maximale landelijke groei met ~250 FTE per week en regionaal met ~90 FTE per week, wordt doorgezet in komende maanden, om zo tot 6.840 FTE inzetbare capaciteit te komen per 15 december 2020.
- De mate van inzetbaarheid van deze opgeleide capaciteit is grotendeels afhankelijk van de beschikbaarheid van voldoende medische supervisie en coördinatie.

Daadwerkelijke groei en opleiding in oktober

BCO-scenario's



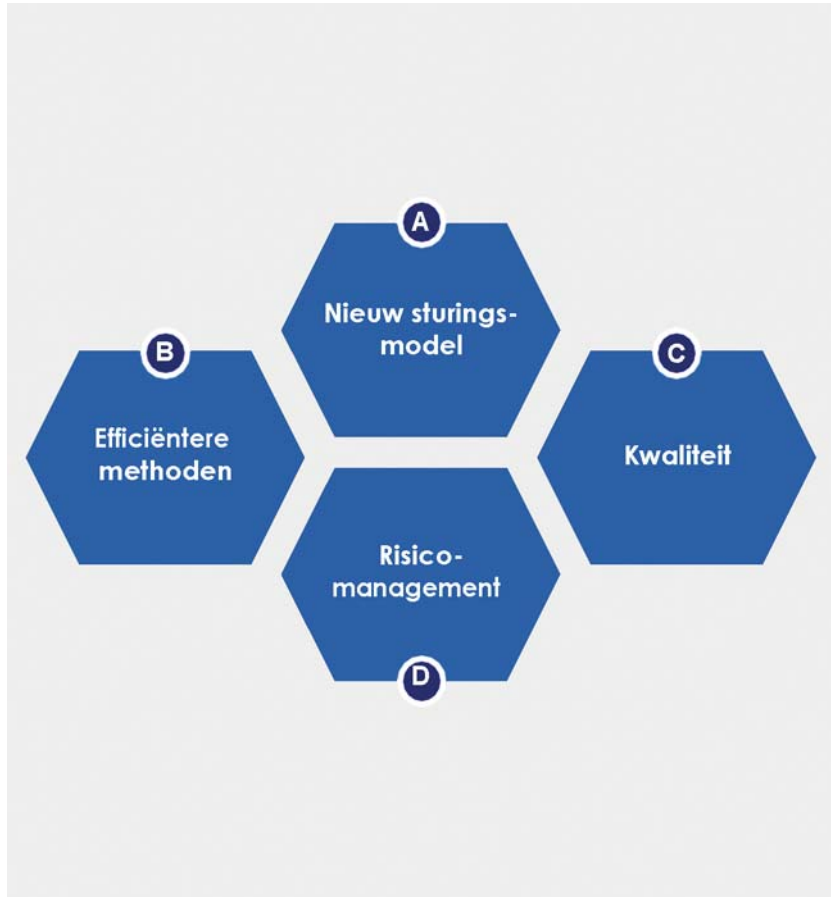
Aanpak oktober

- We leiden in oktober 340 FTE per week (250 FTE landelijk en 90 in de regio's) op. Dit zijn netto aantallen, omdat we ook te maken hebben met uitstroom van mensen.
- Dit betekent in de eerste week november een inzetbare capaciteit van in ieder geval 4.710 FTE.
- Uitgaande van reguliere werkwijze BCO kunnen we dan ~1.900 BCO per dag uitvoeren, rekening houdend met 20% extra benodigde capaciteit voor 12-uurs-BCO's.
 - Hierbij houden we rekening met het feit dat in de praktijk voor een aantal regio's gerekend moet worden met 12 uur per BCO.
- In ieder geval bij meer dan 1.900 BCO per dag eind oktober zal risicogestuurd BCO worden ingezet (gerelateerd aan de beschikbare capaciteit eind oktober). Afhankelijk van de ontwikkelingen van het virus kunnen/zullen onderstaande mogelijkheden ook al eerder ingezet moeten worden:
 - Risicogestuurd BCO-proces conform handreiking LOI (doel is om via OMT BAO te komen tot beleidsbesluit)
 - Verder prioriteren in BCO ten behoeve van surveillance (analoog aan prioritering in testen)
 - Alleen index informeren

NB: 1.900 BCO per dag betekent een te hoge besmettingsgraad. In die situatie wordt de strategie van zicht houden op en controleren van het virus, beschermen van de kwetsbaren in onze samenleving en behouden van continuïteit in de zorg ondermijnd. Testen en traceren is dan niet meer effectief. Bij het bereiken van de signaalwaarde zijn daarom maatregelen nodig die op zeer korte termijn effect sorteren. Dit is niet alleen van toepassing eind september – begin oktober 2020, maar zal waar nodig herhaald moeten worden.

BCO: sturing en kwaliteit

Sturing & Kwaliteit



Dit hebben we gedaan/doen we nu:

A. Nieuw sturingsmodel: Unitmodel

Het doel van het unitmodel is om de flexibiliteit, snelheid en kwaliteit van BCO inzet te verhogen.

- In de loop van september is het unitmodel operationeel geworden: Een unit is een samenwerkingsverband tussen 6-7 GGD'en en 1-2 van de alarmcentrales en het Rode Kruis.
- In de unit is sprake van gedeelde verantwoordelijkheid om samen de gevraagde BCO-capaciteit te leveren. Zo'n samenwerking in een overzichtelijk aantal is organisatorisch eenvoudiger en is onderling meer verplichtend.

B. Efficiëntere methoden

- Om sneller landelijke capaciteit beschikbaar te kunnen stellen voor BCO-proces is er ervaring opgedaan met efficiëntere manieren van uitvoering van BCO's.
 - De index (en eventueel gezinsleden) wordt door de GGD zelf gebeld
 - De gesprekken met contactpersonen en monitoring gebeuren via de landelijke capaciteit (afhankelijk van de risico-inschatting door de GGD)
- Risicogestuurd BCO, waarbij de GGD bij een hoog risico het BCO uitvoert. Bij een laag risico (conform de handreiking LOI) belt/informeert de index zelf de nauwe contacten.
- Thuisrapportage-app (nog in ontwikkeling) met (digitale) berichtgeving in plaats van bellen (bv. app/sms) naar nauwe contacten.

C. Kwaliteit

- We volgen continu hoe de werkwijze voor BCO uitpakt in de praktijk en stellen bij waar nodig volgens de PDCA-cyclus (Plan, Do, Check, Act): we houden daarbij een periodieke evaluatie met landelijke inzet en de GGD'en over de kwaliteit van de inzet aan de hand van de geldende werkprocessen.

D. Risicomanagement

- Invoering risicomanagementmodel (COSO-model⁴) per 1 oktober op strategie, operatie,

⁴ Erkend risico-management model



organisatie en inhoud. Dit model moet zorgen voor betere onderlinge afstemming over de mitigerende acties op de belangrijkste risico.

Risico's en afhankelijkheden

Wat zijn de belangrijkste risico's en afhankelijkheden?

- Beschikbaarheid van IZB-capaciteit voor surveillance en supervisie is essentieel. Dit is een andere taak dan de medische supervisie bij het belwerk tijdens BCO.
- Vanuit het LOI en expertteam is aangegeven dat met de huidige IZB-capaciteit (experts) ongeveer 2.000 BCO per dag op kwalitatief goede manier kan worden uitgevoerd (volledig BCO op de klassieke wijze). Boven de 2.000 BCO per dag wordt het BCO uiteraard nog wel uitgevoerd (hetzij klassiek, hetzij risicogestuurd), maar de surveillance (analyses en advisering) komt vanaf 2.000 BCO zwaar onder druk te staan.
- Risico op uitval en ziekteverzuim bij IZB-artsen vanwege ononderbroken hoge belasting sinds februari 2020.
- We gaan over op risicogestuurd BCO als het aantal besmettingen de capaciteit die op dat moment beschikbaar is, overstijgt.
- Wanneer door hoogoplopende besmettingsdruk de werkwijze verder moet worden aangepast nadat reeds is overgegaan op risicogestuurd BCO, ontstaan ernstige hiaten in de surveillance en zicht op clusters.
- Verdere intensivering van opleidingssnelheid is niet mogelijk door trainingscapaciteit en borging kwaliteit.
- Het beschikbaar hebben en opleiden van voldoende medische supervisie is een kritiek punt. Op basis van referentiegegevens van regio's en de landelijke capaciteit verwachten we ~100 additionele (basis)artsen en ~100 verpleegkundigen nodig te hebben voor een capaciteit van 6.840 FTE. Het is gezien de arbeidsmarkt niet de verwachting dat deze aantallen beschikbaar zijn. In lijn met de observaties van de IGJ hebben we overigens de afgelopen periode al ingezet op het werven van (basis)artsen en verpleegkundigen voor deze medische supervisie.
- Er ontstaat een acuut probleem bij surveillance als de testcapaciteit wordt uitgebreid en het besmettingspercentage:
 - blijft onveranderd hoog, of
 - daalt niet snel genoeg, of
 - loopt weer (te snel) op.

Samenvatting van de BCO-strategie

- Voor de effectieve bestrijding van het virus achten wij het cruciaal om landelijk maatregelen te nemen bij het bereiken van de signaalwaarde. We stellen hierbij de signaalwaarde in het Rijksdashboard voor: 7 incidenties per 100.000 inwoners per dag (1.200 per dag). De signaalwaarde in deze roadmap (1.340 BCO per dag) is overigens vergelijkbaar (en komt voort uit het gehanteerde rekenmodel).
- Door te sturen op maatregelen bij het bereiken van de signaalwaarde, houden we zoveel mogelijk zicht op het virus (ook na de verwachte stijging van het aantal incidenties na het invoeren van maatregelen) en kan het BCO op kwalitatief goede wijze worden uitgevoerd.
- De meerwaarde van de signaalwaarde van het aantal incidenties per dag is dat deze 2 weken voorloopt op de signaalwaardes die betrekking hebben op de zorg, met name de IC-signalwaarde.
- Het invoeren van effectieve maatregelen op het moment van bereiken van de signaalwaarde zorgt ervoor dat de piek in het aantal besmettingen 2 weken later, en de daaropvolgende ziekenhuis- en IC-opnames, de continuïteit van reguliere zorg niet/minder (langdurig) in gevaar brengt.
- Vanaf half december staan we gesteld voor het uitvoeren van 2.720 klassieke BCO's. Dit is voldoende om de verwachte piek in aantallen BCO's op te vangen in het geval de in deze roadmap geschetste signaalwaarde van 1.340 BCO wordt bereikt, de R-waarde op dat moment niet hoger is dan 1,3 en er effectieve landelijke maatregelen zijn genomen bij het bereiken van de signaalwaarde.
- Mochten de aantallen oplopen boven deze, dan te verwachten, piek (bijvoorbeeld door een hogere R-waarde), dan kunnen we per 15 december deze aantallen door risicogestuurd BCO uitvoeren met een maximum van 10.000 BCO's (in de meest afgeschaalde risicogestuurde variant). Met deze variant is nog steeds sprake van BCO, maar de kwaliteit van het BCO en daarmee de pandemiebestrijding, wordt hierdoor wel zeer beperkt en is daarom slechts een kortstondige oplossing.
- Deze gevolgen bij het te hoog oplopen van de besmettingen, maakt het sturen op landelijke maatregelen bij het bereiken van de signaalwaarde uit het rijksdashboard essentieel.

Bijlagen

Varianten van BCO Digitale ondersteuning Monitoring

Varianten van BCO

Onderdeel		Volledig / klassiek	Risicogestuurd Hoog-risico contacten		Risicogestuurd Alleen indexen
			Laag	Hoog	
Indexgesprek	1. Contact leggen				
	2. Uitslag test en maatregelen toelichten				
	3. Uitvragen specifieke risico's (OSIRIS)				
	4. Brononderzoek				
	5. Contactonderzoek				
1e contact contact	6. Contacten informeren		index		index
2e contact index	7. Index opvolgen				
Vervolgcontact contacten	8. Contacten opvolgen				
Duur		● 8-12 uur	◐ 4 uur		◑ 2 uur
Aantal BCO's met capaciteit per 15/12/2020 – totaaloverzicht alle GGD'en		2.720	5.500		10.000

Digitale ondersteuning – rol en ontwikkelingen

Digitale ondersteuning is ondersteunend aan de primaire GGD-corona processen, Testen en BCO. We richten ons hierbij op het beschikbaar maken en uitwisselen van de benodigde gegevens, waar we verschillende middelen voor inzetten.

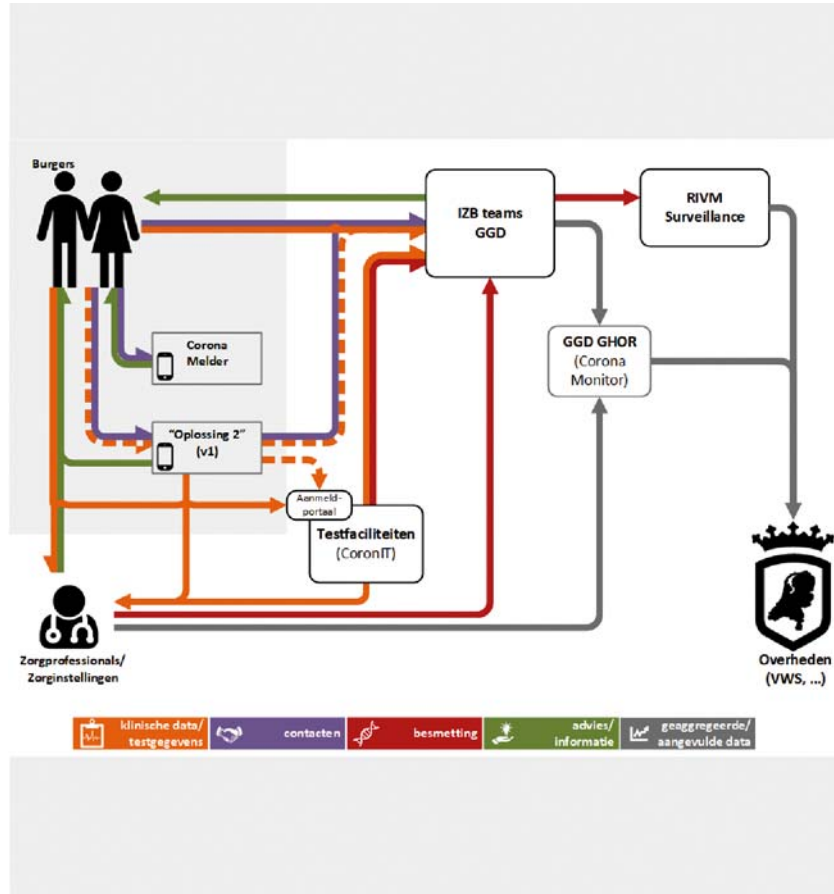
De belangrijkste thema's op dit gebied zijn:

- App voor contactonderzoek, werknaam Thuisrapportage app (Oplossing 2). Deze app is bedoeld om het verzamelen van gegevens ten behoeve van BCO te versnellen en vereenvoudigen. Mensen die zich hebben aangemeld voor een test of positief getest zijn, worden gevraagd met deze app gegevens over hun contacten en contactmomenten te verzamelen. Deze gegevens worden vervolgens gedeeld met de GGD'en, waardoor het BCO efficiënter en effectiever start. Een eerste versie is gepland voor november 2020; daarna wordt de app incrementeel verder uitgebouwd.
- Operationeel opschalen van BCO. Dit omvat het organiseren en optimaliseren van de benodigde beheerprocessen om opschaling van BCO mogelijk te maken, zoals het verbeteren van de informatievoorziening ten behoeve van het inzet van BCO-professionals. Afweging over de inzet van aanvullende hulpmiddelen vindt continu plaats.
- CoronaMelder. Deze app stuurt een bericht als een persoon enige tijd in de buurt is geweest van

iemand die besmet is met het coronavirus. De app geeft verder advies over wat dan het beste te doen. De app passen we toe als aanvulling op BCO in de GGD-processen, het beleid en het informatielandschap.

- Ondersteuning nieuwe BCO-medewerkers: de snelle ontwikkeling van capaciteit voor BCO vereist de inzet van nieuwe medewerkers. Deze moeten in korte tijd de werkinstructies en de administratieve handelingen leren. Om dit proces te versnellen en om fouten te voorkomen, zetten we ondersteunende IT-hulpmiddelen in.
- Borging van het beheerproces van digitale ondersteuning in de programmaorganisatie.

Digitale ondersteuning – acties



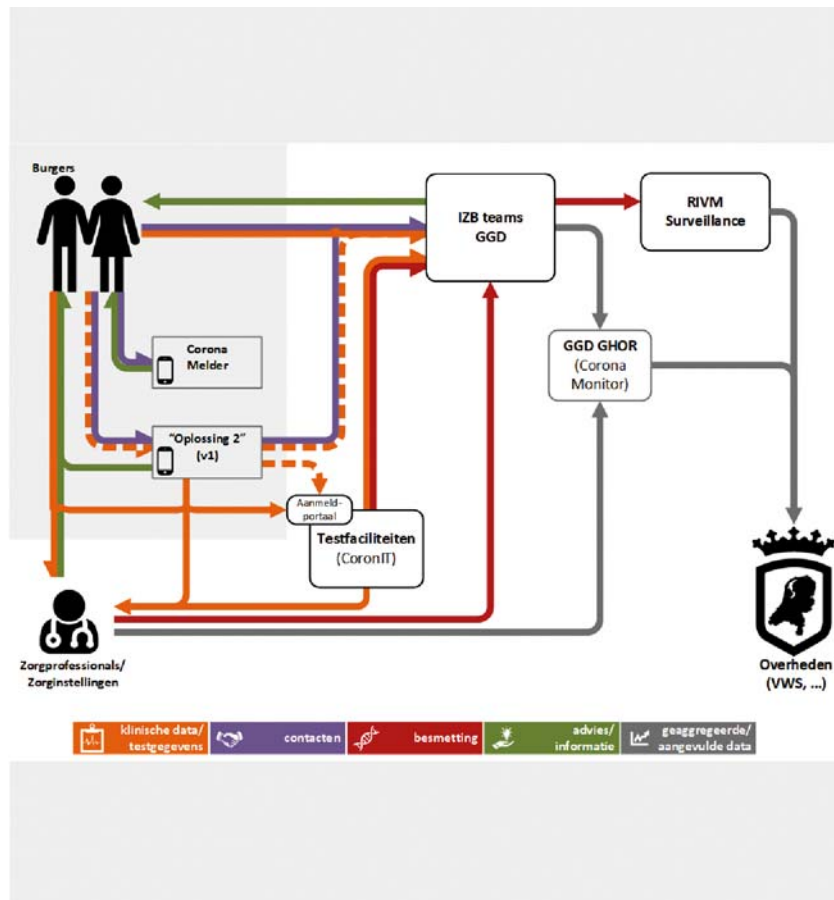
Activiteiten GGD GHOR Nederland:

- Bijdragen aan de programma's van eisen CoronaMelder en 'Thuisrapportage app (Oplossing 2)' en navolgende ontwerpvragestukken.
- Afstemming van inzet digitale hulpmiddelen met deskundigen uit de primaire GGD- processen, Testen en BCO.
- Aansluiting van callcentermedewerkers ten behoeve van BCO (met landelijke partners).
- Ondersteuning van nieuwe BCO-medewerkers.
- Integratie van losse applicaties in het informatielandschap, zodat er een compleet geheel ontstaat.

Tempo van de activiteiten (piketpalen):

- Begeleiding realisatie app 'Thuisrapportage (Oplossing 2)' (continu, nov 2020 eerste versie).
- Uitbreiding ondersteuning nieuwe BCO-medewerkers (najaar 2020).
- Landelijke structuur beheer HPZone bestendigen.

Risico's en afhankelijkheden



Wat zijn de belangrijkste risico's/afhankelijkheden?

- Inrichten landelijke informatievoorziening verloopt in nauwe interactie met procesharmonisatie van de 25 GGD'en. Het succes van digitale innovatie is afhankelijk van het tempo waarin dit plaatsvindt.
- Betrokkenheid van GGD-professionals en andere partijen is essentieel bij de ontwikkeling van het informatielandschap. Een toenemende infectiedruk zal ertoe leiden dat de beschikbaarheid van deze professionals afneemt of verdwijnt.
- Aanpassingen in het beleid vergen inregel tijd in digitale randvoorwaarden en ICT systemen

Monitoring

Doel monitoring

Binnen GGD GHOR Nederland wordt een aantal performance-indicatoren gehanteerd om:

1. tijdig signalen op te vangen die duiden op een potentieel risico in de test- en BCO-keten, en
2. doelgericht te kunnen sturen op de uitvoering van Testen en BCO binnen de mogelijkheden van de GGD'en en de landelijke capaciteit.

Indicatoren

Naast een grotere set meer gedetailleerde indicatoren hanteert GGD GHOR Nederland de onderstaande indicatoren als basis voor haar monitoring, zowel op landelijk als regionaal niveau:

Testen:

- Het (wekelijkse) aantal afgenomen testen
- Het (wekelijkse) aantal en percentage positieve testresultaten



-
- Tijd tussen het inplannen van een afspraak in de teststraat en de uitslag; de streefnorm is 48 uur⁵

BCO:

- Het (wekelijkse) aantal BCO-cases en percentage positieve uitslagen
- Percentage van de BCO-cases voor wie de contactinventarisatie tijdig (binnen 24 uur) is uitgevoerd
- Percentage van de categorie 1 en 2 BCO-contacten die tijdig (binnen 24 uur) bereikt zijn en een instructie hebben ontvangen

⁵ Dit ligt niet volledig in de invloedssfeer van de performance van een GGD. Wanneer iemand een testafspraken wil maken en niet het eerst beschikbare moment kiest, heeft dit invloed op de doorlooptijden, terwijl dit niets zegt over de performance van de GGD.



BIJLAGE E ORGANOGRAM LCT EN BESCHRIJVING DEELSTUURGROEPEN IN DE LCT D.D. 8 DECEMBER 2020

Stuurgroep sneltesten en innovatieve testmethoden

Deze deelstuurgroep bespreekt alle inhoudelijke voorstellen van de werkgroepen die zich bezighouden met antigeentesten, robotisering en verscheidene innovatieve testmethoden. De voorstellen zien bijvoorbeeld op het uitschrijven van tenders, inzet op robotisering of het starten van validatiestudies. De deelstuurgroep stuurt actief op deze inhoudelijke processen en adviseert de LCT wanneer een van deze initiatieven kansrijk is of bijvoorbeeld een go nodig hebben van de LCT. De LCT adviseert vervolgens de Minister van VWS. De Minister van VWS bepaalt welke initiatieven voor sneltesten en innovatieve testmethoden als substantieel en kansrijk worden beschouwd.

Stuurgroep trilateraal (trilat)

Deze deelstuurgroep bestaat uit verschillende partijen die van de Minister van VWS de opdracht hebben gekregen de testafnamecapaciteit te vergroten. De additionele testafnamecapaciteit wordt gerealiseerd op 19 XL locaties in Nederland. De GGD GHOR Nederland, de GGD'en en de werkgeversorganisatie VNO-NCW werken samen om de XL locaties te bouwen. De verantwoordelijkheid voor de desbetreffende XL locatie wordt na realisatie overgedragen aan de regionale GGD. De stuurgroep Trilateraal rapporteert wekelijks aan de LCT over de realisatie van de bouw van extra testafnamecapaciteit. Ook roept zij de hulp in van de LCT in het geval van dilemma's, zoals bij de inzet van personeel.

Regiegroep Digitale Ondersteuning Testen en Traceren (DOTT)

Deze regiegroep is in het leven geroepen om korte, middellange en lange termijn initiatieven die een duurzame verbetering beogen van de ketenorganisatie, -samenwerking en -informatisering in samenhang te begeleiden. Naast het versterken van de bestaande basisinfrastructuur en de koppeling van gegevens in de ketenorganisatie, geeft de regiegroep richting en kaders aan innovatieve manieren om de burger meer controle en toegang tot het testproces te geven. Zo wordt er toegewerkt naar betrouwbare, volledige en actuele data over het aantal positieve en negatieve testen en bron en setting van besmetting over de gehele keten.