



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

## **Plan van aanpak regionale en landelijke versterking infectieziektebestrijding**

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9  
3721 MA Bilthoven  
Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

[LCI-secretariaat@rivm.nl](mailto:LCI-secretariaat@rivm.nl)

Landelijke Coördinatie infectieziektebestrijding (LCI)  
Centrum infectieziektebestrijding (CIb)  
*Mei 2023*

<b>1. Doel I: Bovenregionale versterking</b> .....	<b>5</b>
1.1 <i>Betere verbinding tussen landelijk beleid en lokale uitvoering</i> .....	5
<b>2. Doel II: Landelijke coördinatie van het medisch inhoudelijke bestrijdingsbeleid</b> .....	<b>8</b>
2.1 <i>LCI generiek draaiboek</i> .....	8
2.2 <i>Bron- en Contactonderzoek</i> .....	11
2.3 <i>Points of entry</i> .....	14
2.4 <i>Versterking regionale en landelijke risicocommunicatie</i> .....	17
2.5 <i>Clb-Responsplan</i> .....	21
<b>3. Doel III: Monitoring van onder WHO IHR vereiste capaciteiten</b> .....	<b>24</b>
3.1 <i>Monitoring pandemische paraatheid</i> .....	24

## Uitgangspunten bij dit plan van aanpak

In de beleidsagenda Pandemische Paraatheid van de minister van VWS wordt versterking van de regionale infectieziektebestrijding gezien als één van de speerpunten bij de voorbereiding op een toekomstige pandemie. Hierbij is het belangrijk om de kwaliteit en uniformiteit van de Nederlandse infectieziektebestrijding te vergroten, en om deze zodanig in te richten dat de structuur voldoende robuust is en voldoende slagkracht heeft om een volgende grootschalige uitbraak het hoofd te bieden. Het ministerie van VWS heeft de LCI/CIb daarom gevraagd om een plan van aanpak te ontwikkelen om de bovenregionale samenwerking binnen de Nederlandse infectieziektebestrijding en de landelijke coördinatie van het medisch inhoudelijke bestrijdingsbeleid vanaf 2023 duurzaam te versterken en beter voor te bereiden op een grootschalige pandemie.

Bij het opstellen van het plan van aanpak zijn door de LCI de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De bestaande structuur van (inhoudelijke) infectieziektebestrijding van GGD'en, CIb en andere stakeholders (NVWA, etc.) vormt een goede basis, maar dient versterkt te worden.
- Versterking ten behoeve van pandemische paraatheid borduurt voort op de reguliere infectieziektebestrijding, waar opschaling een onderdeel van is.
- Voorstellen voor versterking zullen worden uitgewerkt op grond van evaluaties van de COVID-19-pandemie (nationaal en internationaal), conform de verbetercyclus van de public health *emergency preparedness cycle*. Op basis van eerdere evaluaties zijn in dit plan van aanpak reeds verder uitgewerkt: bovenregionale samenwerking, het BCO, paraatheid bij points of entry (havens, luchthavens) en risicocommunicatie.
- Door tal van actoren wordt aan verbeterde pandemische paraatheid gewerkt, zowel op nationaal (ministerieel, GGD GHOR, LFI) als internationaal niveau (WHO, EU). De voorgestelde plannen zijn met de nodige flexibiliteit opgesteld, zodat bij de uitwerking ruimte is voor afstemming met ketenpartners en rekening kan worden gehouden met (internationale) ontwikkelingen. Daarnaast zullen niet alle voorgestelde activiteiten tegelijk kunnen worden opgepakt. Er zal worden geprioriteerd op basis van beschikbare expertise en formatie, in afstemming met ketenpartners en in lijn met (inter)nationale ontwikkelingen.
- Het LCI generiek draaiboek en LCI-draaiboek IHR vormen de basis voor kaders en procesafspraken voor (pandemische) paraatheid voor de GGD/LCI en het CIb-responsplan vormt de basis voor pandemische paraatheid binnen het CIb. Uitkomsten van dit plan van aanpak worden geborgd in deze draaiboeken.

De beoogde verbeterde (pandemische) paraatheid sluit aan bij verbetertrajecten in het kader van de WHO IHR (jaarlijkse SPAR) en EU Regulation 2022/2371.

Het doel van dit plan van aanpak is driedelig:

1. De bovenregionale samenwerking binnen de Nederlandse infectieziektebestrijding wordt duurzaam versterkt.
2. De landelijke coördinatie van het medisch inhoudelijke bestrijdingsbeleid wordt duurzaam versterkt.
3. Nederland voldoet aan de WHO IHR vereiste capaciteiten, en we zijn in staat om de verbeteringen in het kader van de pandemische paraatheid te monitoren.

Dit document beschrijft de plannen van de LCI om toe te werken naar het realiseren van deze doelen. Tijdens de uitvoering zal gezamenlijk worden opgetrokken met de belangrijkste ketenpartners en de andere CIB-trajecten voor verbeterde pandemische paraatheid, op het gebied van surveillance (waaronder de outbreakmanagementvoorziening), het microbiologisch landschap, IV en zoönosen.

Bij het lezen van dit plan van aanpak voor een breed scala aan versterkingen in de infectieziektebestrijding, kan ten onrechte de indruk ontstaan dat de huidige inrichting op dit moment onvoldoende is. Door improvisatie en snel schakelen tijdens COVID-19 is veel opgevangen, maar uit verschillende onderzoeken blijkt dat deze aanpak ook kwetsbaar is. Bij dit plan van aanpak gaat het daarom om een structurele versterking van de infectieziektebestrijding, om daarmee ook beter voorbereid te zijn op een volgende grootschalige gebeurtenis.

Belangrijke randvoorwaarden voor vrijwel alle onderdelen zijn de beschikbaarheid van en het draagvlak onder infectieziekteprofessionals. Hier zal bij de uitwerking van de planning voortdurend rekening mee gehouden worden. Alleen in gezamenlijkheid kunnen we dit plan van aanpak voor verbeterde (pandemische) paraatheid laten slagen.

## 1. Doel I: Bovenregionale versterking

De COVID-19-pandemie heeft ons Nederlandse infectieziektebestrijdingssysteem op de proef gesteld. In de basis hebben we een sterk infectieziektebestrijdingsstelsel, maar het systeem was onvoldoende robuust en we waren onvoldoende voorbereid om een dergelijke grootschalige en langdurige crisis het hoofd te bieden. De bestaande regionale ondersteuningsstructuur met arts- en epidemiologisch consultants (resp. RAC en REC) had ontoereikende capaciteit om de verbinding tussen landelijk beleid en regionale uitvoering solide vorm te geven. Daarnaast was de werkdruk op de lokale GGD'en zo hoog dat de bovenregionale samenwerking niet goed tot stand kwam, waardoor benodigde uitwisseling van expertise en afstemming onder druk kwamen te staan. Dit had gevolgen voor de kwaliteit en uniformiteit van werken. Een sterke en robuuste bovenregionale samenwerking vanuit de reguliere dagelijkse infectieziektebestrijding zal ook de grootschalige respons verbeteren.

### 1.1 **Betere verbinding tussen landelijk beleid en lokale uitvoering**

#### 1.1.1 *Achtergrond en onderbouwing*

In diverse onderzoeken en evaluaties die naar aanleiding van de COVID-19-pandemie zijn uitgevoerd, zijn aanbevelingen gedaan om het infectieziektebestrijdingsstelsel en de pandemische paraatheid te versterken. Specifieke aanbevelingen gericht op bovenregionale samenwerking zijn gedaan in het adviesrapport van het Verwey-Jonker Instituut en het AEF-rapport 'Capaciteit infectieziektebestrijding in beeld'. In het Verwey-Jonkerrapport wordt aangegeven dat de regionale infectieziektebestrijding in al haar onderdelen in kwantiteit en kwaliteit moet worden versterkt; de basis van de regionale ondersteuningsstructuur (RAC) werkt goed, met ruimte voor verbetering. In het AEF-rapport wordt aangegeven dat GGD'en elkaar kunnen versterken door bovenregionaal samen te werken, waarbij lokale inbedding belangrijk blijft. Dit vereist een gecoördineerde aanpak, tijd, investering en een cultuurverandering op diverse vlakken. Daarnaast kan samenwerking helpen bij kwaliteitsborging.

Het CIb/LCI heeft in het najaar 2022 door middel van focusgroepen een kwalitatief onderzoek verricht onder professionals werkzaam in de infectieziektebestrijding bij GGD'en en CIb. Het doel van het onderzoek was om ervaringen tijdens en vóór COVID-19, visies over bovenregionale samenwerking in de infectieziektebestrijding en de versterking daarvan in beeld te brengen. Alle deelnemers van de 7 focusgroepen zien meerwaarde in een versterkte bovenregionale samenwerking. Deelnemers vinden dat er meer kan worden samengewerkt tussen GGD'en, waardoor uniformiteit en kwaliteit toeneemt. Dit zal resulteren in een efficiëntere uitbraakbestrijding. Ten aanzien van richtlijnontwikkeling gaven de deelnemers aan, hun betrokkenheid te willen vergroten bij de totstandkoming ervan, zodat de richtlijnen beter aansluiten bij de uitvoeringspraktijk. Qua voorwaarden voor een robuuste inrichting van de

bovenregionale samenwerking werd aangegeven dat de financiering vanuit CIB (naar analogie van de RAC/REC-structuur) georganiseerd moet worden, zodat men niet onderhevig is aan lokale gemeentelijke bezuinigingen en beleid, en de formatie en tijdsinzet wordt geborgd. Het mandaat van het bovenregionale samenwerkingsverband moet helder omschreven worden. Verder zal het optuigen van een bovenregionaal samenwerkingsverband een cultuurverandering vergen van de GGD'en.

### 1.1.2 *Beoogde doelstellingen*

Het doel is te komen tot een betere verbinding tussen landelijk beleid en lokale uitvoering, wat zorgt voor meer uniformiteit en verbeterde kwaliteit van de bestrijding, sneller delen van informatie en tijdige input voor het landelijk beleid. Versterking van de bovenregionale samenwerking is daarbij essentieel en zal zorgen voor onderlinge uitwisseling van efficiënte werkwijzen (best practices), delen van expertise en ervaringen, met als gevolg een hogere kwaliteit én uniformiteit van werk. Ook zal hierdoor meer slagkracht worden gecreëerd om het hoofd te bieden aan regionale en landelijke uitbraken.

### 1.1.3 *Structuur en geplande activiteiten*

Om de bovenregionale samenwerking te stimuleren en de verbinding tussen de landelijke coördinatie van de bestrijding en de lokale uitvoering te verbeteren, wordt per RAC/REC-regio middels dubbelaanstellingen (CIB en GGD) de capaciteit van de professionals uitgebreid. Dit betreft, naast de reeds bestaande RAC en REC, een extra arts, deskundige infectiepreventie, sociaal verpleegkundige en een projectcoördinator. Het proces wordt ondersteund door een projectteam bij de LCI. In afstemming met de regio's zal de bovenregionale samenwerking verder vorm gegeven worden. Enerzijds zal vanuit bestaande RAC/REC-regio's de onderlinge samenwerking geïntensiveerd en dus robuuster gemaakt worden. Anderzijds zal er ook ruimte zijn om samenwerking te organiseren vanuit inhoud/regiokenmerken, bijvoorbeeld tussen GGD'en met (lucht)havens, grote stedenproblematiek of juist zoönosenrisico's. Samen met de GGD'en en GGD GHOR wordt een tijdelijke projectstructuur ingericht die de versterking van de (boven)regionale samenwerking zal vormgeven en implementeren.

De bovenregionale samenwerking draagt bij aan landelijke richtlijnontwikkeling en de versterking van de landelijke en regionale monitoring en surveillance.

In hoofdstuk 2.4 wordt in meer detail beschreven hoe de beoogde versterking van de bovenregionale samenwerking ook zal worden ingezet voor ondersteuning bij een *evidence based* communicatie in de regio. Zowel voor, tijdens en na een epidemie - op basis van de behoefte van GGD'en.

Bij de inrichting van de bovenregionale samenwerkingsverbanden zal gebruik gemaakt worden van de resultaten van pijler 4 uit het VIP-traject van GGD GHOR NL. Daarnaast zullen concrete onderwerpen met elkaar worden gedefinieerd als uitkomstmaat om de meerwaarde van de bovenregionale samenwerking te kunnen bepalen.

Het resultaat van dit project zal een robuust bovenregionaal samenwerkingsverband zijn dat de infectieziektebestrijding ondersteunt en dat zo is in gericht dat zij ook tijdens reguliere infectieziektebestrijding zorgt voor efficiëntie, uniformiteit en een kwaliteitsimpuls van de bestrijding. Daarnaast wordt de verbinding tussen landelijk beleid en regionale uitvoering verstevigd en de kwetsbaarheid van individuele regio's bij crises verminderd.

#### 1.1.4 *Risico's en randvoorwaarden*

- Draagvlak onder GGD-professionals: inhoudelijke versterking van de infectieziektebestrijding zal alleen tot stand komen als er breed draagvlak wordt gerealiseerd onder deze GGD-professionals. Door GGD'en te betrekken bij de ontwikkeling en implementatie van het plan en een continue cyclus van evaluatie en toetsing bij het veld te garanderen, kan voldoende draagvlak worden gecreëerd.
- Financiering dient landelijk te worden gewaarborgd vanuit het Cib (naar analogie van RAC/REC-structuur): bovenregionale samenwerking kan de belangen van de eigen GGD overstijgen. Financiering moet daarom landelijk worden georganiseerd, om formatie en tijd van infectieziekteprofessionals te waarborgen en niet afhankelijk te zijn van gemeentelijke financiering. De financiering voor de bovenregionale dubbelaanstellingen (GGD-RIVM) is een belangrijke voorwaarde voor de uitvoering van de hierboven genoemde plannen.
- Krappe formatie: er is sprake van een krappe formatie bij zowel de GGD'en als de LCI. Door IZB-professionals te laten werken in bovenregionale samenwerkingsverbanden kan dit leiden tot een verminderde capaciteit bij GGD'en, waar al tekorten zijn.
- Betrokken partijen: er zijn veel partijen betrokken bij de infectieziektebestrijding en verbetertrajecten voor (pandemische) paraatheid. Het doel van dit project is de samenwerking in de inhoudelijke lijn te versterken. Om tot een breed gedragen vorm van deze versterking te komen, is het van belang dat zij tijdens de uitrol van het project samen optrekken, waarbij gezamenlijke verantwoordelijkheid gewaarborgd moet zijn.

#### 1.1.5 *Samenwerking andere partijen*

GGD'en, LCI (en andere Cib-centra), GGD GHOR, LFI, DPG-raad, LOI, LOVI, RAC, REC.

## 2. Doel II: Landelijke coördinatie van het medisch inhoudelijke bestrijdingsbeleid

Versterkte paraatheid op regionaal en landelijk niveau is onlosmakelijk met elkaar verbonden. De LCI coördineert de landelijke paraatheid ten behoeve van uniformiteit en verbeterde kwaliteit. Een aantal thema's hebben hierbij specifieke uitwerking nodig op zowel landelijk als regionaal niveau, waarbij onderlinge afstemming in het generiek draaiboek wordt geborgd.

### 2.1 LCI generiek draaiboek

De herziening van het LCI generiek draaiboek met de structuur en maatregelen met betrekking tot opschaling voor bekende en onbekende infectieziekten (onder andere met een onbekende zoönotische bron) zal worden uitgevoerd in samenwerking met het project Versterking Zoönosen (ZOOVer).

#### 2.1.1 *Achtergrond en onderbouwing*

Het LCI Generiek Draaiboek beschrijft het wettelijk kader, de structuur en maatregelen met betrekking tot infectieziektebestrijding voor GGD-professionals in Nederland. Hiermee wordt een standaardisatie van paraatheid neergezet, op basis waarvan GGD'en zich kunnen inrichten en hun systeem kunnen trainen en oefenen.

Naar aanleiding van de COVID-19-pandemie, waarbij bleek dat Nederland, net zoals andere landen, niet voldoende voorbereid was op een langdurige epidemie van een zodanig grote omvang, zijn veel trajecten gestart om de (pandemische) paraatheid te verbeteren. Deze betreffen onder andere aanpassing van wetgeving, het inrichten van bovenregionale samenwerking van GGD'en en de opschaling van processen gecoördineerd door de Landelijke Functionariteit Infectieziektebestrijding (LFI).

Het Generiek Draaiboek dient te worden geactualiseerd op basis van deze veranderingen en lessons learnt. Daarnaast worden de uitkomsten van alle verbetertrajecten die momenteel lopen binnen het CIB en de GGD'en geborgd door weergave in het Generiek Draaiboek. Dit omvat ook resultaten uit het ZOOVer-plan van aanpak, zoals de regionale samenwerking voor zoönose. Tevens dient de zoönosestructuur te worden geïncorporeerd.

Alvorens deze aanpassingen door te voeren dient het gebruik van het Generiek Draaiboek ten tijde van COVID-19 te worden geëvalueerd onder GGD-professionals. Is het draaiboek gebruikt? Werden er onderdelen gemist, waar is behoefte aan? Is de opzet van het draaiboek functioneel ter voorbereiding en ten tijde van een pandemie? En met betrekking tot zoönoses: bij welke draaiboeken/richtlijnen van andere ketenpartners dient het generiek draaiboek aan te sluiten? De uitkomsten van deze evaluatie vormen input voor de herziening van het draaiboek.



Ten slotte: het draaiboek heeft een generieke benadering en is dus onafhankelijk van een specifieke infectieziekte, maar sluit aan bij uitgewerkte multidisciplinaire protocollen voor specifieke infectieziekten zoals voor het westnijlvirus. Er is een periodieke beoordeling nodig welke de meest reële infectieziektedreigingen zijn waarop Nederland zich heeft voor te bereiden. Hiertoe is de *risk ranking*-methodologie ontwikkeld door het ECDC voor infectieziekten in de breedte, door het RIVM uitgevoerd in 2017, en de EMZOO methodologie voor zoönoses (onderdeel 4 van ZOOVer). In hoofdstuk 2.5 van dit plan van aanpak is het actualiseren van de *risk ranking* opgenomen. Deze resultaten, met die van de EMZOO, zullen tot een selectie van infectieziekten en/of situaties leiden waarvoor specifieke paraatheid, cq een specifiek draaiboek, nodig is. De uitwerking voor aviaire influenza A(H5N1) in 2023 is reeds gepland.

#### *Multisectorale samenwerking en stakeholderanalyse*

De grootschalige respons op COVID-19 heeft de noodzaak voor multisectorale samenwerking aangetoond. Dit betreft samenwerking tussen public health-organisaties, ministeries en lokaal bestuur, private sectoren zoals uitvoerende ketenpartners (zoals (lucht)haven autoriteiten) en onderzoeksinstituten. Ook heeft het geleid tot de oprichting van nieuwe organisaties in de infectieziektebestrijding, zoals de LFI, en een veranderde positionering en samenwerking tussen bestaande organisaties. Aanpassingen in bestuurlijke verantwoordelijkheden en regie worden momenteel uitgewerkt in wetswijzigingen.

Het is daarom nodig om het veranderde landschap van sectoren, positionering en verantwoordelijkheden opnieuw in kaart te brengen, zowel op landelijk (CIb en ministerieel) als regionaal niveau (GGD niveau en bovenregionale samenwerkingsniveau). Overzicht in deze sectoren, alsmede aansluiting op informatiesystemen voor contactgegevens (nationaal (CIb/VWS) en regionaal (GGD)) faciliteert snelle opschaling. Tenslotte is inzicht in en afstemming op elkaars plannen voor (pandemische) paraatheid belangrijk. Hierbij zal ook worden aangesloten op het Landelijk Crisisplan Infectieziekten dat momenteel door VWS wordt ontwikkeld.

Ook op internationaal niveau verandert het infectieziektelandschap, op EU-niveau uitgewerkt in de EU Regulation 2022/2371 *on serious cross-border threats to health*. De WHO bereidt momenteel amendementen bij de International Health Regulations voor en is een pandemisch verdrag voor WHO-lidstaten aan het ontwikkelen ten behoeve van verbeterde (pandemische) paraatheid. Daarnaast worden nieuwe instrumenten ontwikkeld, zoals de nieuwe Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA). Ook deze ontwikkelingen zullen bij de stakeholderanalyse worden meegenomen.

#### *Vaccinaties*

De aanpak van de vaccinatie van medisch hoogrisicogroepen, moeilijk bereikbare groepen en het zorgpersoneel in koude en warme tijden én de ontwikkeling van een vaccinatie-richtlijn voor volwassenen wordt verder uitgewerkt binnen de uitvoeringstoets vaccinatiestelsel. Relevante

verbeterpunten die hierbij naar boven komen zullen worden opgenomen in het LCI Generiek Draaiboek.

#### *Aansluiting LCI en GGD met LFI*

De taakverdeling en verantwoordelijkheden van de LCI en de LFI en de aansluiting van beide met de GGD, wordt momenteel uitgewerkt. De LFI zal zich richten op taken die nodig zijn om medisch-operationele processen (zoals testen, bron- en contactonderzoek en vaccineren) op te kunnen schalen. Ook het monitoren en bijsturen van de opgeschaalde operationele processen vallen onder de taken van de LFI. De LCI is verantwoordelijk voor de medisch-inhoudelijke processen en afwegingen. De aansluiting op elkaars processen zal geborgd worden in bestaande draaiboeken, waaronder het LCI Generiek Draaiboek.

Daarnaast zal het proces voor de afweging voor beschikbare medicatie ten behoeve van *emerging infections* en pandemieën worden uitgewerkt, waarin de aansluiting met HERA en LFI/DVP wordt opgenomen.

#### *2.1.2 Beoogde doelstellingen*

Een geactualiseerd generiek draaiboek dat de kaders van (pandemische) paraatheid beschrijft, aansluit bij de wensen van gebruikers, in samenhang met richtlijnen en werkinstructies, in een vorm die makkelijk te raadplegen is.

#### *2.1.3 Geplande activiteiten*

Onderstaande activiteiten zullen vanaf 2023 worden uitgevoerd, deels in gezamenlijkheid met het project Versterking Zoönosen. Daarvoor zal een auteur met specifieke kennis over zoönosen worden ingezet.

- Evaluatie van het generiek draaiboek onder gebruikers. De doelgroep: GGD infectieziekteprofessionals.
- Inventarisatie internationale richtlijnenpreparatie (generiek, zoönotisch, overig), literatuurraadpleging voor lessons learnt en best practices uit internationale richtlijnen preparatie.
- Aanpassen opzet draaiboek aan de hand van uitkomsten evaluatie.
- Aanpassen inhoud draaiboek op basis van uitkomsten trajecten. Verbeterde (pandemische) paraatheid, inclusief ZOOVer. Incorporatie zoönosestructuur. Incorporatie LFI-structuur en procesafspraken.
- Incorporatie uitkomsten *risk ranking* en EMZOO in generiek draaiboek.
- Stakeholderanalyse, op nationaal en lokaal/regionaal niveau. Aansluiting informatiesysteem met betrekking tot relevante sectoren en contactgegevens public health-sectoren (CIb/VWS/GGD). Ontwikkeling van een richtlijn hoe preparednessplannen van verschillende sectoren te inventariseren en onderling af te stemmen. Incorporatie uitkomsten stakeholderanalyse en bijbehorend systeem in generiek draaiboek.
- Bij COVID-19 was er sprake van langdurige centrale regie, waarbij lokale/regionale infectieziekteprofessionals hun expertise op een andere manier moesten inzetten. Er zal geëvalueerd worden hoe de professionals dit hebben ervaren en hoe zij hun verantwoordelijkheid

voor de lokale vertaling van het landelijk bestrijdingsbeleid kunnen nemen.

- Ontwikkeling van een proces voor de beoordeling en voorraadbeheer van de nationale voorraad medicatie voor emerging infections en pandemieën.
- Communicatie over een aangepast draaiboek naar GGD professionals en andere betrokkenen (zoönotische) ketenpartners.
- Incorporeren draaiboek in opleiden, trainen en oefenactiviteiten in andere verbetertrajecten.

#### 2.1.4 *Risico's en randvoorwaarden*

- Beschikbare expertise: er zijn meerdere trajecten voor verbetering van (pandemische) paraatheid waarvoor inzet van de infectieziekteprofessionals, artsen en verpleegkundigen benodigd is.
- Draagvlak: er is bereidheid en motivatie van infectieziekteprofessionals om mee te werken aan evaluatie en verbetering van het Generiek Draaiboek.

#### 2.1.5 *Samenwerking andere partijen*

GGD-professionals, medewerkers vanuit CIB (LCI, Z&O en andere centra) en veterinaire partners in het kader van One Health (bijvoorbeeld NVWA). De stakeholderanalyse zal gezamenlijk met VWS en de GGD'en worden ontwikkeld.

## 2.2 **Bron- en Contactonderzoek**

Bron- en contactonderzoek (BCO) is een kerninterventie binnen de infectieziektebestrijding. Ook bij de bestrijding van COVID-19 is BCO wereldwijd ingezet met als doel om contacten van geïnfecteerde individuen te identificeren, deze contacten te informeren over de blootstelling en risico op besmetting, en hen te wijzen op maatregelen die genomen moeten worden om zo de verdere verspreiding van het SARS-CoV-2- virus te stoppen. Daarnaast is de informatie die tijdens het BCO werd opgehaald van cruciaal belang voor de vormgeving en evaluatie van het (nationale en regionale) bestrijdingsbeleid en surveillance.

### 2.2.1 *Achtergrond en onderbouwing*

Onderstaande bevindingen zijn naar voren gekomen in de groep betrokken bij het opstellen van de notitie "BCO van de Toekomst", signalen van het LOI en gesprekken met BCO betrokken medewerkers, zowel bij de GGD als bij het RIVM.

Vanwege hoge werkdruk waren GGD-medewerkers vaak niet meer in staat om BCO volledig uit te voeren en moesten ze selectiever hun tijd besteden aan (hoog-)risico casussen. Uitvoering van BCO-taken verschoof naar indexen en hun contactpersonen zelf. Later werd het inventariseren en informeren van contacten ook mogelijk via speciaal ontwikkelde digitale applicaties zoals de Coronamelder, GGD-Contact(app) en CoronaCare.

Het was moeilijk om zicht te krijgen op de kwaliteit van de uitvoering van het BCO, doordat GGD-medewerkers niet meer overal bij betrokken konden zijn. Daarnaast was er geen vaste set aan kwaliteitsindicatoren (doorlooptijden, % contacten bereikt, etc.) vastgesteld voorafgaand aan de pandemie en werden er tijdens de pandemie verschillende nieuwe softwaresystemen voor BCO geïntroduceerd, waardoor zicht houden op de kwaliteit van de uitvoering vaak veel handmatig werk benodigde en het niet altijd mogelijk was om de benodigde gegevens aan elkaar te koppelen.

#### *Snel ontwikkelende kennisbasis en veranderende maatschappelijke context*

Tijdens de pandemie waren er perioden van snel wisselende situaties, wat leidde tot nieuwe adviezen van het OMT (rekening houdend met richtlijnen van de WHO en het ECDC) en vervolgens tot frequente aanpassingen in communicatie over nieuwe LCI-richtlijnen en databehoeften voor surveillance.

Dit zorgde bij de LCI regelmatig voor hoge werkdruk: onder grote tijdsdruk moesten BCO-aanpassingen en herzieningen afgestemd worden met het IZB-veld. IZB-collega's hadden vaak (te) weinig tijd om te reageren vanwege snelle besluitvorming en voorgenomen ingangsdatums. De LCI registreerde veelvuldig BCO-casuïstiek met ervaringen en vragen uit de praktijk over LCI-richtlijnen in de CRiosdatabase, maar er was te weinig tijd om deze ervaringen en knelpunten uit de praktijk handmatig te analyseren en mee te nemen in richtlijnherzieningen.

De frequente aanpassingen waren ook voor de GGD'en moeilijk om bij te houden (implementatie) en leidde soms tot verwarring onder zowel professionals als burgers.

#### *2.2.2 Beoogde doelstellingen*

Bijdragen aan de ontwikkeling van een landelijk, met alle betrokken partijen afgesproken, uniform, makkelijk schaalbaar en door ICT ondersteund BCO-systeem, dat regionale uitvoering faciliteert en landelijk informeert.

#### *2.2.3 Geplande activiteiten*

Onderstaande activiteiten kunnen deels los van elkaar worden uitgevoerd en deels versterken/raken de activiteiten elkaar.

- Leren van de afgelopen pandemie: nationaal en internationaal terugkijken op uitvoering BCO. Hoe is het verlopen, waar zijn we tegenaan gelopen, wat hebben we ervan geleerd? Goede en slechte voorbeelden?
  - 1) Ophalen van lessons learnt op nationaal niveau middels kwalitatieve methoden.
  - 2) Verkenning nationale/internationale literatuur.
  - 3) *Text mining* op onder andere LCI-CRiosdatabase om BCO-casuïstiek en vragen over LCI-richtlijnen binnengekomen bij de LCI tijdens pandemie efficiënt en systematisch in kaart te brengen. Knelpunten gerelateerd aan de vertaalslag van de richtlijn naar de

- praktijk worden meegenomen in te verbeteren (proces)afspraken met betrekking tot BCO voor de toekomst.
- 4) Verkenning in hoeverre *text mining* in real-time gebruikt kan worden tijdens een epidemie/pandemie om systematisch zicht te houden op BCO-casusïstiek vanuit de praktijk ter onderbouwing van (wijzigingen in) richtlijnen.
- Inzicht genereren in kwaliteit en effectiviteit BCO: tot welk punt heeft het zin om alle onderdelen van het BCO uit te voeren? Wat doet afschaling in BCO(-faseringen) met de effectiviteit? Hoe kunnen we landelijk zicht krijgen op hoe effectief het (digitale) BCO is? Hoe kunnen we de proportionaliteit van BCO-maatregelen evalueren, rekening houdend met de effecten van BCO op verschillende doelgroepen zoals kinderen, studenten, verpleeghuisbewoners, etc.?
    - 1) Definiëren van SMART-vragen uit de GGD-praktijk over nut en effectiviteit BCO.
    - 2) Opstellen van een vaste lijst van BCO-indicatoren (zoals tijdigheid en aantal contacten bereikt) om kwaliteit, effectiviteit en proportionaliteit van BCO(-maatregelen) te kunnen evalueren.
    - 3) Verkennen en ophalen van beschikbare empirische data over uitvoering BCO (zoals OSIRIS, OMV-tool, ZonMw CONTROL studie en CoronaCare GGD Utrecht).
    - 4) Theoretische analyse middels wiskundige modellering voor het bepalen van nut en effectiviteit van BCO voor verschillende infectieziekten met andere incubatietijden, infectiviteit, enzovoort, en ten opzichte van andere nationale maatregelen.
    - 5) Ontwikkeling en implementatie van een schaalbare systematiek om kwaliteit en effectiviteit van (digitaal) BCO in de praktijk real-time te kunnen monitoren en te evalueren.
    - 6) Jaarlijkse evaluatie en verbetering van real-time monitoringssystematiek groep-A-ziekten: meten we nog wat er gemeten moet worden? Datakwaliteit afdoende? Past de systematiek nog bij het nieuw ontwikkelde IV-landschap? Etc.
  - Optimaliseren van digitaal contactonderzoek met burgers: hoe kunnen burgers zo optimaal mogelijk (digitaal) betrokken worden bij BCO tijdens kleine én grote uitbraken? Wat waren nationaal en internationaal goede voorbeelden?
    - 1) Doorontwikkeling van proof-of-concept BCO-vragenlijstapplicatie middels RDS-software (in beheer door LCI) voor en met burgers en GGD'en ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek
    - 2) Ontwikkeling GGD-vragenlijst voor experiment
    - 3) Praktijkexperiment in samenwerking met GGD'en met proof-of-conceptapplicatie tijdens kleinschalige uitbraak van mens-op-mens overdraagbare infectieziekten.
  - Ontwikkeling van een visie voor toekomstig BCO ten tijde van een pandemie: wat leren we uit de ervaringen? Hoe zorgen we samen voor uniform schaalbaar BCO? Hoe kunnen ervaringen en knelpunten van GGD-professionals en andere betrokken partijen systematisch

meegenomen worden in de advisering over BCO en de richtlijnontwikkeling? Hoe kunnen we het beste maatwerk leveren voor risicogroepen zoals immuungecompromitteerde patiënten en zorgmedewerkers?

- 1) Visieontwikkeling op basis van ervaringen, best practices en innovaties op uitvoering van BCO tijdens pandemieën.
  - 2) Visieontwikkeling op richtlijnontwikkeling voor BCO tijdens pandemieën, waarin recente wetenschappelijke literatuur, ervaringen van GGD-professionals en harde cijfers over effectiviteit van BCO worden geïntegreerd, en met aandacht voor risicogroepen zoals immunogecompromitteerden en zorgmedewerkers.
  - 3) Consensusmeetings over ontwikkelde visie met betrokken partijen aan de hand van Delphimethodiek, specifiek over ontwikkeling, implementatie en communicatie over richtlijnen én uitvoering van BCO (dagelijks en opgeschaald).
- Ontwikkelen en vastleggen van (proces)afspraken en creëren van draagvlak onder alle betrokken partijen over efficiënte ontwikkeling en aanpassing en implementatie van BCO-richtlijnen: hoe faciliteren we efficiënte besluitvorming? Hoe communiceren we efficiënt met betrokken partijen over richtlijnen en wijzigingen?
- 1) Vertaalslag van visie naar verbeterde procesafspraken met betrokken partijen.
  - 2) Verankering van procesafspraken in LCI Generiek Draaiboek.
  - 3) Jaarlijkse table-top/*functional exercise* rondom uitvoering van BCO, samen met betrokken partijen, om procesafspraken te toetsen op uitvoerbaarheid en (nieuwe) interne en externe IZB-collega's te laten oefenen met de uitvoering van BCO tijdens een epidemie/pandemie.

#### 2.2.4 *Risico's*

- Er ontstaat een nieuwe epidemie/pandemie waardoor interne en externe collega's weinig tijd hebben om mee te denken over deze nieuwe plannen/ strategie.
- De tijdspaden van LFI, GGD en LCI lopen niet synchroon. We zijn afhankelijk van elkaar voor het leveren van input en feedback.
- Een andere verdeling/herverdeling van het beschikbare budget. Dit kan resulteren in onvolledige of vertraagde uitvoering van de BCO-plannen.

#### 2.2.5 *Samenwerking andere partijen*

Cib (LCI, EPI), GGD'en, GGD GHOR, LFI, LOI, LOVI, VU Amsterdam. Specifieke afstemming met de LFI is nodig bij de uitwerking van een schaalbaar BCO en het verkennen van innovatieve methoden.

### 2.3 **Points of entry**

Nederland heeft een sterke positie in het internationale transportnetwerk, met uitgebreide handelsverbindingen en reizigersverkeer. Points of entry (PoE) zijn daarmee voor Nederland een belangrijke factor in de

pandemische paraatheid. Tijdens de COVID-19-pandemie bleek het opzetten en uitvoeren van preventie- en bestrijdingsmaatregelen op points of entry een uitdaging. Door beperkingen in expertise en capaciteit bij lokale GGD'en en stakeholders op de points of entry verliep adequate opschaling moeizaam.

### 2.3.1 *Achtergrond en onderbouwing*

In 2021 en 2022 hebben de volgende reviews/evaluaties plaatsgevonden:

- Intra-actionreviews (IARs) uitgevoerd met GGD'en met een (lucht)haven in de regio, de veiligheidsregio's, de haven- en luchthavenautoriteiten, het ministerie van VWS en het ministerie van I&W.
- Brainstormsessies met *root cause* analyse binnen het team PoE van de LCI naar de knelpunten in de coördinatie van de COVID-19-pandemie op de points of entry.
- Een landelijke stakeholdersbijeenkomst voor zowel havens als luchthavens ter inventarisatie van ervaren knelpunten en gewenste verbeteringen met betrekking tot de points of entry.

Ten tijde van COVID-19 bleken ook maatregelen van toepassing bij grensovergangen met België en Duitsland (*ground crossings*). Het LCI draaiboek IHR heeft dit in het verleden niet geadresseerd, ervan uitgaande dat maatregelen tussen Schengenlanden niet aan de orde zouden zijn.

Resultaten uit bovenstaande evaluaties vormen de basis voor de voorgestelde activiteiten.

### 2.3.2 *Beoogde doelstellingen*

Bij Intra-action reviews in 2021 en reflectiebijeenkomsten eind 2022, zijn met alle betrokkenen belangrijke verbeterpunten geformuleerd om pandemische paraatheid op points of entry te versterken en te bestendigen. Hierbij zijn de volgende doelstellingen geformuleerd:

- Het bestendigen en formaliseren van het points of entry expertisenetwerk en de positionering van dit netwerk in het besluitvormingsproces. Dit zorgt voor het samenbrengen van kennis en expertise, snelle onderlinge afstemming en opschaling, advisering landelijk beleid en integrale beleidsontwikkeling ten behoeve van preparedness en bestrijding op PoE.
- Het verwerven van een *evidence based*, uitvoerbaar maatregelenpakket binnen points of entry.
- Het ontwikkelen van plannen voor opschaling binnen points of entry.
- Het ontwikkelen en uitvoeren van een integraal opleidings- trainings- en oefenplan (OTO) ten behoeve van points of entry.
- Het inventariseren van maatregelen bij grensovergangen ten tijde van COVID-19 en het formuleren van lessons learnt.

### 2.3.3 *Geplande activiteiten*

- Bestendigen en formaliseren van het points of entry-expertisenetwerk en positionering daarvan in het besluitvormingsproces.

1. Inventarisatie van PoE-relevante partijen die plaats moeten hebben in het PoE-expertisenetwerk.
  2. Opzetten en formaliseren van een PoE-expertisenetwerk haven en een PoE-expertisenetwerk luchthaven. Binnen dit netwerk doelstellingen, werkwijze en ontwikkelplan vaststellen.
  3. Positioneren van dit netwerk in het besluitvormingsproces.
  4. Aansluiten bij internationale ontwikkelingen en netwerken.
- Het inventariseren van lessons learnt en best practices bij maatregelen binnen points of entry, de beoordelingsstructuur en de effectiviteit van genomen maatregelen.
    1. Literatuuronderzoek naar *evidence based* maatregelen met betrekking tot points of entry en reizigersverkeer.
    2. Onderzoek naar de uitvoerbaarheid en proportionaliteit van maatregelen op points of entry en binnen het reizigersverkeer, op basis van opgedane ervaring en best practices.
    3. Adresseren van onderzoeksvragen bij (inter)nationale onderzoeksinstituten.
    4. Zelf uitvoeren van onderzoek op dit thema.
    5. Het ontwikkelen van een afwegingskader dat bruikbaar is bij de besluitvorming met betrekking tot preventie- en bestrijdingsmaatregelen op points of entry en binnen het internationale reizigersverkeer.
  - Integrale planvorming voor preparedness binnen points of entry, conform de door de WetPG benodigde capaciteiten en verantwoordelijkheden.
    1. Verwerven van (nieuwe) wetenschappelijke en toepassingsgerichte kennis.
    2. Uitvoering van een gedegen evaluatie op de A-luchthaven Schiphol.
    3. Herziening van het LCI-draaiboek IHR, met directe betrokkenheid van GGD'en en autoriteiten bij points of entry, gevolgd door periodieke evaluatie en herziening op basis van een PDCA cyclus.
    4. Vaststellen van governancestructuren in zowel de reguliere (koude) fase, als de pandemische (warme) fase.
    5. Aansluiten op internationale ontwikkelingen, context en aanpalende producten en processen.
  - Ontwikkelen en uitvoeren van een integraal opleidings-, trainings- en oefenplan (OTO) ten behoeve van points of entry.
    1. Inventarisatie op welke vlakken training- en oefenbehoeften liggen.
    2. Ontwikkelen van een OTO-plan, op basis van scenario's.
    3. Afstemming over taakverdeling met de LFI op het punt van medisch-operationele opschalingsprocessen en ontwikkeling van scenario's, oefen- en trainingsprogramma's.
    4. Naast regionale PoE-oefeningen, ook regio-overstijgende en (inter)nationale training- en oefeningen met pandemisch scenario.
    5. Inventarisatie van reeds ontwikkeld training- en oefenmateriaal uit internationale samenwerkingsverbanden zoals Joint Action Healthy Gateways en CAPSCA.



6. Zelf ontwikkelen van aanvullende trainingsbehoeften.
7. Toetsen van pandemische paraatheid op PoE op basis van IHR *core capacities*, internationale assessments, uitkomsten van oefeningen en aansluiting bij onderdeel III van deze offerte over monitoring van (pandemische) paraatheid.

- Inventariseren maatregelen en lessons learnt bij COVID-19-gerelateerde maatregelen bij grensovergangen, samen met betrokken GGD'en van de grensregio's.

#### 2.3.4 *Risico's en randvoorwaarden*

- Goede afstemming en taakverdeling met LFI en VWS-PP noodzakelijk.
- Medewerking, inzet en capaciteit vereist van GGD'en en PoE-stakeholders.
- Formele aansluiting van PoE-expertisenetwerken op het besluitvormingsproces, om daadwerkelijk invloed uit te kunnen oefenen.
- Het aantrekken van voldoende extra (gekwalificeerd) personeel in de huidige arbeidsmarkt (o.a. beleidsmedewerkers, onderzoekers en externe deskundigen).

#### 2.3.5 *Samenwerking andere partijen*

Om tot een gedragen uitwerking van het plan te komen zal afstemming plaatsvinden met de volgende partijen:

- Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding: de LFI is belast met de voorbereiding voor opschaling van medisch-operationele processen, ontwikkeling van scenario's en oefen- en trainingsprogramma's. Juist deze opschalingsprocessen spelen op points of entry een belangrijke rol. Afstemming over taakverdeling is van belang.
- Directie Pandemische Paraatheid van VWS: ook deze afdeling houdt zich bezig met pandemische paraatheid. Afstemming over taakverdeling is van belang.
- Ministerie van Infrastructuur, Leefomgeving en Transport (min ILT).
- GGD'en met een point of entry (categorie A- of B-(lucht)haven).
- GGD GHOR: een belangrijke speler op het vlak van publieke gezondheid en veiligheid.
- Relevante stakeholders op de points of entry, zoals onder andere haven en luchthaven autoriteiten.

## 2.4 **Versterking regionale en landelijke risicocommunicatie**

Communicatie zorgt bij een uitbraak voor het informeren en het bieden van handelingsperspectief voor zowel de burger als professional. Het zorgt voor begrip en draagvlak van benodigde maatregelen. Dit resulteert in goed geïnformeerde keuzes en heeft als gevolg dat verspreiding van het pathogeen geminimaliseerd wordt en een uitbraak beter te beheersen is.

#### 2.4.1 *Achtergrond en onderbouwing*

Uit bestaande evaluaties, onderzoeken en gesprekken met stakeholders komende de volgende bevindingen naar voren:

- De ervaringen van communicatiemedewerkers van het RIVM betrokken bij covid-19 en de genoemde behoeften uit de eerste verkennende gesprekken met andere partijen, duiden op de noodzaak voor de versterking van het communicatienetwerk voor betere samenwerking en afstemming. In de verkenning is onder andere gesproken met 5 GGD Regio's, GGD GHOR NL en VWS.
- In beide OVV-rapporten wordt een sterke nadruk gelegd op de noodzaak voor betere communicatie over onzekerheden. Kennis over goede communicatie over onzekerheden omtrent infectieziekten en maatregelen is een belangrijke *knowledge gap* in de wetenschappelijke literatuur.
- Om te leren wat werkt en wat niet werkt, is het van groot belang om op maat gemaakte interventies en communicatie te testen, monitoren en evalueren. Tijdens een crisis is er vaak onvoldoende tijd om dit goed op te zetten. Voor toekomstige pandemieën is het van belang om procedures te ontwikkelen en te integreren voor het ontwikkelen, testen, monitoren en evalueren van landelijke en regionale communicatie en interventies.
- In de OVV-rapporten werd benadrukt dat de communicatie tijdens COVID-19 niet altijd goed aansloot bij de beleving en behoeften die in de maatschappij leefden. In de wetenschappelijke literatuur wordt ook sterk benadrukt dat risico- en crisiscommunicatie alleen doeltreffend kan zijn wanneer deze goed aansluit bij de behoeften en beleving van mensen.
- Om een goed beeld te krijgen van behoeften en beleving in alle lagen van de maatschappij is het van belang om gebruik te maken van verschillende bronnen. Een landelijke vragenlijstmonitor, zoals gedaan door de gedragsunit tijdens COVID-19, kan een goed algemeen beeld geven van de landelijke sociale dynamiek, maar geeft onvoldoende zicht op regionale problemen en behoeftes, zeker als het gaat om specifieke doelgroepen, zoals mensen met beperkte taalvaardigheid, lage SES en/of migratie achtergrond. Regionale/lokale verdiepende onderzoeken (zoals kwalitatieve peilingen) bieden mogelijk uitkomst om meer verdiepende en regionale inzichten te vergaren. Deze onderzoeken kunnen op verschillende manieren worden vormgegeven, bijvoorbeeld door het samenstellen van wijk/regio-commissies van sleutelfiguren, waarvan de leden regelmatig bijeen komen met een onderzoeker om signalen uit de wijk/regio te bespreken. Daarnaast is het van groot belang om goed zicht te houden op andere informatiestromen waar mensen aan worden blootgesteld en die grote impact kunnen hebben op beleving, behoeften en gedrag. Goed zicht op berichtgeving in traditionele media en social media is hierbij onmisbaar.

#### 2.4.2 *Beoogde doelstellingen*

- **Netwerk verstevigen:** een warme netwerkstructuur met een duidelijke verdeling van taken en rollen en een soepele samenwerking tussen alle partijen die betrokken zijn bij risico/crisiscommunicatie (regionaal en nationaal) voor, tijdens en na een epidemie. Dit netwerk bestaat (in ieder geval) uit communicatiemedewerkers van regionale GGD' en, GGD GHOR, LFI, RIVM, VWS en NKC. Met warme netwerkstructuur wordt bedoeld: elkaar kunnen vinden wanneer nodig, bekend zijn met

elkaars rollen en taken, een goed functionerende en heldere samenwerkingsstructuur en goede onderlinge relaties gebaseerd op vertrouwen.

- Lessen leren en kennis uitbreiden/verdiepen over het communiceren van onzekerheden: het is belangrijk lessen te leren en meer kennis te genereren over de manier waarop je bij uitbraken van infectieziekten goed communiceert over onzekerheden omtrent risico's en adviezen/maatregelen, zeker bij complexe en langdurige crises zoals COVID-19. Aanvullend sociaalwetenschappelijk onderzoek is nodig om aanknopingspunten te bieden voor het verbeteren van toekomstige communicatie van onzekerheden over infectieziekten en maatregelen voor het voorkomen/beperken van verspreiding.
- Optimale ondersteuning van GGD'en: aansluiten bij de beoogde versterking van de bovenregionale samenwerking tussen GGD'en, voor ondersteuning bij een *evidence based* communicatie in de regio voor, tijdens en na een epidemie op basis van de behoefte van GGD'en.
- Verbeteren/uitbreiden van belevings- en omgevingsanalyse: zicht hebben en houden op relevante behoeften, beleving en gedrag in de samenleving voor, tijdens en na een epidemie.
- Een belevings- en omgevingsanalyse die is opgebouwd uit verschillende bronnen: een nationale vragenlijstmonitor, regionale verdiepende onderzoeken en een goede omgevingsanalyse van berichtgeving en sentimenten in de media (traditioneel, social en online).

### 2.4.3 Geplande activiteiten

- Doel 1: netwerk
  1. Verkennende gesprekken met communicatieadviseurs van verschillende organisaties om gezamenlijk te evalueren over de ervaren samenwerking en taken-/rollenverdeling tijdens covid en om zicht te krijgen op de behoeftes wat betreft taken-/rollenverdeling en samenwerking in de toekomst.
  2. Aansluiten bij de ontwikkelingen met betrekking tot de hervorming van de structuur van de Nederlandse infectieziektebestrijding (denk aan de oprichting van de LFI en versterking bovenregionale samenwerking GGD'en). Bij veranderingen in deze structuur moeten de verschillende betrokken organisaties ook samen een gedeelde visie vormen en afspraken maken over de toekomstige rolverdeling met betrekking tot de communicatie over infectieziektebestrijding (in koude en warme fase).
  3. Voor een warme netwerkstructuur met korte lijntjes is het van belang om geregeld met elkaar in contact te zijn, vertrouwen op te bouwen en te oefenen voor toekomstige epidemieën. De vorm en het behoud van dat warme netwerk is afhankelijk van voorgaande stappen. Belangrijke activiteiten die belangrijk zijn voor een warme netwerkstructuur zijn een gezamenlijke voorbereiding (van onder andere kaders/richtlijnen) op een toekomstige epidemie en gezamenlijk oefenen. Samenwerking tussen communicatieadviseurs en inhoudsdeskundigen (onder andere de artsen en verpleegkundigen infectieziektebestrijding) bij verschillende betrokken organisaties is daarbij heel belangrijk.

- Doel 2: lessons learnt en kennis omtrent communicatie van onzekerheden
  1. Middels onderzoek kijken we terug op de communicatie tijdens de COVID-19-pandemie en genereren we nieuwe kennis over dit complexe vraagstuk. De onderzoeksactiviteiten zullen in nauwe samenwerking met communicatie tussen RIVM en GU worden vormgegeven om resultaten te genereren die goed te vertalen zijn naar de directe communicatiepraktijk. De geleerde lessen kunnen worden meegenomen in toekomstige kaders/richtlijnen voor communicatie tijdens toekomstige infectieziektecrises.
  
- Doel 3: optimale ondersteuning van en uitwisseling met GGD'en
  1. Verkennen van behoeften bij GGD'en wat betreft ondersteuning vanuit het RIVM en uitwisseling van kennis en ervaring met het RIVM voor het maken, implementeren, monitoren en evalueren van communicatie tijdens crises.
  2. Het opstellen van kaders en een leidraad voor communicatie in de verschillende fasen van een infectieziektecrisis en het maken, testen en evalueren van basiscommunicatiematerialen in samenwerking met andere betrokken organisaties.
  3. Aansluiten bij de beoogde versterking van de bovenregionale samenwerking GGD'en, voor optimalisatie van de ondersteuning van communicatie door GGD'en (afhankelijk van de behoefte).
  4. Bovenstaande punten en de rolverdeling in het uitvoeren van deze punten zijn afhankelijk van de veranderingen in de structuur van de Nederlandse infectieziektebestrijding. Het vraagt om een gezamenlijke inspanning van de betrokken organisaties. Aansluiting bij de bestaande initiatieven en ontwikkelingen (zoals de oprichting LFI en de inrichting van de communicatiefunctie) is nodig.
  
- Doel 4: verbeterde belevings- en omgevingsmonitor
  1. Evalueren: wat ging er goed en kon er beter met betrekking tot zicht op relevante behoeften, beleving en gedrag in de samenleving (belevings- en omgevingsanalyse) tijdens de COVID-19-pandemie. In gesprek gaan met relevante actoren met een rol in de communicatie en beleidsadvisering van verschillende organisaties.
  2. In samenwerking met gedragsexperts verkennen van mogelijkheden en benodigdheden. Vervolgens het implementeren van een goede infrastructuur voor het zicht houden op relevante behoeften, beleving en gedrag in de samenleving in aanloop naar, tijdens en na een epidemie. Hierbij wordt gekeken of we kunnen aansluiten bij/ integratie vinden met lopende initiatieven zoals het SocioVax onderzoeksprogramma en de pandemischeparaatheidactiviteiten van de RIVM gedragsunit. Belangrijk is dat data over beleving/behoeften/gedrag uit verschillende bronnen/methodieken wordt samengebracht, dat op basis van die verschillende bronnen duiding wordt gegeven en dat een vertaalslag wordt gemaakt voor communicatie en beleidsdoelinden.

#### 2.4.4 *Risico's en randvoorwaarden*

- Beschikbaarheid voldoende financiële middelen en tijd van betrokkenen
- Goede afstemming LCI-LFI-GGD'en en GGD GHOR

#### 2.4.5 *Samenwerking andere partijen*

- Communicatie medewerkers GGDen, GGD GHOR, RIVM, LFI, VWS, NKC
- Inhoudelijk experts infectieziektebestrijding bovenstaande organisaties
- Communicatie, belevings- en gedragsexperts (binnen RIVM en extern)
- communicatie experts/medewerkers andere landen betrokken bij communicatie covid-19
- Algemeen publiek

### 2.5 **CIb-Responsplan**

Het CIb-responsplan omvat de opschalingsstructuur, inclusief rollen, taken en verantwoordelijkheden van de verschillende centra, GGD'en en andere public health sectoren.

#### 2.5.1 *Achtergrond en onderbouwing*

Wanneer sprake is van een nieuwe uitbraak, moet in korte tijd een medisch inhoudelijke risico-inschatting worden gemaakt. Een systematisch gestructureerde signaalverificatie en *risk*-assessment ontbreekt op zowel regionaal als landelijk niveau. Daarnaast is voor de signaalverificatie en hierop volgend uitbraakonderzoek bij de LCI op korte termijn extra capaciteit nodig met expertise op het gebied van infectieziektebestrijding.

Tijdens de COVID pandemie bleek dat dit een lastige opgave was. Veel taken en verantwoordelijkheden kwamen voor langere tijd bij een relatief kleine groep professionals terecht, waardoor het geheel kwetsbaar was. Bij alle GGD-en waren extra IZB-professionals nodig, waarbij de RAC structuur slechts voor enkele maanden landelijke opschaling was ingericht. Om minder afhankelijk te zijn van improvisatie zal een personeelopschalingsplan worden ontwikkeld.

Ten slotte is naast generieke preparatie ook specifieke preparatie nodig voor de meest waarschijnlijke scenario's met de grootste impact. Een actualisatie van deze scenario's middels de *risk ranking*-methodologie (ECDC) en EMZOO (ism Z&O) vormt hierbij de basis.

#### *Operationeel onderzoek (research readiness)*

Tijdens de COVID-19-pandemie ontbrak het aan een totaaloverzicht van internationale en nationale geplande/actieve wetenschappelijke onderzoeken en de planning van wanneer (voorlopige) resultaten beschikbaar zouden worden om de verschillende adviesorganen te kunnen informeren over de laatste stand van zaken.

Operationeel onderzoek is een veld dat zich richt op de planning en snelle implementatie van passend en gericht onderzoek tijdens infectieziektenuitbraken of noodsituaties. Operationeel onderzoek

ondersteunt het snel genereren en verzamelen van wetenschappelijke inzichten met als doel te informeren over tijdige bestrijding, ter ondersteuning van passende strategische, tactische en operationele besluitvorming.

Operationeel onderzoek is door alle EU lidstaten in evaluaties geïdentificeerd als prioriteit voor het versterken van pandemische paraatheid (ref ECDC). Tijdens de COVID-19-pandemie kwamen onderzoeksprogramma's traag tot stand en waren er uitdagingen met het vaststellen en implementeren van onderzoeksagenda's. Dit werd recent opnieuw duidelijk tijdens de MPX-uitbraak.

Als onderdeel van het herziene mandaat, heeft het ECDC de opdracht gekregen om de EU Health Task Force (EUHTF) op te richten. Het doel van het EUHTF is om operationele respons op uitbraken en crisisparaatheid te bieden aan de lidstaten van de EU/EER en om een bredere mondiale gezondheidsbeveiliging te ondersteunen. De EUHTF zal ondersteuning op afstand en/of snelle inzet in het veld bieden, onder meer voor operationeel onderzoek tijdens de vroege fasen van een ziekte-uitbraak. Het EUHTF zal met name operationeel onderzoek tijdens *emerging events* ondersteunen, met de nadruk op het snel verkrijgen van belangrijke informatie voor risicobeoordeling en infectieziektebestrijding, zoals:

- Overdraagbaarheid, infectieroute, ernst, risicofactoren en klinisch spectrum van de ziekte.
- Strategieën voor detectie (snelle beoordeling van surveillance- en laboratoriumcapaciteiten, gevoeligheid en specificiteit van nieuwe diagnostiek).
- Effectiviteit van volksgezondheidsmaatregelen (impact, haalbaarheid en acceptatie).

### 2.5.2 *Beoogde doelstellingen*

- Nieuwe signalen worden getoetst door middel van een systematische gestructureerde signaalverificatie en *risk-assessment*.
- Bij een nieuwe uitbraak komt bij de LCI op korte termijn extra capaciteit beschikbaar met expertise op het gebied van infectieziektebestrijding.
- Bij een nieuwe uitbraak is er goed zicht op welke onderzoeken zijn geïnitieerd door de verschillende onderzoekscentra en hoe dit kan worden gebruikt voor risico assessment door het OMT en/of het beoordelen van bestrijdingsmaatregelen.
- Er is inzicht in de meest waarschijnlijke scenario's met grootste impact waarvoor specifieke preparatie nodig is.
- Het CIB-responsplan is geactualiseerd, inclusief afspraken met de LFI en de inbedding van de nieuwe LFI- structuur.

### 2.5.3 *Geplande activiteiten*

- Er zal een gestandaardiseerde systematiek voor signaalverificatie en *risk-assessment* worden ontwikkeld met beeldvorming, oordeelsvorming en besluit. Een belangrijk punt van aandacht bij het ontwikkelen van de nieuwe systematiek zal zijn op welke manier de *risk ranking*-matrix in de praktijk het best bruikbaar is.

- a. Ontwikkelen (of aanpassen bestaande) systematiek voor Nederlandse situatie, omgevingsfactoren toevoegen, ontwikkelen in gezamenlijkheid met stakeholders.
  - b. Pilot met nieuwe systematiek gevolgd door implementatie op lokaal, regionaal en landelijk niveau.
  - c. Training in en oefenen met systematiek op alle niveaus.
- Bij het ontwikkelen van de systematiek zal worden aangesloten bij de beoordeling van zoönotische signalen (plan van aanpak ZOOVer) en zal de bestaande internationale systematiek worden meegenomen:
    1. [WHO rapid risk assessment](#):  $risk = likelihood \times impact$
    2. Het ECDC heeft een [verdere uitwerking in 5 stappen](#), met onder andere waarschijnlijkheid en impact.
  - De *risk ranking* zoals uitgevoerd in 2017 wordt geactualiseerd. Qua methode zal aangesloten worden op de ECDC-methodologie, waarbij aandacht is voor het aansluiten van verschillende (externe) experts en stakeholders.
  - Om aan te sluiten bij de Europese initiatieven rondom operationeel onderzoek is het ook binnen het Centrum Infectieziektebestrijding van belang om voor bepaalde thema's de onderzoeksprotocollen en interne afspraken vast te leggen en bijbehorende privacy (Quickscans, DPIA's, EZK-tool), ethische (METC) en data (Data Management Plannen) aspecten van tevoren in te richten voor epidemieën/pandemieën. Daarbij is het van belang dat het CIb ten tijde van een emerging infection zicht heeft welke onderzoeken zijn geïnitieerd door andere onderzoekscentra zoals universitair medische centra en GGD'en. Resultaten kunnen relevant zijn voor risico-assessment door het OMT, en/of het beoordelen van bestrijdingsmaatregelen. Een aanpak voor operationeel onderzoek en het monitoren van onderzoeksinitiatieven ten tijde van een emerging infection zal verder worden uitgewerkt.
  - Er zal een opschalingssysteem worden ontwikkeld dat voldoende robuust en flexibel is om ook in pandemische situaties personele capaciteit en kennis te borgen. Hierbij zal onder andere worden onderzocht hoe de huidige basiscapaciteit kan worden versterkt, of functiedifferentiatie hierbij een rol kan spelen en of een flexibele schil/personele reserve kan worden ingericht.
  - Het CIb-responsplan zal worden geactualiseerd op basis van de hiervoor beschreven activiteiten.

#### 2.5.4 *Risico's en randvoorwaarden*

- Beschikbaarheid voldoende financiële middelen en tijd van betrokkenen.

#### 2.5.5 *Samenwerking andere partijen*

CIb, LFI, GGD'en, onderzoeksinstituten, ZonMw, GGD-GHOR (VIP plan).

### 3. Doel III: Monitoring van onder WHO IHR vereiste capaciteiten

#### 3.1 Monitoring pandemische paraatheid

De COVID-19-pandemie heeft getoond dat de infectieziektebestrijdingsstructuur en -slagkracht niet voorbereid en ingericht waren op een dergelijke grootschalige en langdurige crisis. Aan de hand van de beleidsagenda pandemische paraatheid vinden er nu verschillende ontwikkelingen binnen het CIB plaats om Nederland beter voor te bereiden op een volgende pandemie. Deze verbeterplannen zijn echter nog beperkt op elkaar afgestemd, noch is er een relatie met de (self)assessment-systematiek van de WHO (State Party Assessment Form en Joint External Evaluation) of de EU (artikel 7 EU verordening 2022/2371), waaraan Nederland zich heeft gecommitteerd. Daaraan verbonden is er nog geen methode om te monitoren hoe Nederland voortgang maakt in dit proces. Ook de relatie met verbeterplannen op ministerieel niveau of andere organisaties betrokken bij (pandemische) paraatheid ontbreekt nog.

Er zijn verschillende internationale (zelf)evaluatie- en monitoringstools beschikbaar om te beoordelen of landen in staat zijn tot het voorkómen van, opsporen, beoordelen, melden, rapporteren en reageren op risico's voor de volksgezondheid (nationaal of internationaal). Het ontbreekt echter aan inzicht in hoeverre deze tools een middel kunnen zijn om verbeteringen in (pandemische) paraatheid te monitoren en hoe deze monitoring verbeterd kan worden.

##### 3.1.1 Achtergrond en onderbouwing

Een versterkte pandemische paraatheid vraagt om continue aandacht en structureel 'werken' aan het onderwerp. Er zijn veel trajecten in gang gezet om (pandemische) paraatheid te verbeteren. De voortgang van alle verbeteringen zal daarom moeten worden gemonitord, om te bezien of Nederland werkelijk vorderingen maakt op het gebied van pandemische paraatheid.

Lidstaten van de WHO brengen jaarlijks verslag uit over de vorderingen die zij maken in de uitvoering van de IHR. Het IHR-monitoring- en evaluatiekader bestaat uit 4 componenten: de verplichte State Party self-assessment Annual Reporting (SPAR), de vrijwillige Joint External Evaluation (JEE), *simulation exercises* en *after action reviews*. De SPAR wordt jaarlijks door Nederland aangeleverd, op basis van een *selfassessment* door het RIVM, VWS, GGD'en en andere stakeholders als de NVWA. Vóór de COVID-19 pandemie lag de wens van het ministerie van VWS om een JEE uit te voeren om internationaal te toetsen of de IHR goed is geïmplementeerd. Deze heeft echter nog niet plaatsgevonden. Evaluatie van bevindingen van deze assessments kunnen volgens het *IHR Monitoring and Evaluation Framework* van de WHO dienen als een basis voor landen om nationale actieplannen te ontwikkelen en uit te voeren. Het is daarom van belang dat de uitkomsten van de zelfevaluaties van de IHR-capaciteiten in lijn worden gebracht met de plannen van aanpak op basis van de beleidsagenda pandemische paraatheid.



Ook de Europese Commissie ziet de noodzaak tot monitoring van paraatheid op ernstige grensoverschrijdende bedreigingen van de gezondheid, zoals een pandemie. Onderdeel van de nieuwe verordening (EU) 2022/2371 van het Europees parlement en de Europese raad is een uitgebreidere rapportage met betrekking tot preparedness dan tot op heden op basis van het voorgaande besluit 1082/2013/EU werd gedaan. DG Sante werkt daarom in samenwerking met de TWG Preparedness aan een nieuwe uitgebreidere rapportage template om te toetsen hoe ver landen zijn in preventie, paraatheid en responsplanning voor ernstige grensoverschrijdende bedreigen voor de gezondheid, conform artikel 7 van deze regulering. Om te zorgen dat er geen duplicaties zullen zijn met de rapportage aan de WHO, worden de capaciteiten in lijn gebracht met de IHR capaciteiten en zullen er enkele capaciteiten (zoals antibioticaresistentie) worden toegevoegd. De assessmentmethodologie zal in juni/juli van 2023 worden aangeboden ter acceptatie voor de commissie *on serious cross-border threats to health* en aan het einde van 2023 worden alle lidstaten en EEA landen geacht de assessment in te dienen. Duidelijk is in ieder geval dat lidstaten meer informatie dienen te verstrekken over de mate van en manier van (pandemische) paraatheid, inclusief het aansluiten bij Europese structuren zoals HERA en de Health Security Committee.

### 3.1.2 *Beoogde doelstellingen*

- Er is een gemeenschappelijke agenda voor verbeterde (pandemische) paraatheid met RIVM, GGD, VWS en andere betrokken ministeries en ketenpartners (zoals NVWA), met als doel een optimale (pandemische) paraatheid conform de eisen van de WHO IHR en de additionele door de Europese commissie geformuleerde benodigde capaciteiten.
- Er vindt periodieke en systematische monitoring plaats van de verbeterplannen met betrekking tot *all hazard* (pandemische) paraatheid van Nederland, die aansluit op de bestaande internationale evaluatie en monitoringstools (zoals de SPAR van de WHO).
- Deze monitoringssystematiek is opgenomen in de aanpak van de pandemische paraatheid.

### 3.1.3 *Geplande activiteiten*

Vanuit de beleidsagenda pandemische paraatheid lopen er verschillende projecten om de paraatheid van Nederland ten aanzien van ernstige volksgezondheidsbedreigingen te optimaliseren. Deze beleidsagenda is echter (nog) niet afgestemd op de uitkomsten van de bestaande internationale monitor- en evaluatiekaders zoals hierboven beschreven. Om tot één gezamenlijke (pandemische) paraatheid agenda te komen moeten deze trajecten worden gestroomlijnd, zodat verbeterpunten voortkomend uit de rapportages van de internationale monitor- en evaluatiekaders worden ondervangen in de projecten uit de beleidsagenda pandemische paraatheid.

Daarnaast zal in kaart worden gebracht of bestaande internationale evaluatie- en monitoringstools voldoende zijn toegepast op de Nederlandse situatie, om de gewenste indicatoren over pandemische paraatheid periodiek en systematisch te monitoren.

Deelresultaat 1: gemeenschappelijke agenda voor pandemische paraatheid voor Nederland in de publieke gezondheid

- Consultatiebijeenkomst met bij SPAR betrokken partners (RIVM, VWS, NVWA) waarbij verbeterplannen met betrekking tot pandemische paraatheid worden uitgewisseld en gerelateerd aan de SPAR en/of andere parameters voor optimale (pandemische) paraatheid.
- Het opstellen van een gezamenlijke agenda voor verbeterde (pandemische) paraatheid, inclusief afspraken met betrekking tot opvolging en monitoring.
- Het integreren van de SPAR, de rapportage template van DG Santé (artikel 7 EU regulering 2022/2371) en de plannen van aanpak voortkomend uit de beleidsagenda pandemische paraatheid, waardoor er een gezamenlijke agenda tot stand komt met indicatoren en doelen ten aanzien van pandemische paraatheid.
- Uitwisseling van deze agenda met bestuurlijke en andere ketenpartners zoals curatie en onderzoeksinstellingen.
- Het beoordelen invullen van de selfassessment artikel 7 van de EU regulering 2022/2371.

Deelresultaat 2: monitoring van voortgang van gemeenschappelijke agenda pandemische paraatheid

- Reguliere (bijvoorbeeld driemaandelijke) bijeenkomsten met de coördinatoren betrokken bij verbeterplannen pandemische paraatheid offertes (RIVM, VWS) om de voortgang van plannen van aanpak monitoren.

Deelresultaat 3: lessons learnt en inzicht in monitoring pandemische paraatheid, dan wel *all hazard*-paraatheid, door andere landen

- Literatuuronderzoek naar pandemische- en *all hazard*-paraatheid bestaande assessment en monitoringstools
- Inventarisatie ten aanzien van visies en praktijk uit Europese landen via internationale berichtgeving
- Werkbezoek bij collega public health-instituten, zoals public health England en/of Robert Koch Institute om visies en huidige praktijk ten aanzien van het monitoren van pandemic preparedness uit te wisselen.

Deelresultaat 4: Evalueren monitoring pandemische paraatheid

- Periodieke evaluatie voortgang pandemische paraatheid agenda
- Analyse of alle indicatoren, voortkomend uit literatuuronderzoek en internationale consultatie monitoring pandemische paraatheid, worden gedekt in de opgestelde pandemische paraatheid agenda

#### 3.1.4 *Risico's en randvoorwaarden*

- Belangenverstrengeling partijen: er zijn veel partijen betrokken bij dit project. Deze partijen hebben allemaal belang om als organisatie goed in beeld te komen ten aanzien van pandemische paraatheid. Zij hebben daarom mogelijk verschillende inzichten/belangen in hoe pandemische paraatheid moet worden gemonitord. Daarnaast is de LFI een nieuwe speler in het veld waarvoor de taakafbakening nog niet

volledig gevormd is. Dit kan zorgen voor verwarring over verantwoordelijkheid en taken van de verschillende organisaties.

- Het te ontwikkelen monitoringssysteem zal waarschijnlijk leiden tot een verhoging van de administratieve druk. Dit kan leiden tot verlies van draagvlak bij de partijen die input moeten leveren op de indicatoren van de monitoringstool.
- Responsactiviteiten (acties op acute infectieziekten) krijgen altijd voorrang. Onvoorziene uitbraken/verheffingen van infectieziekten kunnen vertraging veroorzaken op dit project.

### *3.1.5 Samenwerking andere partijen*

CIb centra, LFI, VWS, GGD'en, NVWA, public health-instituten Europese landen.

