

Notulen scenario sessie 1: medisch adviseurs LCCB

Datum overleg: 17-1-2021

Introductie

Pandemie veranderd snel, aantal positieve testen stijgt hard. Testvraag stijgt ook hard mee. Daarom moeten we nadenken over andere manieren van BCO, vaccineren en testen. Bedoeling van deze sessie is om hierover na te denken. Iedereen is uitgenodigd op persoonlijke titel. Het verslag wordt verspreid naar de leden van het overleg, vraag om dit niet verder te verspreiden. Bij LCCB wordt scenario analyse traject opgezet.

Doel sessie: input verzamelen om voor te bereiden op de scenario's. Vooraf bedenken wat te doen, i.p.v. reactief in het moment.

Status uitkomsten sessie: Geen juridische status, het is een brainstorm. Er kan formeel geen sprake zijn van een advies. Het is een brainstorm waar een verslag van gemaakt wordt. Je kan de output van de brainstorm meenemen in overleggen, maar niet individuele deelnemers quotes.

Inhoudelijke discussie

Algemeen

Met huidige besmettingen en versoepelingen doorschieten naar 80-100k besmettingen per dag. Dit gaat voorbij aan alle tot nu toe voorbereide scenario's. Gaan we afschalen en veranderen vanwege capaciteit, of vanwege inhoudelijk redenen? Feit dat we de capaciteit niet aankunnen is geen reden om het niet te doen.

Wat is er minimaal nodig als er 80-100k besmettingen per dag zijn?

- Individu testuitslag kunnen geven
- Surveillance (op welke manier?)
- Systemen zijn nu niet ideaal
- Wetgeving is een blokkade

In het MT is gesproken over wat te doen bij deze aantallen besmettingen, conclusie: puur bevestigen testuitslag en dit doorkoppelen.

Doel van deze sessie is om te bespreken hoe we deze golf door kunnen komen, wat zijn de opties.

Max op de testcapaciteit en de BCO-capaciteit, moeten we wel benutten. Max aan ICT-systeem hoort erbij. Communicerende vaten tussen medewerkers vaccineren, testen en BCO.

Publiekcommunicatie moeten we zelf beter doen, loopt via VWS niet goed. Als GGD'en moeten we dit gezamenlijk oppakken en uitdragen.

Zicht op varianten moeten we niet vergeten.

3 vragen aan OMT:

1. Wat is de beste besteding van personeel, vaccineren, testen en BCO?
2. Als testcapaciteit max bereikt, hoe dan afschalen, wie als eerste niet laten testen? Afschaalschema. Bij raken max capaciteit dan betekent dit X en Y hoeven niet te komen.
3. Wat te doen als max capaciteit BCO bereiken, dan voor wie afschalen BCO?

Hier advies over vragen bij OMT komende week. Dat hanteren als het zo ver komt. Dan kan er gekeken worden wat dit voor de cijfers gaat betekenen.

Traject mensen alles zelf laten doen

Registratie zelftesten bij de GGD. Met cijfers van 100K besmettingen gaan we geen confirmatietesten uitvoeren. Alleen als personen het per se willen (voor bewijs), dan moeten ze bellen. Je hebt in dit geval geen zicht op het totaal aantal besmettingen. Portal waar je zelftest kan melden is wenselijk (VWS is begonnen met bouwen) daarnaast is er een portal ontwikkeld waar mensen antwoorden op de vragen in de bulkmail door kunnen geven. Operationele issues om dat laatste HP-zone in te krijgen dus on hold.

Wil je dat zelftest anoniem kan melden, of wil je de data hebben? Moet je wel zuiverheid in data houden (geen dubbelmeldingen). Moeten nadenken over uitwerking.

Doel beleid: zicht houden op virus, het registreren van positieve zelftesten valt daaronder.

Voorkomen verspreiding

Met deze getallen kun je het niet meer vermijden, wie beschermen we nog met de maatregelen. Er moet wel een duidelijk doel zijn. Wat is het effect van BCO nog? Zolang je test zijn er mensen die aan quarantaine doen, dat helpt in het voorkomen van verspreiding. Quarantaine regels versoepelen verlaagt dit effect, alleen nog isolatie besmette personen.

Prioriteit: Isolatie, Cat 1, Cat 2, Cat 3

Besmette personen wil je uit de samenleving hebben, dit kan ook met zelftesten. Mensen moeten blijven zelftesten en in quarantaine. Druk voorkomen op zorgsysteem en kwetsbaren beschermen. Bij wie ligt deze afweging over quarantaine. Bij het OMT. Heeft keerzijdes, zoals 94 klassen in 1 dag in quarantaine.

Testen

Testcapaciteit mb SON is niet oneindig. Criteria (wanneer je bij de GGD moet laten testen) aanpassen hebben we al vaak gedaan. Kunnen we dus wel verscherpen. Het blijft een steekproef van een selectie. Piek is nu tijdelijk, dit benadrukken in gesprekken. Er moet wel een structurele oplossing komen. Wat is de smalste optie, wat winnen we daarmee. Stoppen met testen is gevaarlijk. Geen zicht op vaccin effectiviteit.

Kantelpunt: grote factor voor testbeleid is BCO-beleid. Als alle contacten van een positieve op dag 5 moeten testen.

Testcapaciteit

Je blijft heel veel testen, dus testcapaciteit moet behouden worden. BCO beleid is nu risicogericht. Daar goed naar kijken. Testcapaciteit afschalen of grens instellen.

Opschalen testcapaciteit naar 300k of meer en deze data gebruiken kan niet. Simpele oplossing: aan testcapaciteit draaien door specificeren wie er bij GGD moeten testen, strenger in zijn. Wel individueel registreren meldingen. Varen op zelftesten zonder confirmatietest niet nu. Data CoronIT gebruiken voor surveillance zonder individuele HP zone dossiers.

Willen we de positieve zelftesten wel of niet weten? Kunnen we niet snel regelen om te registreren dus zal niet mogelijk zijn. Zou met een digiD etc moeten, en dat duurt te lang. Zijn mensen wel mee bezig. Ga door met ontwikkelen. Als het nog niet werkt, dan laten we het zo.

Conclusie testen is geen probleem klopt niet, dus moeten daar nog wel de vraag bij OMT neerleggen. Wij moeten een voorstel doen hierop ook. In de taskforce diagnostiek is dit al als actiepunt genoemd. Waarschijnlijk kwetsbare, zorgmedewerkers, mantelzorgers en niet gevaccineerden.

Aanpassen testcriteria

Uitgangspunten:

- Geen confirmatietesten meer uitvoeren (gevolg: geen corona toegangsbewijs)
- Aanpassen wie zich wanneer moet laten testen
- Zelfredzaamheid verhogen

Testcriteria aanpassen, dan lukt het niet om een representatieve steekproef te trekken. Dan moet je opnieuw beginnen met onderzoek als je een regio/wijk gaat volgen, er is nog geen vergelijkend materiaal. 1 wijk of stad kiezen is risicovol. Mag afdeling epidemiologie goed over nadenken. Huisartsenpeilstations ook een optie, maar die is te specifiek.

Booster = geen quarantaine, zelftest bij klachten heeft grote impact gehad. Positieve zelftest niet laten testen door GGD is een optie maar heeft grote impact op gedrag van mensen. Nu laten veel mensen zich nog testen bij de GGD.

Voor een herstelbewijs moet je nu nog naar de teststraat. Wie heeft een behoefte aan herstelbewijs: de niet gevaccineerde mensen, mensen zonder booster. Nog niet veel geboosterd op hele populatie dus best veel. Nodig voor horeca, vakantie etc. 18- groep zonder booster. Ipv 2G, 2GB bijvoorbeeld. Dit hebben wij niet in de hand.

Zelfredzaam maken na positieve test. Maar ook aan de voorkant duidelijk maken wanneer het nodig is om bij de GGD te testen en wat je met de uitslag moet.

BCO

BCO-capaciteit in nov plan bedacht, dat kan tot 20-30k besmettingen. Administratie last is enorm. Steekproef bellen is te doen, maar registratie individuele meldingen levert grote administratie last op. Reëel risico dat systemen deze aantallen niet aan kunnen. Geen mogelijkheid tot herstelbewijzen als we niet individueel registreren. Er zitten nu nog consequenties aan positief getest worden, maar zit gaat waarschijnlijk wijzigen. Het is niet haalbaar om BCO verder op te schalen.

Dit levert vragen op: moeten we dit nog wel doen. Is dit nog wel nuttig. DPG'en dreigen te stoppen met BCO. Wat is zinvol om in deze scenario's nog wel uit te voeren? Wat moeten we monitoren?

Definitie BCO

BCO-medewerker doet meer dan BCO, data verzamelen, uitslag mededelen, BCO. Wordt op 1 hoop gegooid. Wat bedoelen we met BCO?

BCO zoals we het kennen is niet wat er nu uitgevoerd wordt. Bronnen en contacten zoeken we niet op. Zie het als een thermometer in de samenleving. Veel bezig met data overzetten tussen systemen.

Doel BCO tijdens piek

Waar dient de surveillance nog voor?

- Bijhouden vaccin effectiviteit
- Voorspellen aantal ziekenhuis en IC opnames
- Leeftijdsgroepen
- Beleid en maatregelen

Minimum registratie: leeftijd en vaccinatiestatus.

Bij voorkeur: waar opgelopen van een representatieve subgroep.

We willen zicht houden op totaal aantal infecties. Je ziet nooit alles. Andere surveillance systemen, OMT heeft vooruitblik gedaan (advies 116/117), huisartsenpeilstations, water metingen, ziekenhuisopnames etc.

Blijft het nodig om de aantallen te tellen. Of kan dit op een andere manier. Steekproef geeft diepte informatie. Totale aantallen minder relevant. Als je veel beleid wijzigt dan heeft steekproef niet zo veel zin meer. Als confirmatietest niet meer nodig is, dan selectief deel nog maar voor confirmatietesten, dan niet meer 80-100k per dag. Wijziging in beleid van testen na 5 dagen zou ook veel capaciteit schelen.

BCO zoals het nu door de GGD'en gedaan wordt heeft als toegevoegde waarde alleen surveillance. Het is wel zinvol, maar de mensen zijn niet aangenomen voor de administratieve taken. Haal de surveillance uit een ander kanaal, en laat de BCO mensen energie steken in de steekproef. Blijven communiceren dat BCO wel zin heeft. Meer informeren en motiveren, niet bron en contacten opsporen. Helpt wel in uitbraakbestrijding.

BCO lean maken: boven 30K, dan alleen data anoniem delen met RIVM vanuit CoronIT. Onder de 30K dan weer in Osiris. Alles wat SON test komt niet in CoronIT, maar via meldportaal.

Registratie positieve zelftests

Iedereen met positieve zelftest doorverwijzen naar een website (buiten de GGD). Als we dit doen, hoe dan surveillance. Moeten sowieso zorgen dan mensen zelf alles af kunnen handelen. Wij moeten kijken wat we nog kunnen en willen registreren.

Gebruik van systemen

Hoe komt het dat het niet lukt om administratieve processen te digitaliseren. Op dit moment nauwelijks effectief. We moeten wel iets blijven doen om mensen te kunnen ondersteunen met hun vragen. Na 2 jaar nog een houtje-touwtje ICT-structuur. Oplossing in robuust ICT-systeem. Dat is het toekomst perspectief. Dan kan het team zich richten op een kleine steekproef, die representatief is. Vanuit testen direct naar surveillance. Zou geen enkele medewerker tussen hoeven te zitten.

Hier zijn al wel ideeën over geweest, maar die zijn gestrand. HP Zone, niet geschikt voor deze volumes. GGD Contact als app ontwikkeld. Na datalek moest er een vervangend systeem komen voor HP Zone, dat moest GGD Contact zijn. Jaar later had het systeem al 6 maanden operationeel moeten zijn. Is nog niet de realiteit. Groot deel workload is het overzetten van gegevens uit CoronIT naar HP Zone. Fijn dat HP Zone nog wel werkt.

Belang van systemen

- Individueel belang zit in de herstelbewijzen.
- Aantallen tellen. Dit staat allemaal in CoronIT, daar is Osiris niet voor nodig.
- Osiris alleen nodig voor steekproef en mensen die niet via CoronIT binnen kunnen komen.
- Niet haalbaar om administratieve proces bij de GGD te laten. Alleen via steekproef, parallelle systemen zijn opties.

Systeemgebruik tijdens piek

Als het rechtstreeks uit een bestaand systeem kan, dan heeft dit de voorkeur (CoronIT). We zitten nog in de epidemie fase. Nog niet in griep+ fase. Dan wel via peilstations. Nu alles loslaten, dan kan je niet meer historisch vergelijken. Als we data verzameling stoppen, dan ben je het kwijt voor de komende jaren.

Consequentie is dat je testcapaciteit moet blijven opschalen omdat anders data ook niet in CoronIT komt. Nu 30-35% besmet. Dan moet je testcapaciteit van 300k organiseren, dat is niet haalbaar.

Uitgangspunt: elke individuele infectie registreren. Hoe minder registreren hoe meer ruimte voor verzamelen diepgang data door steekproef. Steekproef wel minder random dan. Als we dit willen dan zijn aanpassingen in de systemen nodig.

Kantelpunt dat het niet kan: 100k positieve testen per dag.

Kanttekening: Als we het uit CoronIT kunnen halen, dan gaat LCI aankloppen aangezien Osiris is gebouwd. Nu veel energie verloren in overzetten.

Opties tijdens piek

1. *Optie CoronIT*: rechtstreeks hieruit extraheren.
2. *Optie representatieve steekproef*: die extrapoleren voor heel NL, meest representatieve regio goed volgen. Hier leeftijden, settings etc. wel uit halen.

Aandachtspunten:

- Leeftijden kan ook uit CoronIT, dus bij optie 2 is de informatie over setting aanvullend t.o.v. optie 1.
- Je komt alleen in CoronIT als je via de GGD test. Dus via zelftesten niet. Dan is teststraat niet representatief.
- Meldingen commerciële aanbieders ontvangen we nu ook, beperktere data. Via meldportaal komt het GGD-datalandschap binnen. Dit werkt nog niet volledig.
- Kunnen de systemen niet koppelen vanwege AVG. Uitzoeken welke data op welk niveau gedeeld kan worden met het RIVM.

Link CoronIT naar RIVM zit een probleem in. Daarom via HP Zone. Dus niet zo simpel. RIVM ontvangt nu geanonimiseerde data. In je surveillance wil je alles, dat kan nu niet. Niet iedereen via GGD getest, dus je mist een deel. Maar je mist sowieso een deel al (30-40%). Vanuit RIVM alles ingericht vanuit Osiris, dus grote omslag in de systemen als het naar CoronIT gaat. Grote menskracht zit erachter, dus wel waard om te bekijken. RIVM kan ook kijken naar her-infecties, dat is op basis van Osiris data.

--> Aangeven dat het een tijdelijke situatie is, alleen als er >10/20/30K besmettingen komen. Na de piek terug naar overzetten naar HP Zone.

(Middel)lange termijn

Illusie dat we nu wel de echte cijfers hebben. Voornamelijk trends volgen. Zolang er grootschalig testen is, moet er een basis data set beschikbaar zijn. Als zelftesten gemeld kunnen worden, lijkt zinvol. Discussie hier wel over aangaan. Tot wanneer moeten we blijven testen, wat zijn criteria voor het kantelpunt. Hoeven niet alle zelftesten te weten, maar wel van een representatieve groep (voor vaccinatie effectiviteit).

Nu ook gekeken van koppelen vaccinatiedata en CoronIT data. Bijna af. Combi test en vaccinatie data bij RIVM.

Behoud CoronIT en Osiris. Beiden laten bestaan laten aan elkaar koppelen.

Conclusie

- Vanaf 20k halen we de data uit CoronIT.
- Testcapaciteit tot max 150k per dag, met SON naar 200-250k per dag.
- BCO-capaciteit: Uitslagen verwerken met huidige procedure tot rond de 30k (komt door administratie), boven de 30k wordt er geprioriteerd wie er wel en niet gebeld wordt.
 - o Werken met bulkmail.
 - o Hoeveel mensen telefonisch contacteren: de steekproef én als er BCO capaciteit over is dan risicogroepen. Gewone burger wordt niet gebeld normaliter.
- 3 tools die er nog zijn in de 'mist':
 1. CoronIT
 2. Steekproef gericht uitvoeren voor surveillance en zicht op varianten
 3. Zelf BCO

Wanneer zijn we klaar om te wenden?

- 250k testcapaciteit gebruiken, als we richting 225k gaan en de modellers zeggen dat het blijft groeien, dan gaan we wenden.
- Bij X aantal over naar andere manier van kijken naar test en traceer keten:
 - o Data als input voor RIVM zoveel mogelijk uit CoronIT.
 - o Daarnaast proberen middels steekproef meer gegevens te verzamelen dan in CoronIT. Vraag is hoe je aan de steekproef komt.
 - o Zelftest in principe voldoende, confirmatietesten niet nodig
 - o Mensen handelingsperspectief geven: wat moeten ze zelf doen, wie moeten ze informeren. Informatievoorziening goed regelen.

Wanneer klaar om 'terug te wenden': bij 20 of 30k besmettingen per dag. Dit besluit moet genomen worden door het OMT en geaccordeerd worden door de DPG'en.

Vervolg

Vervolg conclusie: we doen een voorstel aan de DPG'en, die het met het RIVM moeten bespreken. Er is geen alternatief. Mededeling aan het RIVM, het is TIJDELIJK niet haalbaar om HP-zone te hanteren. RIVM besluit of het een OMT-vraag is.

- Verslag op hoofdlijnen komt eraan
- Gesprekken over de bottlenecks volgt
- Gesprekken over surveillance volgt
- Fase 6 of 7 BCO is al voor besproken. Nienke gaat gesprekken voeren hoe dit eruit moet komen te zien.