

To: [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted]
 ([redacted]) [redacted] [redacted]
From: [redacted]
Sent: Mon 2/1/2021 2:38:28 PM
Subject: FW: Vragen bij concept modellering results vaccination
Received: Mon 2/1/2021 2:38:29 PM

Zie hierbij

Van: [redacted] <[redacted]@minvws.nl>
Verzonden: maandag 1 februari 2021 13:12
Aan: [redacted] <[redacted]@minvws.nl>
Onderwerp: FW: Vragen bij concept modellering results vaccination

Van: [redacted] <[redacted]@rivm.nl>
Verzonden: maandag 1 februari 2021 10:59
Aan: [redacted] <[redacted]@minvws.nl>; [redacted] <[redacted]@rivm.nl>
CC: [redacted] <[redacted]@minvws.nl>; [redacted] <[redacted]@minvws.nl>; [redacted] <[redacted]@rivm.nl>; [redacted] <[redacted]@rivm.nl>; [redacted] <[redacted]@minvws.nl>; [redacted] <[redacted]@rivm.nl>; [redacted] <[redacted]@minvws.nl>
Onderwerp: RE: Vragen bij concept modellering results vaccination

Beste [redacted],
 Hartelijk dank voor het lezen en de verhelderende vragen bij deze conceptversie van het rapport. De antwoorden heb ik hieronder gegeven, hopelijk helpen die weer bij het verder voeren van de discussie over de vaccinatiestrategie.

Vriendelijke groeten,

[redacted]

1. Vond het paper een reeks van goede inzichten geven. De sterke oplopend DALY met leeftijd, zoals in fig. 4e, komt opnieuw sterk naar voren en het zelfde geldt voor de disproportionele burden of disease voor zorgmedewerkers, zeker in eerste periode, maar ook daarna.

Dank, deze Figuur 4^e geeft inderdaad aan hoe snel de ziektelast oploopt met leeftijd, en dat de ziektelast voor beroepsgroepen disproportioneel laag is vergeleken met de ouderen. Tussen de beroepsgroepen onderling is het niet eenvoudig de verschillen in ziektelast te duiden, omdat ze niet alleen kunnen verschillen in blootstelling maar ook in testbeleid, vooral tijdens de eerste golf werden zorgmedewerkers wel en andere beroepsgroepen met veel contacten niet getest.

2. In het begin van het paper wordt gesteld dat de uitkomst vooral neerkomt op het aantal besmettingen, ziekenhuisopnames en IC-opnames en dat het nu nog niet gaat om aantal overlijdens, YLL of DALYs. Is dat niet beperkend omdat dat juist die laatste variabelen aansluiten met het oogmerk van de vaccinatiestrategie?

Het begin geeft aan hoe we de diverse vragen beantwoorden, daarbij wordt niet geïmpliceerd dat het nu niet gaat om overlijdens of DALYs, maar we geven aan dat we eerst de besmettingen, ziekenhuisopnames en IC opnames moeten uitrekenen alvorens we de overlijdens, YLL en DALYs kunnen uitrekenen.

3. De analyse lijkt – in het verlengde hiervan – primair te lopen via ziekenhuisopnames en IC-opnames en OSIRIS statistieken. In hoe verre is dat een beperking in de wetenschap dat bepaalde groepen (zeer) ouderen bij klachten veel minder in het ziekenhuis belanden en zeer zelden op de IC, maar hun ziektelast en verlies van levensjaren juist thuis of in verpleeghuis of instelling voor gehandicaptenzorg ervaren? En dat de druk op de langdurige zorg ook een overweging in de strategie is.

De analyse gaat uit van variabelen die betrouwbaar waargenomen en gerapporteerd worden (dat zijn ziekenhuisopnames, IC opnames). De wetenschap dat ouderen bij klachten niet altijd getest werden, niet in het ziekenhuis of op de IC belanden betekent dat de ziektelast onder ouderen eerder onderschat dan overschat wordt. We kunnen eventueel ook een mate van bezetting bij zorg door COVID-19 patiënten berekenen, maar de druk wordt in belangrijke mate bepaald door de overige zorg in de komende maanden.

4. Gegeven de twee bevindingen onder 1: in hoeverre is vanuit het perspectief van besmettingen rekening gehouden met de interactie tussen ouderen en hun medewerkers (op pagina 21 wordt daar iets over gezegd waardoor ik vermoed dat hiermee geen rekening gehouden wordt)? Praktisch: een thuiszorgmedewerker bezoekt huis aan huis ouderen; is zij zelf besmet of een van de cliënten dan is kans aanwezig dat zij meer mensen besmet. Hetzelfde geldt voor een medewerkers in het verpleeghuis.

In de modellen is interactie tussen de ouderen en anderen meegenomen, hierbij worden aparte groepen niet expliciet benoemd. We hebben diverse studies lopen waarbij we aan deelnemers aan te geven hoeveel contacten ze hebben en met wie. Voor de categorie van alle 60-70 jarigen hebben we geen aanwijzingen dat contacten voornamelijk bepaald worden door de thuiszorg en verpleeghuiszorg.

5. De groep zorgmedewerkers is als een grote groep genomen bij de beroepenclassificatie, is er een onderscheid mogelijk naar sectoren of is daar rekening mee te houden (dacht wel dat de SBI classificatie zich daar wel voor leent)? Wat ook weer kan uitmaken voor de vraag onder 4. Er wordt gewerkt met de beroepenclassificatie die uit de rapportages van COVID-19 patiënten te destilleren is, betrouwbare schattingen van ziektelast op een gedetailleerder niveau zijn niet mogelijk.

6. Fig 4d presenteert DALY naar YLD en YLL. Het is intuïtief moeilijk te begrijpen dat YLL zo domineert en YLD zo kleine is of eigenlijk verwaarloosbaar (al lijkt me dit niet zo belangrijk voor de hoofdconclusies, deze vraag is niet urgent). De sterftetekans bij COVID-19 is hoog. Op dit moment zijn verloren levensjaren verreweg de belangrijkste component van de ziektelast. Er is weinig informatie over de lange termijn gevolgen van COVID-19 omdat dit nog niet gemeten kan worden. Het is mogelijk dat in toekomstige jaren bij meer informatie ook de jaren in verminderde gezondheid gaan tellen.

7. De laatste paragraaf (AZ eerder voor mensen 60-64) is best lastig te begrijpen. Dat naar voren schuiven voordelen biedt, zeker bij hogere VE en nog beter bij BF vaccin, is logisch, maar wat zijn de opportunity costs hiervan: wie gaat dan later en met welk effect of is het niet een neutrale schuif? Het doel is te kijken hoe de 60-70 jarigen in verschillende scenarios beschermd zijn. Er zijn effecten van vaccinatie die ook andere groepen aangaan, zoals de indirecte bescherming van andere leeftijdsgroepen door vaccinatie van 60-70 jarigen, en er zijn effecten van vaccinatie van andere leeftijdsgroepen als andere keuzes bij de 60-70 jarigen gemaakt worden (opportunity costs). Deze effecten worden hier niet meegenomen en staan gepland bij een andere vraag waarover binnenkort wordt gerapporteerd.

8. In verlengde van 7: wat vergelijken we in die laatste stap met elkaar? Effecten worden in varianten afgezet tegen referentiescenario (VE 62%) maar hoe verhoudt dit zich tot het basisscenario van de effecten van de strategie (laten we zeggen: ongewijzigd beleid), of wordt hieraan nog gerekend? Wat we vergelijken is de bescherming van de 60-70 jarigen in verschillende scenario's. Het gaat om de volgorde van de uitkomsten, we hebben gemeend het scenario met overall goede uitkomsten te nemen als referentiescenario. Het is een rapport waarbij de eerste vragen nu beantwoord zijn, er wordt volgens planning aan de andere vragen gewerkt.

From: 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>
Sent: zondag 31 januari 2021 11:56
To: 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>
Cc: 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>
Subject: RE: Vragen bij concept modellering results vaccination

5.1.2e zag net dat er nog een nieuwere versie gemaakt is. Heb die snel gelezen maar denk dat mijn vragen nog steeds relevant zijn voor begrip en uitleg. Groet, 5.1.2e

5.1.2e

Verzonden: zaterdag 30 januari 2021 12:17
Aan: 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>
Onderwerp: Vragen bij concept modellering results vaccination

Beste 5.1.2e,

5.1.2e stuurde het concept "Expected Outcome of COVID-19 vaccination strategies" aan me door gelet op de lopende discussie over aanpassing/uitvoering van de vaccinatiestrategie (als DG Langdurige Zorg ben ik daarbij betrokken gelet op de doelgroepen ouderen en mensen met een beperking alsook hun zorgmedewerkers). Ben zo vrij even direct te reageren met een aantal vragen om het paper beter te begrijpen en de inzichten te benutten voor de uitleg die we de aankomende week bij de (aanpassing van) de vaccinatiestrategie moeten gaan geven. Ik hou het zo beknopt mogelijk.

1. Vond het paper een reeks van goede inzichten geven. De sterke olopend DALY met leeftijd, zoals in fig. 4^a, komt opnieuw sterk naar voren en het zelfde geldt voor de disproporionele burden of disease voor zorgmedewerkers, zeker in

eerste periode, maar ook daarna.

2. In het begin van het paper wordt gesteld dat de uitkomst vooral neerkomt op het aantal besmettingen, ziekenhuisopnames en IC-opnames en dat het nu nog niet gaat om aantal overlijdens, YLL of DALYs. Is dat niet beperkend omdat dat juist die laatste variabelen aansluiten met het oogmerk van de vaccinatiestrategie?
3. De analyse lijkt – in het verlengde hiervan – primair te lopen via ziekenhuisopnames en IC-opnames en OSIRIS statistieken. In hoe verre is dat een beperking in de wetenschap dat bepaalde groepen (zeer) ouderen bij klachten veel minder in het ziekenhuis belanden en zeer zelden op de IC, maar hun ziektelast en verlies van levensjaren juist thuis of in verpleeghuis of instelling voor gehandicaptenzorg ervaren? En dat de druk op de langdurige zorg ook een overweging in de strategie is.
4. Gegeven de twee bevindingen onder 1: in hoeverre is vanuit het perspectief van besmettingen rekening gehouden met de interactie tussen ouderen en hun medewerkers (op pagina 21 wordt daar iets over gezegd waardoor ik vermoed dat hiermee geen rekening gehouden wordt)? Praktisch: een thuiszorgmedewerker bezoekt huis aan huis ouderen; is zij zelf besmet of een van de cliënten dan is kans aanwezig dat zij meer mensen besmet. Hetzelfde geldt voor een medewerkers in het verpleeghuis.
5. De groep zorgmedewerkers is als een grote groep genomen bij de beroepenclassificatie, is er een onderscheid mogelijk naar sectoren of is daar rekening mee te houden (dacht wel dat de SBI classificatie zich daar wel voor leent)? Wat ook weer kan uitmaken voor de vraag onder 4.
6. Fig 4d presenteert DALY naar YLD en YLL. Het is intuïtief moeilijk te begrijpen dat YLL zo domineert en YLD zo kleine is of eigenlijk verwaarloosbaar (al lijkt me dit niet zo belangrijk voor de hoofdconclusies, deze vraag is niet urgent).
7. De laatste paragraaf (AZ eerder voor mensen 60-64) is best lastig te begrijpen. Dat naar voren schuiven voordelen biedt, zeker bij hogere VE en nog beter bij BF vaccin, is logisch, maar wat zijn de opportunity costs hiervan: wie gaat dan later en met welk effect of is het niet een neutrale schuif?
8. In verlengde van 7: wat vergelijken we in die laatste stap met elkaar? Effecten worden in varianten afgezet tegen referentiescenario (VE 62%) maar hoe verhoudt dit zich tot het basisscenario van de effecten van de strategie (laten we zeggen: ongewijzigd beleid), of wordt hieraan nog gerekend?

Vragen stellen is wellicht makkelijker dan ze te beantwoorden, hoop dat je gelegenheid vindt om in elk geval een korte reactie te geven en hoop dat ook helpen in het afmaken van het paper en het verhaal daarbij.
Bij voorbaat bedankt!

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

5.1.2e

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl De zorg voor morgen begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

www.rivm.nl/en Committed to health and sustainability