

medewerker de vraag of hij afvalwater mag hebben voor onderzoek naar bacteriofagen).

Wat is de vraagstelling en wat zijn de verschillen tussen EZT en UMCU? Vooral in prevalentie Covid etc? lijkt me dat er voldoende verschillen zijn om leg een algemene zkh en een acad zkh te doen

Prevalentieverschillen weet ik niet. ETZ wordt vooral gedaan omdat we hier kunnen eiken of covid gemeten in feces die op afv' water geloosd wordt overeenkomt met wat we aantreffen in het water, en of we ook de tijdsverloop kunnen meten (na-ijlen van afv' water signaal bijvoorbeeld). Dat is ambitieus kwa monsteraantallen, en vergt goede medewerking ziekenhuis. Misschien te ambitieus in Utrecht.

2. Voor ETZ Tilburg (en andere locaties): er is de keuze tussen een goede debietmeter (5% meetonnauwkeurigheid) en een gewone (50%). De goede kost helaas 10 000 per locatie extra. Voor Tilburg lijkt me dat relevant, daar moeten we precies weten hoeveel afvalwater is gepasseerd om de hoeveelheid COVID in de onderzochte feces van patiënten te kunnen vergelijken met de afvalwatermeting. Mee eens? Hoe zit dat voor andere locaties? Per geval bekijken, mee eens? Bijvoorbeeld voor middelbare school?

Hoe relevant is factor 2? En de sampler neemt per tijdseenheid? of per volume debiet? Dan heb je de info toch al? 1 of 2 spots met detail info is handig, maar wat ga je ermee doen? Bij school kun je ook het waterverbruik opvangen of niet?

Voor school: daar willen we aan/afwezigheid meten, en misschien nog stijging in de tijd indien het continu aanwezig is. Maar idd, op school kunnen we beginnen met eenvoudigere debietmeting en alsnog overschakelen indien zinvol.

3. Frequentie: voorstel vooralsnog 2x per week per locatie te meten (bijv ma 8:00 t/m di 8:00, en donderdag nog een keer), dus monsteraanlevering di en vr. akkoord?

Maak wel onderscheid tussen continu processen en weekend vrij zoals scholen, daar maandag voor de lunch samplen heeft niet zo veel zin

Zeker. Daarom maandag 8-dinsdag 8:00, of nog liever dinsdag 8 tot woensdag 8?

4. Monsterlevering: zou door Aquon kunnen gebeuren, zoals voor landelijke surveillance. Nadeel: Aquon zorgt voor een vertraging van uitlevering zodat monsters vaak meer dan 24 uur onderweg zijn voor inzetten. Gaan we daarmee akkoord? Of kiezen we – tenminste voor Tilburg – voor iets anders (eigen mensen, Omegam)?

5. Wanneer / met wie gaan we brainstormen over onze prioriteiten voor keuze van aanvullende locaties? In covid overleg donderdag middag? (ie: meer onderwijsinstellingen – ROC, MBO // onderzoek naar verval van het signaal in lange leidingen // verpleeghuizen // kantoorgebieden waar mensen nu of in toekomst weer meer samenwerken. Dit in Utrecht? Of Amsterdam – dit is toch relatief goed mogelijk blijkt?

Scholen: Er zit voor mijn gevoel erg veel variatie in wat men vind aan spreiding/gevoelighed van kinderen: verschillen per land of per schooltype of.??

Verpleeghuizen: kun je snel genoeg zijn om hier introductie van het virus zo snel te detecteren dat je kunt waarschuwen VOORDAT er serieuze gevallen zijn? Dat gaat wsch alleen als je monster binnen 24 h geanalyseerd krijgt (monstername tot result)

Zo snel kan het denk ik niet, maar is het niet ook nog relevant indien er asymptomatische dragers zijn?

6. 5.1.2e ik ben nog benieuwd wat VWS onder risicovolle locaties begrijpt indien je daar meer over weet?

Met vriendelijke groet

5.1.2e

=====
Dr 5.1.2e
Centre for Zoonoses and Environmental Microbiology &
WHO CC Risk Assessment of Pathogens in Food and Water
National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) -
Centre for Infectious Disease Control

P.O. Box 1, 3720 BA Bilthoven
The Netherlands

tel 31 24 120 512e
fax 31 24 120 512e

5.1.2e [@rvmnl](#)