

LET OP: alleen voor interne communicatie | niet verder verspreiden!

1) Kunnen de slides gedeeld worden?

De slides zijn gedeeld met de Product Owner, (10)(2e)

2) Voor de digitale ondersteuning, is scope contactonderzoek of ook brononderzoek?

Vooralsnog betreft het contactonderzoek.

3) Indien het virus ingedamd wordt, wordt dan bron opsporing niet weer relevant?

Bronopsporing is en blijft relevant. Het is bij respiratoire infectieziekten alleen moeilijk om de bron vast te stellen (itt bijv voedseluitbraken), zelfs als de uitbraak tot een beperkt aantal geïnfecteerden wordt ingedamd. Bronopsporing bij COVID-19 beperkt zich vaak tot korte vragen aan de patiënt (zoals Mogelijk Bron: "waar of van wie denkt u dat u het virus heeft gekregen?").

4) Aan welke voorwaarden moeten contacten voldoen?

De voorwaarden zijn in het PVE 0.1 opgesomd. Zie ook de LCI Richtlijn: <https://lci.rivm.nl/COVID-19-bco>

5) Verschillen de data die verzameld worden per gemeente?

De 25 GGD regio's werken volgens de landelijke RIVM richtlijn (<https://lci.rivm.nl/COVID-19-bco>). Deze richtlijn wordt nu ook landelijk uitgewerkt door een werkgroep o.l.v. GGD GHOR. In de praktijk zijn er echter verschillen, in de gesprekken die gevoerd worden met patiënten/contacten door verpleegkundigen en artsen, maar ook door capaciteit en verschillen in incidentie. De verschillen zullen echter klein zijn.

6) Wordt actief monitoren in de huidige fase nog uitgevoerd?

Op dit moment is er aan het begin moment m.b.v. de index een inventarisatie van alle contacten. Registratie van alle huisgenoten en andere nauwe contacten wordt gedaan door de GGD. Deze huisgenoten en nauwe contacten krijgen een instructie van de GGD en worden gevraagd contact op te nemen met GGD indien zij klachten ontwikkelen gedurende quarantaine periode (GGD kunnen dan een test op covid-19 overwegen). In de oude bewoording is dit passieve monitoring.

In de huidige situatie vervalst het onderscheid passief-actief. De GGD voert monitoring uit.

7) Wat beïnvloedt de keuze om wel/niet actief te monitoren?

De aantallen contacten en voortschrijdend inzicht (huidige beleid is dus zicht hebben op met verantwoordelijkheid bij de contacten om contact op te nemen bij klachten).

Wanneer kiezen jullie er toch voor actief te monitoren?

Zie 7. Misschien in een bepaalde risico-situatie/setting. Dat is dan een keuze op maat. Maar we spreken niet meer van passief/actief zoals in het begin van de pandemie omschreven.

8) Met het actief uitvoeren van contactonderzoek, wordt daarmee ook actief monitoren bedoeld als we de nieuwe fase ingaan?

Uitvoeren van contactonderzoek zou ik niet de term actief aanhangen. Zie vraag 6 voor wat monitoren inhoud. Het betreft monitoring. De term actief/passief vervalst.

LET OP: alleen voor interne communicatie | niet verder verspreiden!

9) Wordt het straks een optie om alle contacten te testen?

Vanaf 1-6 is het mogelijk om iedereen met klachten te testen. Dus ook de contacten. Let wel voorlopig alleen mensen met klachten passend bij covid-19

10) Het beleid is om vanaf 1 juni iedereen met klachten te testen.

Ja. Vanaf juni. Precieze datum is nog niet bekend.

11) Hoe snel is de uitslag van de test nu bekend? Kan dat worden gereduceerd?

Er is een IT voorziening die voorziet in testaanvraag en testresultaat. Deze voorziening heet CoronIT. Deze voorziening wordt op dit moment gekoppeld aan HPZone, waardoor ook GGD'en snel toegang hebben tot deze informatie. Een uitslag is gemiddeld een dag (24 u) na ontvangst op het laboratorium binnen.

12) Hoeveel mensen gaan er na een positieve test ook in isolatie? Wordt dit opgevolgd? En hoe wordt dit gedaan?

Iedereen die positief getest is moet in isolatie. Dit gebeurt zoveel mogelijk thuis, als de situatie dit toelaat.

13) Hoeveel % van de contacten worden er ongeveer getraceerd?

De wetenschappelijke inzichten/gegevens zijn beperkt op dit aspect. Bovendien is het % afhankelijk van de situatie (denk aan gegevens die verzameld zijn op een afgesloten cruiseschip versus een situatie waarin een persoon onbewust meerdere contacten heeft besmet op drukke locaties waar je niet ieder contact kan linken aan de index). Van de nauwe contacten wordt iha bijna iedereen getraceerd – dit zijn bekenden.

14) Hoeveel % van de getraceerde contacten wordt ongeveer gevraagd in isolatie te gaan?

Getraceerde contacten worden gevraagd om zoveel mogelijk thuis te blijven. Huisgenoten gaan in quarantaine. Een persoon met bevestigde COVID-19 in isolatie.

15) Willen jullie iedereen die een notificatie krijgt meteen isoleren, of enkel mensen met symptomen?

Isolatie voor bevestigde patiënten. Contacten buiten het huishouden worden gevraagd om 'zoveel mogelijk thuis te blijven'. Het beleid omtrent contacten is omschreven in de richtlijn van het LCI (<https://lci.rivm.nl/COVID-19-bco>)

16) Willen jullie de mogelijkheid hebben om contact op te nemen met iedereen die notificatie heeft ontvangen? En zo ja waarom willen jullie dat?

De GGD professionals – eerder betrokken in het traject - willen eigenlijk de (nauwe) contacten kunnen langslopen VOORDAT er een notificatie uitgestuurd wordt, zodat de GGD kan bepalen wie er wel en niet een bericht ontvangt. Maar dat vergt een andere aanpak, want dan is er ook meer context nodig. Dan is er geen sprake meer van een anonieme trace app.

17) Hoeveel mensen volgen de isolatie adviezen op?

LET OP: alleen voor interne communicatie | niet verder verspreiden!

Naar mijn weten zijn hier in Nederland geen harde cijfers over bekend/gepubliceerd. Isolatie wordt altijd goed opgevolgd, want klachten. Bij quarantaine van contacten laat de situatie het soms niet toe om altijd netjes thuis te blijven, denk aan het doen van een boodschap oid.

18) Hoeveel van deze mensen gaan er getest worden en wanneer mogen ze weer uit isolatie?

Zie opmerking hierboven over testbeleid en over de wanneer het BCO protocol:
<https://lci.rivm.nl/COVID-19-bco>

19) Wat is het effect van uren/dagen later pas starten/eindigen met BCO?

Zie Science paper van (10)(2e) en collega's, gepubliceerd in maart 2020.

20) Hoeveel tijd zit er gemiddeld tussen besmetting en vaststelling corona bij index?

Dit is meestal gelijk aan de tijd tussen infectie en ontwikkeling symptomen/ziek worden: de incubatieperiode. Bij het nieuwe coronavirus varieert de incubatietijd van 2 tot 12 dagen. Voor de zekerheid gebruiken we 14 dagen. Gemiddelde incubatietijd 5-6 dagen.

De incubatietijd is berekend met de gegevens van veel patiënten. Mocht er iemand melding maken van een langere incubatietijd, zou er ook sprake kunnen zijn van een onopgemerkt contact dat tussendoor plaatsvond, waardoor de incubatietijd alleen langer lijkt.

21) Waar wordt informatie over contacten opgeslagen. In wat voor een systeem en is dat overal in NL hetzelfde of per GGD anders?

De meeste GGD'en (24/25) werken met de applicatie HPZone. Alleen de GGD Drenthe werkt (nog) niet met deze applicatie.

22) Er oa uitgevraagd op zorgmedewerkers, wordt dit uitgebreid naar Onderwijs etc? (alle beroepen of andere duiding voor contacten)

Ik neem aan dat hier verwezen wordt naar testbeleid. Hier zullen tot 1 juni inderdaad steeds meer groepen aan toegevoegd worden. In ieder geval alle beroepen die in transitie fase alweer starten met werken.

23) Welke informatie/persoonsgegevens levert de contact?

Zie <https://lci.rivm.nl/COVID-19-bco>

In HPZone worden de volgende gegevens gerapporteerd per contact:

- persoonskenmerken; (NAW, bsn etc)
- aard risico (BCO 1, BCO 2, BCO 3 ~ richtlijn)
- setting (bijv. Werkplek, school)
- monitorings- of quarantaineperiode;
- link aan index (Osiris-nummer) of situatie;
- ontstaan van klachten inclusief eerste ziektedag en soort klachten;
- afgenomen diagnostiek;
- GGD-regio (voor woonplaats en voor monitoring);
- aard contact/relatie tot contact.

LET OP: alleen voor interne communicatie | niet verder verspreiden!

24) Welke extra informatie willen jullie van nauwe contacten hebben?

Zie: <https://lci.rivm.nl/COVID-19-bco>

25) Kunnen we toegang krijgen tot de informatie die jullie verstrekken aan mensen die corona positief getest zijn en informatie voor mensen die in contact zijn geweest met iemand die positief getest is?

Zie brieven op dezelfde website: <https://lci.rivm.nl/COVID-19-bco> (wordt nog B1 taal en evt. infografic)

26) Waar lopen jullie vast wanneer er op grotere schaal contact onderzoek gedaan moet worden?

De GGD'en hebben de afgelopen periode capaciteit problemen ervaren door de grote hoeveelheid besmettingen. Met name de GGD'en in Brabant en Limburg waren hierdoor minder in staat om het reguliere werk volledig uit te voeren. Dit kan echter voor een groot deel opgevangen worden door uitbreiding bezetting. Hier wordt momenteel op voorbereid.

27) Zijn er GGD regio's die meer baat hebben bij een contact tracking app dan anderen? En zo ja wat zijn daarin de afwegingen?

De GGD regio's waar de prevalentie van Covid-19 hoger is, zullen mogelijk meer baat hebben bij een contact opsporingsapp. Echter, dan moet in die regio's de adoptie van de app wel hoog genoeg zijn. Naar verwachting zal het beeld met het verloop van de epidemie verschuiven.

28) App-gebruikende wordt automatisch gewaarschuwd, ggd concentreert op de mensen zonder app; het is niet mogelijk voor de ggd om te zien welke mensen via de app genotificeerd zijn (je kunt ze niet 'afstrep' van het handmatige onderzoek), is dat een issue?

De app verzamelt anonieme hand-shakes/interacties, waardoor niet duidelijk is wie er worden bereikt. Maar dit hoeft niet erg te zijn. De GGD blijft überhaupt haar reguliere BCO werk uitvoeren, met of zonder digitale ondersteuning.

29) Als locatie data op een gegeven moment nodig mocht zijn, wat voor soort informatie zou de GGD dan nodig hebben? land/provincie/stad/straat, en met welke frequentie?

Dit is een andere aanpak, maar mocht locatie data verzameld kunnen worden dan is het uiteraard nuttig om te weten welke locatie een persoon bezocht heeft. Op bepaalde locaties, denk aan verpleeghuizen oid kan er dan gerichte monitoring plaatsvinden.

30) Kunnen de volledige resultaten van het adoptie / intention to use onderzoek met ons gedeeld worden, inclusief evt herhaalonderzoeken?

Zeker, staat gewoon online, zie: <https://045.medsci.ox.ac.uk/user-acceptance>

31) Zijn naast het definiëren tussen relevante interacties andere uitdagingen?

Graag contact opnemen, want de context van de vraag ontbreekt nu.

32) In het pakket van eisen staat 5 minuten op 1,5 meter. Welke real life situatie heeft de GGD voor ogen bij 15 minuten op 1,5 meter?

LET OP: alleen voor interne communicatie | niet verder verspreiden!

Dat laatste is de officiële richtlijn: <https://lci.rivm.nl/COVID-19-bcc>. De app zal moeten worden gepilot om te zien of deze functionaliteit in de praktijk werkt. Tevens moeten deze parameters aanpasbaar zijn voor de GGD en RIVM.

33) Apple gaf gisteren aan dat 'x-aantal meter' accuraatheid niet technisch mogelijk zal zijn, in hoeverre is dat (vanuit ggd geredeneed) een 'deal breaker', of in hoeverre is er bereidheid te werken met een minder accuratere 'waarschijnlijk dichtbij' interpretatie zoals apple en google die implementeren?

De nauwkeurigheid zal gepilot moeten worden. De GGD werkt met type contacten, zie LCI-richtlijn. Hier zal de app in moeten kunnen voorzien.

34) "U kunt nog gebeld worden", verwachten jullie dat een app een telefoonnummer terugdeelt met "jullie"? Versus een "call to action" om zelf contact op te nemen binnen bepaalde criteria (altijd, of bij symptomen etc)

De GGD hoeft niet per se een telefoonnummer of andere persoonsgegevens te hebben. Wat wel wenselijk is, is het kunnen aanpassen van het bericht aan een contact. Zo kan, bijvoorbeeld op basis van type contact, iemand een ander advies krijgen. Tevens is kunnen doorverwijzen naar (digitale) diensten van de GGD of andere zorginstellingen wenselijk.

35) Moeten positieve testresultaten die jullie vanuit het ziekenhuis/lab krijgen gekoppeld worden aan 'positief' meldingen die via de app binnenkomen?

Zeker, de positieve uitkomsten van een labtest dienen met een sleutel te kunnen worden ingevoerd in de app, om misbruik te voorkomen.