

To: (10)(2e) <(10)(2e)@kpnmail.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@gmail.com>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
From: (10)(2e) <(10)(2e)@kpnmail.nl>
Sent: Sun 5/17/2020 6:39:30 PM
Subject: RE: surveillance COVID-19 en SARS-CoV2
Received: Sun 5/17/2020 6:39:30 PM

Hi (10)(2e)

Dank je wel weer! Fijn om te zien dat jij dezelfde gedachten hebt als wij. Zie hieronder per punt mijn reactie.

Groeten,

(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@kpnmail.nl>
Sent: zaterdag 16 mei 2020 14:56
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@gmail.com>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Re: surveillance COVID-19 en SARS-CoV2

O ja, nog iets vergeten. (10)(2e) noemde gisteren het belang van snel contactonderzoek na begin klachten, staat vandaag een stuk over in Volkskrant. Dat suggereert dat het nuttig zou zijn om te noteren op welke datum de klachten begonnen, en op welke datum het contactonderzoek is gedaan. INDERDAAD IS HET IDEE DAT DEZE DATUMS GEREGEREESTREED WORDEN PER CASE EN CONTACT EN WORDT ER AL NAGEDACHT OVER INDICATOREN/BENCHMARKS. Na het opdoen van de eerste ervaringen zou je dan een streefcijfer kunnen formuleren (bijv minstens 80% van de incidentiegevallen vinden, en bij minstens 90% hiervan contactonderzoek binnen twee dagen na begin van klachten o.i.d. Dergelijke doelen kunnen wellicht helpen om toegang tot testen en contactonderzoek te optimaliseren? Ik ben benieuwd of jij en de GGDen hier iets in zien en naar het vervolg. Groet! (10)(2e)

Verstuurd vanaf mijn iPad

Op 15 mei 2020 om 20:13 heeft (10)(2e) <(10)(2e)@kpnmail.nl> het volgende geschreven:

Hoi (10)(2e)

Dank voor je bericht, interessant probleem. Omdat (10)(2e) hiernaar verwees in zijn presentatie en (10)(2e) mogelijk ook belangstelling heeft kopieer ik aan beiden.

Ik ben van mening dat prioriteit nummer 1 is het schatten en volgen van de dekkingsgraad van nieuwe COVID-19 patiënten bij wie contactonderzoek plaatsvindt. Van degenen die gemist worden heb je namelijk geen enkele informatie en ook geen enkel effect van de interventie van het contactonderzoek. Volgens de incidentieschatting van de groep van (10)(2e) (gepresenteerd in OMT 66) (ongeveer 5000 per dag) in combinatie met de in die periode door de GGD's aangegeven patiënten (ongeveer 1000 per dag) was de dekkingsgraad in april slechts ongeveer 20%, dus daar lijkt een enorme slag te slaan. DEZE 5000 WAS EEN INSCHATTING VAN ONGEVEER EEN MAAND GELEDEN EN MOET GEZIEN WORDEN ALS ORDE VAN GROOTTE. MOMENTEEL IS HET AANTAL NIEUWE INFECTIES WAARSCHIJNLIJK LAGER DAN TOEN MAAR HET IS MOEILIK EEN BETROUWBARE SCHATTING TE MAKEN OP BASIS VAN DE HUIDIGE GEGEVENS. MET DE NIEUWE GEGEVENS UIT BIJVOORBEELD DE TWEDE RONDE PIENTER, INFECTIERADAR EN TESTSTRATEN HOOP IK DAT EEN BETERE INSCHATTING GEMAAKT KAN WORDEN, EN DAARMEE OOK VAN DE DEKKINGSGRAAD VAN BCO. DAARNAAST VIND IK HET BELANGRIJK TE VOLGEN BIJ HOEVEEL BEVESTIGDE PATIENTEN DAADWERKELIJK BCO OPGESTART WORDT.

Prioriteit 2 is mijns inziens het vaststellen van de aantallen 1e en 2e rings contacten, zo mogelijk met specificatie van hun 10-jaars leeftijdsgroep en geslacht. De derde rings contacten zijn vast niet onbelangrijk voor transmissie (openbaar vervoer, uitgaansleven), maar vrijwel ondoenlijk om goed te identificeren. Als het lukt om de 1e en 2e rings contacten te identificeren en te waarschuwen zodat zij in zelf-quarantaine gaan (?) en bij klachten getest gaan worden dan is dat heel belangrijk als interventie. HELEMAAL EENS. INDERDAAD IS HET IDEE DAT RING 1 EN 2 IN QUARANTAINE GAAN EN BIJ KLACHTEN GETEST WORDEN. EN DAT VASTGELEGD WORDT WELKE EN HOEVEEL CONTACTEN GETEST EN POSITIEF GETEST WORDEN. Het is interessant, maar ik weet niet hoe haalbaar om bij een steekproef van deze contacten te pogen vast te stellen of zij zich hebben gehouden aan de zelf-quarantaine en testen

bij klachten. Dat past misschien in het speciaal onderzoek hieronder in een academische werkplaats? INTERESSANT IDEE, IK KAN OOK EENS PROBEREN TE ACHTERHALEN OF DIT AL IN EEN ZONMW AANVRAAG TERECHT IS GEKOMEN.

Prioriteit 3 is mogelijk het vaststellen van ziektegevallen onder de 1e en 2e rings contacten, maar dat is een stuk ingewikkelder. Het vereist persoonsidentificatie van alle contacten en van alle patiënten en/of het actief opvolgen van alle contacten. Een ruwe schatting kan je misschien krijgen als nieuwe COVID-19 patiënten gevraagd wordt of ze ooit benaderd zijn als contact van een andere COVID-19 patiënt. Ik kan mij goed voorstellen dat de GGD staf huiverig is voor een dergelijk project als routine activiteit, gegeven de enorme werklast die op ze afkomt voor alleen al de interventie. Misschien is het verstandiger om dat als een apart onderzoeksproject op te zetten, bijvoorbeeld in een of meer academische werkplaatsen die daar mogelijk belangstelling voor hebben? ZELF ZIE IK DIT ALS ONDERDEEL VAN DE ROUTINE REGISTRATIE. DIT KAN OOK ALS RING 1 EN 2 CONTACTEN OP NAAM GEREGISTREERD WORDEN. DOOR KOPPELING VAN HPZONE (GGD REGISTRATIE) EN OSIRIS (MELDINGEN) ZOU DIT MOETEN KUNNEN.

Ik hoop dat je hier iets aan hebt. Aarzel niet om te mailen of te bellen als je hierover nader van gedachten wilt wisselen.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

Verstuurd vanaf mijn iPad

Op 15 mei 2020 om 18:18 heeft (10)(2e) <(10)(2e)> <(10)(2e)> @rivm.nl> het volgende geschreven:

Ho (10)(2e)

Ja, dat is nog een hele puzzel. We hadden een plan waarbij je minimaal de grootte van de 3 'ringen' registreert en voor ring 1 en 2 (huishoud en andere nauwe contacten) liefst ook per contact wat basisgegevens; en hoeveel/welke contacten per ring patient worden – met een directe link naar de melding van de patient. Maar de GGD'en lijken dit niet haalbaar te vinden. Hoop dat we er goed uitkomen, want dit lijkt me toch wel minimale informatie. Hoor het graag als je ideeën hebt!

Groeten,

(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)> @kpnplanet.nl>

Sent: vrijdag 15 mei 2020 10:58

To: (10)(2e) <(10)(2e)> @rivm.nl>

Subject: RE: surveillance COVID-19 en SARS-CoV2

Dank (10)(2e) ik ben heel benieuwd naar het plan om de dekkingsgraad en opbrengst van contactonderzoek te gaan vaststellen en volgen. Met vriendelijke groet, (10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)> @rivm.nl]

Verzonden: vrijdag 15 mei 2020 10:10

Aan: (10)(2e)

Onderwerp: RE: surveillance COVID-19 en SARS-CoV2

H (10)(2e)

Ik was echt van plan je snel terug te mailen maar het is er niet van gekomen, bedacht ik me vanochtend. Sorry.

Heel hartelijk dank voor het kritisch meedenken, ik vind dat nuttig en ik waardeer het echt. De goede punten die je hieronder noemt, hadden we (gelukkig) allemaal al meegenomen in

onze discussies, behalve of de R schatting verandert als je ouderen uit de zkh en IC opnames haalt. Doordat veel ouderen met een al zwakke gezondheid (en dat zijn vaker mensen in instellingen en/of met weinig of weinig diverse contacten) al niet opgenomen worden, denk ik dat het niet heel veel uit zal maken. Maar misschien heb ik het mis, zal ik nog eens bespreken met (10)(2e)

Het idee was dat het surveillanceplan en indicatoren vandaag op de OMT agenda zouden komen, maar is uitgesteld. We zijn er wel continu over in gesprek met VWS, want logischerwijs is hier veel belangstelling voor en hebben ze er ook een mening over.

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@kpnplanet.nl>
Sent: zondag 3 mei 2020 14:56
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@gmail.com>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: surveillance COVID-19 en SARS-CoV2

Dag (10)(2e)

Dank voor het tijdig opstellen van bijlage 6 voor het OMT van morgen. Ik heb deze met belangstelling gelezen en stuur je hierbij ter informatie mijn blik op de situatie (uiteraard voor correctie vatbaar) met enkele vragen en suggesties. Vanwege de opmerkingen over de R schattingen kopieer ik dit bericht ook aan (10)(2e). Een reactie is niet nodig, veel van wat ik hieronder zeg hebben jullie vast al onderling besproken, maar is uiteraard altijd welkom.

Het document geeft een helder overzicht over de beschikbare en verwachte informatiebronnen, maar ik mis nog een plan met betrekking tot 'wanneer trekken we aan de bel omdat de situatie lijkt te ontsporen?' in de algemene bevolking, of in specifieke subgroepen. Een definitie van een ontsporing zou ook nuttig zijn, bijvoorbeeld: kunnen we tijdig detecteren als R in de algemene bevolking 1.1 of meer is? Bij een dergelijke waarde van R zou het aantal COVID-19 patiënten (en met enige vertraging het aantal ziekenhuis- en IC opnames) bijna verdubbelen per maand. Ook voor specifieke subgroepen zou het nuttig kunnen zijn om een definitie te geven van wat wordt beschouwd als de baseline of vergelijkingsgroep, hoe veranderingen in de loop van de tijd worden gevolgd, en wat wordt beschouwd als een onacceptabele toename?

Trends in de algemene bevolking

R wordt momenteel geschat op basis van data over ziekenhuisopnames en ic-opnames, aangevuld met informatie over de gerapporteerde eerste ziektedag. Dit lijkt redelijk goed te voldoen voor trends in de tijd, omdat we er vanuit gaan dat de criteria voor opname in het ziekenhuis en op de ic niet sterk veranderen in de loop van de tijd en de meeste ernstige COVID-19 patiënten gedetecteerd zullen worden. De belangrijkste beperkingen zijn: tijdigheid (door rapportagevertraging zijn er de schattingen pas enigszins betrouwbaar voor een periode van ongeveer twee weken geleden), en de mogelijk lagere kans voor ouderen (80+?) om naar het ziekenhuis te gaan en op de ic te belanden, zeker als zij zich in een verpleeghuis bevinden, terwijl deze groep wel belangrijk is voor een groot deel van de sterfte. Hebben jullie ooit gekeken naar de invloed van exclusie van bijv 75+ patiënten uit de ziekenhuis- en ic-opnames? Maakt dit iets uit voor de schattingen van R? Veel belangrijker is mijns inziens de kwestie van tijdigheid. Uit de grafieken van de laatste bijeenkomsten lijkt er haast sprake van overcorrectie voor rapportagevertraging in de afgelopen week. Wordt de correctiemethode ge-update, bijvoorbeeld indien er een trend is dat de rapportagevertraging afneemt? Ook kan ik mij voorstellen dat het verzamelen van data over de eerste ziektedag vertragend werkt, terwijl de meerwaarde mogelijk beperkt is. Zou voor de recente opnames (zeg afgelopen 1-2 weken) versnelling van de voorlopige schattingen mogelijk zijn door gebruik te maken van de tot nu toe verzamelde data over tijd tussen gerapporteerde eerste ziektedag en dag van opname in het ziekenhuis in combinatie met cijfers over de opnames per dag? Indien vertraging locatiespecifiek zou zijn, zou dan locatie kunnen worden meegenomen in de correctie voor rapportagevertraging? Of gebeurt dat al?

Indien in juni iedereen toegang zou krijgen tot testen bij klachten, zou dit, als het eenmaal werkt (mensen doen mee, huisartsen doen mee, voldoende teststraten etc), informatie moeten opleveren over het aantal nieuwe infecties per dag, en daarmee (na smoothing vanwege dag tot dag variatie) informatie over de trends in de incidentie. Echter, tijdens het uitrollen van dit systeem zullen resultaten zeer moeilijk interpreteerbaar zijn, omdat het de vraag zal zijn of een stijging van het aantal patiënten het gevolg is van een verbeterde dekkinggraad van testen of van een toenemende incidentie. Hetzelfde geldt denk ik voor interpretatie van de virologische weekstaten. Gezien het zeer grote gat tussen de geschatte incidentie (5000 per dag) en gerapporteerde cases (1000 per dag) in april, lijkt het aannemelijk dat er weken tot maanden over heen zullen gaan tot het uitgebreide testsysteem nuttige informatie gaat opleveren over trends in de incidentie. Voorlopig zijn mijns inziens de data van ziekenhuis- en ic-opnames daarom extreem belangrijk en is iedere stap die kan bijdragen aan het verkorten van de rapportagevertraging zeer waardevol en ook investering (mankracht) waard.

Gegevens over de mobiliteit zijn zeer belangrijk om de directe impact van maatregelen voor het beperken van de mobiliteit te volgen. Echter, het verband met R is indirect, en op uitsluitend mobiliteitsdata zullen denk ik geen beleidsbeslissingen worden genomen (dat is een ander voordeel van de ziekenhuis- en ic-opnames; het directe belang voor de volksgezondheid is evident, en een stijging zal meteen als zorgelijk worden ervaren). Om die reden vermoed ik dat Google data, ondanks de vertraging, hiervoor de belangrijkste informatiebron zullen blijven.

Trends bij subgroepen

Bij specifieke beroepsgroepen zoals onderwijzend personeel en contactberoepen zal bij versoepeling van de maatregelen behoefte zijn om eventuele covid-19 snel te detecteren. Als het lukt om veel grootschaliger te testen, ook in de algemene bevolking, levert dit mogelijk voldoende informatie op om iets te kunnen zeggen over trends in de subgroepen in vergelijking met trends in de algemene bevolking? Het uitwerken van een globaal plan hiervoor zou nuttig zijn?

Ik hoop dat sommige van de opmerkingen nuttig zijn. Succes met het vervolg, tot morgen,

(10)(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

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