

To: [5.1.2e] [5.1.2e] [5.1.2e] @rivm.nl]; [5.1.2e] [5.1.2e] [5.1.2e] @rivm.nl]
From: [5.1.2e] [5.1.2e]
Sent: Fri 3/12/2021 10:34:43 AM
Subject: RE: input nota scenario's (med inh)
Received: Fri 3/12/2021 10:34:44 AM
[20210312 Nota versnelling middellange termijn COVID-19 vaccinatie GE.docx](#)

From: [5.1.2e] [5.1.2e] <[5.1.2e]@rivm.nl>
Sent: vrijdag 12 maart 2021 11:18
To: [5.1.2e] [5.1.2e] <[5.1.2e]@rivm.nl>; [5.1.2e] [5.1.2e] <[5.1.2e]@rivm.nl>
Subject: FW: input nota scenario's (med inh)

Van: [5.1.2e] [5.1.2e] <[5.1.2e]@rivm.nl>
Verzonden: vrijdag 12 maart 2021 11:15
Aan: [5.1.2e] [5.1.2e] <[5.1.2e]@rivm.nl>; [5.1.2e] [5.1.2e] <[5.1.2e]@rivm.nl>
Onderwerp: RE: input nota scenario's (med inh)

Eea wat ik zo kon bedenken:

Huidige opschalingstrajecten

Vanaf half april dient Nederland klaar te zijn voor het zetten van 2,5 miljoen vaccinaties per week. Het grootste deel daarvan, namelijk 1,5 miljoen per week, zal door de GGD'en worden verzorgd. Daarnaast zullen ook huisartsen een deel van de opschaling verzorgen. Huisartsen kunnen ook priklocaties gaan verzorgen en op een aantal momenten bijspringen om maximaal een half miljoen vaccinaties per week te zetten. Tot slot kan er een beroep worden gedaan op de ziekenhuizen om ook Vanuit GGDGHOR en het RIVM wordt gewerkt aan het opschalen van het aantal gezette vaccinaties per week op de GGD priklocaties. De verwachting is dat er op 1 april rond de 1,1 miljoen vaccinaties kunnen worden gezet en rond half april 1,5 miljoen vaccinaties. Er wordt dus al op korte termijn uitbreiding van de prikcapaciteit verwacht. Acties die hiervoor worden ondernomen zijn het uitbreiden van de hoeveelheid en de omvang van priklocaties. Daarnaast wordt het ICT systeem uitgebreid en wordt er gekeken naar hoe er nieuw personeel verworven kan worden. Deze hoeveelheid vaccinaties wordt als de maximale belasting op het ICT systeem (CoronIT) gezien.

Mogelijke bottlenecks:

Scenario A:

Vraagt mogelijk grotere inzetbaarheid van partners naast GGD?

Scenario B:

Omgaan met verschillende vaccins

Schakelen tussen doelgroepen, steeds nieuw uitnodigingsproces?

Scenario C:

Eventueel opschalingsproblemen GGD

Mogelijke bottlenecks in verdere versnelling bij GGD kunnen zijn:

- Leveringen vaccinaties
 - Het aantal vaccins dat geleverd wordt is leidend in de mate waarin kan worden opgeschaald.
- Capaciteit ICT systeem
 - 1,5 miljoen vaccinaties wordt gezien als de maximale belasting van het ICT systeem CoronIT
- Personeel op priklocaties
 - Het aantal prikkers, artsen en overig personeel op priklocaties kan een bottleneck worden. Echter, er zijn veel partijen die hulp aanbieden, zoals ziekenhuizen, zorginstellingen en defensie, waarmee dit probleem overkomen kan worden.
- Uitnodigingsproces en de snelheid daarvan
 - Uitnodigingstraject via het versturen van een brief is mogelijk te langzaam, er wordt geïnventariseerd of mensen ook via een andere manier dan een uitnodigingspakket goed geïnformeerd kunnen worden over het coronavaccin. Met name voor mensen onder de 50, kan digitale informatievoorziening goed werken.
 - Het maken van een afspraak moet zoveel mogelijk online via www.coronavaccinatie.nl plaatsvinden, om zo het GGD afspraken callcenter te ontlasten.

- Monitoring
 - Monitoren van de opkomst wordt mogelijk lastiger wanneer er één grote groep wordt uitgenodigd?

From: 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>
Sent: vrijdag 12 maart 2021 10:55
To: 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>
Cc: 5.1.2e <5.1.2e@rivm.nl>
Subject: input nota scenario's (med inh)

Medisch inhoudelijke input:

Huidige strategie van de GR aanhouden

In eerste instantie zullen er niet voldoende vaccins beschikbaar zijn om iedereen te vaccineren. Om te bepalen wie voorrang zou moeten krijgen kunnen verschillende strategieën gebruikt worden. Gegeven wat nu bekend is over de vaccins en uitgaande van het huidige aantal besmettingen adviseert de Gezondheidsraad om in te zetten op het verminderen van ernstige ziekte en sterfte. Bij die strategie komen de mensen in aanmerking die hierop het hoogste risico lopen. Dat zijn 60-plussers en mensen die al andere specifieke ernstige aandoeningen hebben.

Leeftijd doorslaggevend:

1. > 60 begin met de oudste = 8 mln
2. Dan medisch risico onder 60 = 1 mln, hiervan 50% leeftijd 50-59
3. Dan zonder medisch risico <60 = 6 mln

In het scenario 3 leeftijd < 60 zonder medisch risico als een doelgroep zien (focus medisch inhoudelijk en logistiek voorkeur)

- Waarom niet 50-59 en medische risicogroep tegelijk zoals in advies GR (of doen we dat juist wel, lijkt mij namelijk wel het uitgangspunt)
 - 50-59 => suggestie in risico zelfde als medisch risico. => nog geen definitief advies. => 2 mln

Dat heeft vooral met vaccinhoeveelheden te maken. We willen heel graag de medische risicogroepen naar voren halen, omdat daarin ook veel schrijnende gevallen zitten. Als je dan de 50-59 erbij doet, scheelt dat weer 2 miljoen personen. Maar over de exacte grens hebben we niet heel diepgaand doorgedacht, die moet op basis van berekeningen vastgesteld worden, niet medisch inhoudelijk.

- Jansen overall inzetbaar en hou daarbij huidige strategie aan, zie conceptadvies

De commissie concludeert dat vaccinatie met het Ad26.COV2.S-vaccin werkzaam, 2 voldoende veilig en aanvaardbaar is voor volwassenen, ouderen en medische 3 risicogroepen. De commissie adviseert dan ook om dit vaccin in te zetten bij publieke 4 vaccinatieprogramma's gericht tegen COVID-19. Zolang nog niet alle ouderen vanaf 60 5 jaar gevaccineerd zijn, adviseert de commissie het Ad26.COV2.S-vaccin in te zetten bij 6 deze groep. Op die manier wordt zo veel mogelijk ernstige ziekte en sterfte voorkomen.

Mvg,

5.1.2e