

Notulen 5.1.2e 5-1

Vanuit de GGD-GHOR is 5.1.2e aangesloten bij de werkgroep. Hij vervangt 5.1.2e die de vorige keer was aangesloten en 5.1.2e verving.

Vanuit het RIVM is 5.1.2e aangesloten, zij vervangt 5.1.2e.

1) Terugkomst actielijst

Actie: 5.1.2e stuurt brochures van 5.1.2e door (zie bijlagen terugkoppeling 22-12). Input is welkom.

Actie: 5.1.2e kijken in januari naar een geperfectioneerde instructie naar aanleidingen van bevindingen onderzoeken.

Op basis van de interimresultaten van de thuissteststudie wordt gekeken waar verbeteringen nodig zijn. Dat overleg moet nog gepland worden.

Actie: 5.1.2e zoekt contact met LCI over hygiënerichtlijnen voor screeningstesten.

5.1.2e heeft contact gezocht met 5.1.2e en 5.1.2e van het RIVM.

Actie: 5.1.2e deelt afnamemethode Australische aanbieder, mits interessant.

Gesprek ging niet door, wordt later deze week gepland. Vooral afnamesysteem kan interessant zijn.

2) Toelichting verschillende typen thuisstesten 5.1.2e

Bij de medisch-diagnostische centra is een groot scala aan thuisstesten. 5.1.2e heeft enkele daarvan toegelicht. Een deel van de testen wordt door de patiënten zelf thuis uitgevoerd, maar daarbij gaat het vaak om chronische patiënten die een handeling vaker uit moeten voeren.

Bij de trombosedienst krijgen patiënten krijgen voor de thuisstest een fysieke opleiding, de laatste maanden gebeurt dat steeds vaker ook digitaal. De patiënt voert op basis van de test gegevens in op een apparaat, dat gekoppeld is aan een informatiesysteem. Voor vragen is een apart mailadres, bij spoed kan er ook naar een telefoonnummer worden gebeld.

Chronische niertransplantatiepatiënten bepalen zelf de toediening van creatinine, nadat ze daar een opleiding voor hebben gekregen. Diabetespatiënten voeren ook massaal thuisstesten uit.

Bestellen van thuisstesten gaat vaak via webshop, waarna materialen kunnen worden opgehaald op prikpost. Vaak zijn de materialen er dan een dag later. Bij die prikposten kunnen vaak ook monsters worden gebracht die nog geanalyseerd moeten worden.

Grote verschil van de bestaande thuisstesten ten opzichte van de antigeenthuisstesten, is dat er vaak sprake is van chronische patiënten die een handeling vaker uit moeten voeren en de kwaliteit van de monsterafname. Bloed en urine is vrij constant, de kwaliteit van een keel-/neusswab kan nogal verschillen.

3) Update validatie thuisstesten 5.1.2e

Studie loopt, ongeveer 100 inclusies per dag. Opschaling wordt in gang gezet, zodat de inclusie omhoog kan. Bereidwilligheid in teststraat is hoog, ongeveer 85% doet mee aan het onderzoek. Opvallend is dat kwart van de mensen in de teststraat zich zonder symptomen laat testen, dat kan van invloed zijn op de gevoeligheid. De kerstdagen kunnen van invloed zijn op de geïncludeerde populatie.

Specificiteit lijkt hoog. Om de sensitiviteit goed te kunnen duiden (vooral de antigeen-negatieve en pcr-positieve monsters), worden de positieve monsters gekweekt, als proxy voor besmettelijkheid.

Bij 100 positieven wordt een interim analyse gedaan. Op basis van die analyse wordt bepaald of er bijgestuurd moet worden en dan kunnen de bevindingen van 5.1.2e worden opgenomen. Het meest cruciale onderdeel van de test lijkt toch de swab, dus 5.1.2e is met 5 5.1.2e in gesprek of het mogelijk is om een aparte swab te ontwikkelen.

4) Update kwalitatieve afname (5.1.2e)

Op basis van de interimanalyse bij de thuishetststudie, wordt een afspraak gemaakt. Dan worden de bevindingen van het onderzoek meegenomen. Het uitknippen van de wat en de vloeistof in het buisje leveren nog wel eens wat onduidelijkheden op.

5) Update Fieldlabs 5.1.2e

Niet-WMO verklaring komt waarschijnlijk 5-1. Eerste event vindt waarschijnlijk 22-1 plaats, dan worden de eerste thuishetsten op 27-1 afgenomen. Voor die groep wordt de bestaande instructie gebruikt, nog onduidelijk hoe het callcenter moet worden ingericht.

Actie: 5.1.2e hebben buiten vergadering om contact over mogelijkheden callcenter.

6) Update scholen (5.1.2e)

In samenwerking met onder meer OCW en Berenschot druk bezig om alles in gang te zetten. Doel is om 18 januari te kunnen starten – afhankelijk van de duur van de lockdown – en voor vier weken proef te draaien. Daarna wordt de proef stapsgewijs landelijk uitgerold.

Er zijn nog wat issues met betrekking tot de AVG en een opt-out of opt-in. Voor de eerste fase wordt er samengewerkt met een private partij die de snelsten afneemt. Idee is om in tweede fase van het onderzoek wel gebruik te maken van zelfafname onder begeleiding van medewerkers van scholen, maar de inrichting daarvan is lastig. Voor opschaling is die tweede optie essentieel, omdat opschaling met private partijen niet haalbaar lijkt. De GGD heeft momenteel ook niet de ruimte om bij te dragen aan de pilot.

Voor de inrichting van teststraten zijn er vragen over de eisen met betrekking tot infectiepreventie, bijvoorbeeld voor het afvalmateriaal. Wat doe je met mogelijk infectieus materiaal, waarbij kinderen worden getest die anders in de klaslokalen zitten? De huidige LCI-richtlijn is nogal strikt, waardoor het voor scholen/instellingen lastig is om een eigen teststraat in te richten. Vraag is in hoeverre die kunnen worden aangepast of er een aparte richtlijn komen, voor populaties met een lagere prevalentie dan de mensen in de teststraten.

Aandachtspunten:

- ILT (Inspectie Leefomgeving en Transport) verantwoordelijk voor afvalverwerking van testmaterialen, die zijn daar over het algemeen heel strikt over.
- Hygiënemaatregelen hebben op scholen vaak niet de hoogste prioriteit. Daarbij kan zeker de testplek een risico op besmetting opleveren.
- Kleine afvalzakjes per test kunnen afvalverwerking mogelijk vereenvoudigen.

Actie: 5.1.2e bespreekt LCI-richtlijn in stuurgroep.

7) Update Schiphol 5.1.2e

Bij de brandweer op Schiphol draaien ze 2 of 3 24-uurs diensten per week. Idee is om voorafgaand aan iedere dienst te testen. Geen draagvlak voor de nasopharynx swab, wel draagvlak voor de

zelftest. Aanvraag is ingediend bij METC, de suggesties van METC zijn meegenomen en aanvraag is 4-1 opnieuw ingediend. Bij de pilot zijn er twee issues die naar voren komen door de regelgeving:

- 1) Afval. Wordt op Schiphol ondervangen omdat wordt begonnen in centrale ruimte, maar is lastiger als het op locatie zelf volgens de LCI-richtlijn moet worden ingericht.
- 2) Medische verantwoordelijkheid moeilijk te regelen, arbodiensten zijn niet happig op verlengde-arm-constructie waarbij zij eindverantwoordelijk zijn. Vraag is in hoeverre Schiphol daarvoor een andere partij kan inschakelen/inhuren, bijvoorbeeld een grote landelijke Arbo-aanbieder.