

Vlaamse overheid

Koning Albert II-laan 35 bus 33

1030 BRUSSEL

T 02 553 35 00

F 02 553 35 84

info@zorg-en-gezondheid.be

www.zorg-en-gezondheid.be

VERSLAG

////////////////////////////////////
datum: 5/06/2020

aanwezig: Dirk Dewolf (administrateur-generaal ZG), Michiel Callens (kabinet Beke), Karolien Van Dorpe (kabinet Jambon), Jan De Maeseneer (prof. em. namens VIVEL), Pierre Van Damme (UA), Roel Van Giel (voorzitter Domus Medica), Dirk Wildemeersch (teamverantwoordelijke Infectieziekten en Vaccinaties, ZG), Iris De Schutter (afdelingshoofd Preventie, ZG), Tom Vermeire (afdelingshoofd Woonzorg en Eerste Lijn, ZG), Thomas Boeckx (arts team Eerste Lijn, ZG), Wannes Verschueren (KPMG), Ria Vandenreyt (teamverantwoordelijke communicatie en coördinatie, ZG),

verontschuldigd: Karine Moykens (secretaris-generaal departement WVG)

voorzitter: Dirk Dewolf

verslaggever: Ria Vandenreyt

onderwerp: Stuurgroep Contacttracing
////////////////////////////////////

1 VERSLAG EN OPVOLGING AFSPRAKEN

Verslag wordt goedgekeurd.

2 TERUGKOPPELING UIT + BEPALEN STANDPUNTEN VOOR ANDERE ORGANEN

2.1 Interfederaal comité: standpuntbepaling app

Dominique Dejonckheere, ZG, licht kort toe.

Zorg en Gezondheid en Informatie Vlaanderen bereiden samen met de resp. kabinetten een gezamenlijke nota voor de Vlaamse Regering voor (non-paper) om een standpunt in te nemen. De meeste landen moeten nog uitrollen, dus het is moeilijk om te vergelijken. We zullen in de nota inzicht geven in de technologieën die er zijn en verwijzen naar de federale studie.

Er heeft een overleg plaatsgevonden met de verantwoordelijken voor de app in Duitsland. Daar blijkt dit een zeer grote uitdaging te zijn, vooral ook op vlak van sensibiliserende communicatie. Streefdoel: 47% bereik. De bouwkost bedraagt 15 à 20 mio euro, de infrastructuurkost 5 à 6 mio euro. Het gaat over een zeer complex project. Er is een team van 20 à 30 mensen om het programma op te zetten, te begeleiden en bij te sturen. Het is momenteel onduidelijk wat de impact zal zijn als de beoogde penetratie van de app in de bevolking bereikt wordt. Ook andere landen overwegen een app. Er zijn er ook die al op hun stappen terugkeren omdat de app onvoldoende wordt geaccepteerd door de bevolking.

ZG: als we voor een app opteren zullen we een stappenplan voorstellen met een voorbereidingsplan. Het kan interessant zijn om te zien met welke partners we in zee kunnen gaan i.p.v. zelf iets nieuw op te zetten. De gunningen zijn complex en als je verkeerde partner of technologie kiest is het moeilijk om dit nog om te keren.

Prof. De Maeseneer geeft aan dat hij net als Zorg en Gezondheid een aantal vragen en bedenkingen heeft:

- Er is geen wetenschappelijk onderbouwd bewijs dat dit effectief is
- Als we dit doen moet het goed werken (ook gelet op de hoge kost)
- Kost: vergelijkbaar met het bedrag waarmee je een geïntegreerd medisch dossier maakt, cf. Fins model. Als we investeren, investeren we beter in een duurzaam verhaal voor de toekomst. Dit zal bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Er komen veel aanbiedingen binnen. We willen ons echter niet met de bouw van een app bezig houden (wel met technologie). Wallonië blijkt geen grote voorstander (oa omwille van privacy).

Er is een verschil tussen een initiële investering en een herhaling van een project. Prijs: we hebben gevraagd aan de Duitse collega's om meer detail te ontvangen van hun prijsraming. Prof. Preneel geeft lagere bedragen. Mogelijks ligt de kost in het midden. De grootste kost zit in de communicatie naar de bevolking. Bouwen minder complex, maar moet wel voldoende volumers kunnen ondersteunen + robuust + privacygevoelig. Geen verdere info om hier meer conclusies te koppelen aan bedrag.

Het standpunt van het kabinet van de minister-president ligt hier niet ver vanaf. We bevinden ons in een fase zonder technologie die algemeen aanvaard is. We kunnen het ons echter niet permitteren om niks te doen. We moeten vooral toekomstgericht kijken (volgende golven) + aanvaarding realiseren bij de bevolking. We kunnen bekijken wat er mogelijk is. We vragen om de technologie zo neutraal mogelijk op te nemen in het juridisch kader. Er zijn meerdere mogelijkheden. Bij aanvang moeten we neutraal blijven zodat alle oplossingen mogelijk blijven, steeds met respect voor de privacy. Dat geldt ook voor het gebruik van de data door de overheid: enkel voor beleidsmatig gebruik (vb. bepalen hotspots).

Bepaalde bedrijfsgeneeskundige diensten zijn in contact met een bedrijf dat een app heeft ontwikkeld en waarmee wordt proefgedraaid (met QR-code). Het gaat over een systeem waarbij mensen verwittigd worden als ze langdurig contact hebben gehad met een positief getest persoon. Er beginnen meerdere van dit soort initiatieven te komen. De experts krijgen vragen om hierover advies te geven. Is dit ondersteunend voor het contactonderzoek (vb. mensen die in zelfde meeting, restaurant zijn, enz.)? Is dit meegenomen in de inventarisatie?

Dominique Dejonckheere stelt dat het gaat over twee aparte verhalen die al dan niet complementair zijn. Programma's focussen op de brede bevolking. Initiatieven binnen bedrijven, zorg, e.a. kunnen aanvullend zijn, maar ze koppelen is minder logisch.

Vragen hierbij: kunnen meerdere apps mij tegelijk contacteren? Kunnen de apps van het ene land met die van het andere land praten?

Het is niet evident om alle ontwikkelingen te volgen. Duitsland start op 15/6.

Conclusies:

- We moeten toekomstgericht denken
- Er zijn algemene + specifieke systemen
- Technisch zijn er nog veel vragen
- Juridisch kader: er is een jurist betrokken bij de besprekingen op het federale niveau. Het kader voor een app moet voldoende neutraal zijn (zie hoger). De jurist krijgt hiervoor het mandaat. Dit moet in een samenwerkingsakkoord worden opgenomen dat moet worden goedgekeurd door de Vlaamse Regering en het Vlaams Parlement.
- Interfederale Werkgroep Tracing App: ZG (Wouter De Jonghe) + AIV (Bjorn De Vits).

2.2 Task force zorg: teststrategie hoog risico contacten (als bijlage)

Document van uitgebreid overlegcomité als bijlage.

DM licht toe: er was een vraag om de teststrategie te herzien en meer te testen. Vorige week woensdag is dit in de RAG besproken. Binnen RAG was er consensus om hoogrisicocontacten te testen zodat snel duidelijk is wie hiervan positief test om zo opnieuw contacten te kunnen opsporen.

Er waren 2 discussiepunten: 1 of 2 PCR (bij negatief) + serologietesten.

- Serologietesten: consensus in RAG dat hier weinig wetenschappelijk evidentie voor is. Klinisch biedt dit geen meerwaarde. Serologie is belangrijk, maar we weten nog te weinig (longitudinale studies nodig).
- PCR: tweede test als resultaat bij eerste negatief om quarantaineperiode in te korten (14d).

Dit advies is naar RMG en IMC gegaan en beslist (zie bijlage).

Er blijft hierover echter discussie want voor sommige mensen wordt de quarantaine langer (bij tweede test positief = + 7d). Plus het schema is te complex om duidelijk uit te leggen. Bijgevolg verloopt de implementatie chaotisch wat betreft communicatie + voor testing en tracing.

ZG sluit zich hierbij aan: we leggen ons neer bij deze beslissing, maar het is geen goede beslissing. Er is wel consensus over de eerste PCR bij dag 1. Quarantaine van 14d is een maximum. Als index positief test en contact gecontacteerd wordt is al een deel van de 14d voorbij (gaat over 14 dagen na contact met index).

Het betreft een politieke beslissing. Aanleiding was de kritiek op de quarantaine + vraag naar meer testen. DM: er zijn 3 stromingen: 1/ quarantaine, 2/ idee dat meer testen = goed bezig (aantal testen = fetish), terwijl minder testen = minder vraag / minder besmettingen, 3/ push vanuit labo's (ook serologie).

Ook prof. Van Damme is akkoord met het standpunt van DM. Er is geen wetenschappelijke evidentie voor serologietest. De vraag moet gesteld waarom hier geld wordt aan gegeven.

3 NOTA JAN DE MAESENEER (ALS BIJLAGE)

Prof. De Maeseneer licht de nota toe:

Werken met kortere lijnen en decentrale opvolging. Sluit aan bij triage / testcentrum.

Element van public health in EL-zone = duurzaam naar de toekomst.

Als een medewerker van het contactcenter kan doorgeven aan contactpersoon in EL-zone werk je effectiever. Dit bestaat reeds zeer lang, oa in Afrika ikv ebola.

Deze nota is ook afgestemd met VIVEL.

Voorstel: nu we in fase van laag aantal besmettingen zijn dit uittesten in een vijftal EL-zones (zijn beschikbaar).

Bespreking:

Kabinet Beke is niet tegen nieuwe initiatieven, maar vraagt zich af of dit het juiste moment is om het systeem van het contactonderzoek te veranderen, net nu het systeem van contacttracing stabiel wordt. EL-zones zijn nog in ontwikkeling. Om hier nu extra coördinatoren voor te voorzien lijkt ons niet aangewezen.

Prof. De Maeseneer: beide zijn niet in tegenspraak: het beleid loopt door zoals nu en in de marge van het lopende beleid test je alternatieven uit. Je maakt een simulatie van hoe een interventie er zou kunnen uitzien.

Dirk Wildemeersch geeft aan dat dit naar analogie is met de GGD oplossing in NL. Als er in een EL-zone meer besmettingen zijn en dit niet in een collectiviteit is, is het moeilijk om te achterhalen wat er gebeurd is en dan is een epidemiologisch ankerpunt een goed idee.

Prof. De Maeseneer: bijkomend voordeel is dat hier ook de lokale besturen in gevat zijn.

Prof. Van Damme: het aspect vertrouwen en de korte lijnen zijn belangrijk. Aantal contactonderzoekers daalt. We bereiken niet wat we willen bereiken. We bouwen af maar het systeem is niet efficiënt. Hoe kunnen we dit optimaliseren en efficiënter maken? Goed om dit experiment in deze periode te doen zodat we voorbereid zijn op een 2^{de} golf. Pilotmatig uitproberen is zeker goed + huidig systeem laten lopen en optimaliseren.

ZG: geweer niet van schouder veranderen, maar complementair en voortdurend verbeteren. Dit moet niet negatief gepercipieerd worden.

Vragen:

- in praktijk: betekent dit dat we in 5 EL-zone uit centrale callcenter systeem stappen of dubbel?
- ander voorstel dan epidemiologisch ankerpunt?
- impact op huidige datamodel van Sciensano? Nieuwe bron van aanmeldingen? (datastromen zijn nog niet stabiel)

Jan De Maeseneer: het design van de piloot moet goed worden uitgetekend en mag niet interfereren met de rest. Kandidaten: gemotiveerde EL-zones (maar dat mag).

Belangrijk: de informatie vanuit EL-zone moet in zelfde databank kunnen worden opgeslagen (vereist koppeling van de EL-zones aan de databank).

ZG: EL-zone behandelen als apart contactcenter? Jan: ja, maar info gaat via kortere lijn (als arts aan patiënt resultaat meedeelt legt hij rechtstreeks verbinding met contacttracer).

Kabinet Beke: we zijn ook bezig met mobiele teams, we zitten in de staart van de epidemie, ... gaan we hier nog extra in investeren? We moeten dit rustig bekijken. Gaan we dan ook in IFC nog aparte stromen uitwerken?

De voorzitter bevestigt dat de ideeën moeten worden geordend.

ZG: vertrouwensband + relatie met contactonderzoek. Via netwerkorganisatie hieraan werken. Wel opletten dat we de EL-zones niet overbevragen. Waar kan je de vertrouwensband anders leggen? Kan je in contacttracing zelf die vertrouwensband creëren? Snellere win?

Prof. De Maeseneer: is sterk in Berlijn: mensen worden altijd door zelfde persoon gecontacteerd; Wel akkoord dat het nu moeilijker is omdat er weinig besmettingen zijn.

Afspraak: experimenteerruimte is ok, maar moet compatibel zijn met de bestaande systemen. Prof. De Maeseneer verwerkt de bezorgdheden in de nota.

4 WETENSCHAPPELIJKE INZICHTEN + LITERATUUR

Volgende vergadering

5 MONITORING: DATA CONTACTONDERZOEK - TOELICHTING DOOR KOENRAAD JACOB

Koenraad Jacob toont het dashboard.

We ontvangen sinds 1 week de Sciensano covid-19 databank met positieve testen (detail over index, hoog- en laagrisicocontacten + collectiviteiten). We slaan die dagelijks op, cf. GDPR. Het gaat over absolute cijfers. We moeten de data ook nog correct krijgen.

Nog toe te voegen:

- de collectiviteiten om te zien of zij in een besmettingsratio liggen.
- We kunnen nog meer detailinfo geven (interactief)
- doorlooptijd (testafname – wanneer in callcenter – field agent – op verschillende regionale niveaus in de tijd).

Als we deze info op zorgraadniveau hebben kan dit het lokale niveau / de EL-zone ondersteunen. Epistat en Sciensano zijn ook bezig met oefeningen. Zij kunnen niet dieper gaan dan postcode.

Afspraken:

Samen bekijken wat nodig is: beleidsmatig, virologisch / epidemiologisch, enz. Oa incidentie, evoluties, ...
Volgende week: overleg met interne en externe deskundigen. Hierna terug agenderen voor stuurgroep.

6 COMMUNICATIE

De bevraging bij 1000 burgers is klaar. Resultaten worden aan de stuurgroep voorgelegd (week 17/6).
Essentie: kennen mensen het contactonderzoek? Willen ze eraan meewerken? Wat vinden ze goed / slecht? Zijn ze bereid een app te gebruiken als die er komt?

Op basis hiervan kan de campagne worden uitgewerkt. Alle relevante partners worden hierbij betrokken. We werken hiervoor ook samen met Kanselarij en Bestuur – team Communicatie (koppeling met de lopende campagne). Dit wordt een langlopende campagne.

Timing campagne: start laatste week juni. In afwachting blijven we het contactonderzoek op andere manieren zelf verder in de kijker zetten.

7 OPERATIONEEL CONTACTONDERZOEK

7.1 Stand van zaken

We zijn in onderhandeling ivm afbouw contactonderzoek. Voorstel: 150 call centra + 50 field agents. Hierin zijn de tweede en derde lijn + de supervisors + evt. extra opdrachten (vb. binnenkomende telefoons) nog niet opgenomen. De overeenkomst voorziet een opschaling bij een epidemische verheffing.

Dit voorstel wordt nog politiek voorgelegd.

7.2 Feedback van overleg met Co-Prev over contactopsporing in bedrijven

Co-Prev zal een tekst bezorgen. Voorstel: als het over een klein bedrijf gaat contactonderzoek door callcenter. Vraag om dit te verduidelijken ivv aanpassing script. Boven drempel van klein bedrijf: verantwoordelijkheid bedrijfsgeneeskundige dienst.

Deze drempel bepalen zal niet eenvoudig zijn. Het gaat niet enkel over de grootte, maar ook over de complexiteit van de werkomgeving. Principe is wel goed.

Michiel Callens geeft aan dat is afgesproken om de terminologie te wijzigen: nauwe contacten ipv hoog risicocontact. Dirk Wildemeersch is hiervan niet op de hoogte. In de scripts wordt nog altijd hoog en laag risicocontact gebruikt (wat ook correct is).

8 VARIA

/