

To: (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]  
 Cc: (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]  
 Subject: Rol testen en opsporen in exitstrategie

Dag (10)(2e) (10)(2e) Cc (10)(2e) en (10)(2e)

Vlak voor het weekend vroeg (10)(2e) om alvast een lijn uit te werken over de rol van testen en opsporen (mbv apps) in de exitstrategie tbv de Kamerbrief. Afgelopen week al wat verkennende gesprekken gehad met (10)(2e) en RIVM. (10)(2e) heeft (10)(2e) betrokken om energie te zetten op de apps, zodat we dat ook ism GGDs kunnen oppakken indien daartoe wordt besloten.

Omdat in het verhaal over de exitstrategie alles met alles samenhangt lijkt het me wenselijk om komende dagen nauw af te stemmen, als OMT advies komt. De denklijn hieronder verbindt de verschillende onderdelen met elkaar: afschalen beschermingsmaatregelen in relatie tot meer testen en meer contactonderzoek.

Ik verwacht dat de denklijn aansluit bij OMT advies en gesprekken Catshuis vandaag. Hope it helps, en waar nodig bereid aan te schuiven deze week.

Hieronder de verhaallijn, opgebouwd vanuit testbeleid nu maar daarna verbredend

Gr  
 (10)(2e)

#### Stand van zaken testbeleid nu

- Per 6 april is het testbeleid verruimd. Niet langer worden uitsluitend zorgmedewerkers met patiëntcontact en risicogroepen van patiënten binnen het ziekenhuis, nu worden ook zorgwerkers en specifieke patiëntengroepen buiten het ziekenhuis getest als ze klachten hebben. De GGD'en gaan dit doen, uiteraard kan niet iedereen op de eerste dag al getest worden. Het RIVM heeft het testbeleid uitgewerkt en op basis daarvan kijken GGD'en of de zorgverlener en patiënt getest kan worden.
- Het verruimde testbeleid leidt volgens berekeningen van het RIVM tot een maximale behoefte aan testcapaciteit van ca. 22.000 tests/dag. De beschikbare testcapaciteit hiervoor is voldoende (bij normale werktijden 17.5000, bij ruimere werktijden maximaal 29.000 en groeiend dankzij meer laboratoria die zich laten valideren).
- De beschikbaarheid van testcapaciteit is behalve van voldoende personeel, ook afhankelijk van de toelevering van testmaterialen. Het wisselt of en waaraan er tekorten zijn. De LCT houdt samen met de Taskforce Diagnostiek goed overzicht van de voorraden en signaleert dreigende tekorten. Op basis hiervan volgt actie door inkoop via het Landelijke Coördinatiecentrum Hulpmiddelen en/of eventueel productie in eigen land. Hierbij speelt ook de Speciaal Gezant (10)(2e) een belangrijke rol.
- Daarnaast is de testcapaciteit afhankelijk van de *afnamecapaciteit* bij GGD'en, huisartsen en zorginstellingen. Ook hier geldt dat er voldoende materialen beschikbaar moeten zijn zoals persoonlijke beschermingsmiddelen en swabs.

#### Afschalingsstrategie (exitstrategie)

- Wanneer het aantal ziekenhuisopnames voldoende vertraagt, kunnen beheersingsmaatregelen stapsgewijs worden afgeschaald. Er kan hierbij worden gedifferentieerd naar groepen en op basis van regionale verschillen. Voor cruciale groepen zoals zorgmedewerkers, mantelzorgers, contactberoepen en andere kritische beroepsgroepen kan een andere regime gaan gelden dan voor de brede bevolking. Verder kan er gekeken worden of bepaalde regio's waar de druk op de IC-capaciteit afneemt sneller kan worden afgeschaald.
- De strategie voor het afschalen van de beheersingsmaatregelen zal moeten bestaan uit 1) voorkomen besmetting, 2) thuisblijven bij klachten en 3) testen en opsporen.

#### Voorkomen besmetting

- Voorkomen besmetting: de hygiënemaatregelen en de eis om fysieke afstand te bewaren dienen in stand te blijven. Er blijft immers een risico op heropleving van de uitbraak. Wel zou – met behoud van de eis om 1,5 meter afstand houden – de nadruk op thuisblijven kunnen worden verlicht.
- Een discussiepoint is hierbij of er striktere handhaving nodig en mogelijk is, en zo ja of hierbij gebruik zou moeten worden gemaakt van elektronische systemen als GPS-tracking en drones. Weegt de te verwachten bijdrage aan het voorkomen van een heropleving (tweede golf) op tegen de maatschappelijk-culturele impact (10)(2e) (10)(2e). De gevolgen op langere termijn (gewenning) mogen niet worden onderschat. Dat een maatschappelijke appél, zij het vertraagd, ook effect in Nederlandse context wordt aangetoond nu dit zonnige weekend de parken en pleinen toch leeg blijven. Zo ongedisciplineerd zijn we kennelijk toch ook weer niet als het kwartje eenmaal gevallen is.

#### Thuisblijven bij klachten

- Voor de algemene bevolking zou kunnen gaan gelden dat men bij klachten thuisblijft en uitzielt. Zonder klachten kan men in principe weer aan het werk, de scholen kunnen en horeca kunnen weer open, het openbaar vervoer kan weer worden gebruikt. Echter om de *anderhalve meter norm* te handhaven, zouden afspraken kunnen worden gemaakt over alternerend thuis-kantoor regime (om niet direct weer massaal in de trein op elkaar gedrukt te staan). Idem voor scholieren. Hervatting van evenementen vragen apart doordenking, dit kan wellicht pas nog weer later.

#### Testen en opsporen

- Voor bepaalde groepen kan een grotere inzet op eerder testen in combinatie met opsporen in de vorm van contactonderzoek (via de GGD) worden overwogen, ondersteund met een app.
- Bepaalde (beroeps)groepen (zorgwerkers, mantelzorgers, leraren, kritische beroepen) zouden kunnen worden getest op besmetting wanneer zij (milde) klachten hebben.
- Dit zou kunnen leiden tot een grotere behoefte aan testcapaciteit, waarbij wel geldt dat er in deze fase minder besmettingen plaatsvinden, besmette personen vaker gezondere mensen zijn die mildere klachten zullen hebben en mensen in de zomer minder vaak verkoudheidsverschijnselen hebben zodat het aantal onnodige testen mogelijk beperkt blijft.
- Mocht blijken dat het aantal uitgevoerde tests binnen de beschikbare testcapaciteit geleverd kan worden, kan wellicht het aantal groepen dat bij lichte klachten wordt getest worden uitgebreid. Ook zou herhaald testen voor sommige beroepsgroepen kunnen worden overwogen.
- Bij een positief testresultaat zal iemand bij milde symptomen in thuisquarantaine gaan om uit te zieken, bij zware klachten in behandeling worden genomen.
- Het lijkt aanbevolen dat alle Nederlanders bij de start van 'afschalingsfase' wordt gevraagd door hun GGD om een app te installeren. Deze app houdt bij welke overige app-gebruikers gedurende de afgelopen dagen bij de besmette persoon een bepaald aantal minuten in een straal van x meter zijn geweest. Dit kan via Bluetooth, zodat er *geen locatie*-gegevens hoeven te worden gebruikt (minder privacy bezwaren)
- Via deze app kunnen deze personen een bericht krijgen over het besmettingsrisico dat zij hebben gelopen gedurende de afgelopen periode, doordat zij met een besmette persoon in contact zijn geweest. NB een besmette persoon is 2-3 dagen voordat de ziekte zich manifesteert besmettingsrisico voor anderen. Deze personen (in ieder geval kwetsbare/risicovolle groepen) worden verzocht om thuis te blijven gedurende xx dagen en krijgen dan – als verschijnselen uitblijven – een bericht dat zij weer naar buiten mogen.
- Tevens wordt hen gevraagd om een landelijke zelfmanagement-app te installeren die is verbonden met hun lokale zorginstelling. Op dagelijkse basis geven zij hun gezondheidsconditie (temperatuur) door, opdat zij bij symptomen kunnen worden opgeroepen om naar de kliniek te komen.
- *Optioneel*: de data over het verloop van iemands gezondheidsconditie kunnen input geven voor een functionaliteit die is gekoppeld aan een 'Corona-vrij' verklaring bij het scannen van een QR-code. Hier kleven maatschappelijke en ethische bezwaren aan. Zie verder onder testen op immuniteit.

#### Testen op immuniteit

- In de afschalingsfase kan worden gestart met testen op immuniteit. Er hoeft overigens niet te worden gewacht: testen op immuniteit is betekenisvol zodra er betrouwbare tests beschikbaar zijn. Wel neemt de voorspellende waarde toe naarmate de immuniteit van de gehele bevolking toeneemt.
- Maatschappelijk gezien het meest relevant is de *individuele* test op immuniteit. De vraag is wel voor wie. Er zijn twee redenen waarom het beste kan worden gestart met het testen van bepaalde groepen (zorgwerkers, mantelzorgers, bepaalde categorieën patiënten, kritische beroepen). De eerste reden is schaarste aan betrouwbare testkits, de tweede reden is dat zolang de prevalentie van immuniteit nog vrij laag is, de voorspellende waarde van de test op immuniteit ook lager is.
- Wanneer de prevalentie van immuniteit stijgt, neemt ook de voorspellende waarde van de uitslag toe. Om deze reden (en om inzicht te verkrijgen in de verspreiding van het virus) is serologisch bevolkingsonderzoek van belang. (NB Het is niet zo dat met dit onderzoek wordt ingezet om vast te stellen of er sprake is van 50-60% immuniteit, en daarmee het moment van afschaling van maatregelen vast te stellen.)
- Belangrijk is dat naarmate de consequenties die worden verbonden aan de uitslag van de serologische test groter zijn, de tests betrouwbaarder moeten zijn.
- De inzet van de serologische test voor het vaststellen van *immuniteit* heeft tot doel dat iemand bij een positieve uitslag weer aan het werk kan, met minder of geen beschermingsmiddelen c.q. niet in quarantaine hoeft. Dit is primair aan de orde voor de inzet van zorgpersoneel in risicovolle omstandigheden. Daarvoor is essentieel dat met 99% zekerheid kan worden gezegd dat de persoon in kwestie Covid-19 heeft gehad. Dat sluit het risico op een vals-positieve (ten onrechte immuun verklaard) uitslag uit.
- Een serologische test is gericht op het vaststellen van antistoffen. Daarbij gaat het er om dat de test voldoende specifiek is om precies de anti-stoffen te detecteren die horen bij Covid-19. Bovendien moet het daarbinnen gaan om de anti-stoffen die daadwerkelijk zorgen voor bescherming.
- Ook is van belang dat de test voldoende *sensitief* is, dat wil zeggen dat met voldoende zekerheid kan worden gezegd dat aanwezige anti-stoffen daadwerkelijk worden gedetecteerd.
- Voor zorgpersoneel is de voorkeur dat wordt gewerkt met de meest betrouwbare test, de zogeheten ELISA-test die via labonderzoek worden uitgevoerd.
- Ook kan voor dit doel de inzet van sneltests worden overwogen, mits deze voldoende specifiek (>99%) zijn. Voor sneltests kan een lager (60-80%) niveau van sensitiviteit worden geaccepteerd, omdat een vals-negatief resultaat (je hebt de ziekte niet gehad) niet leidt tot blootstelling aan risico van de persoon of diens omgeving (de persoon zal niet onbeschermd aan het werk gaan of nog thuisblijven).
- Er is een maatschappelijk debat over inzet van sneltests op grote schaal. Een risico van de inzet van sneltests op grotere schaal onder de bevolking is dat hierover verwarring kan ontstaan. Sneltests kunnen namelijk tot op zekere hoogte ook *besmetting* vaststellen doordat zij antigenen kunnen detecteren bij personen die het virus op dat moment dragen. Probleem is echter dat de sensitiviteit in de eerste dagen laag is en toeneemt tot zij maximaal is op 4 weken na start van de ziekte. Het risico op een vals negatieve uitslag (uitslag zegt: je hebt de ziekte niet, terwijl je het wel hebt) is dus vrij aanzienlijk. De consequentie zou zijn dat iemand –in de veronderstelling niet besmet te zijn en dus niet in isolatie te gaan- weer een verspreider wordt.
- Bij experts is de zorg dat de inzet van sneltest –zelfs als deze uitsluitend worden aangeboden voor het vaststellen van immuniteit- onder het grote publiek tot verwarring kan leiden.
- Tot slot is een nadeel van sneltests dat de kwaliteit van de registratie van resultaten naar verwachting niet hoog zal

zijn.

(10)(2e)

(10)(2e)

M +31 (10)(2e)

E (10)(2e) @minvws.nl