



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

verslag

Onderwerp	Deskundigenberaad (DB) COVID-19
Vergaderdatum en -tijd	10 november 2022, 13.00-15.00 uur
Vergaderplaats	MS Teams en RIVM, U 0.22
Voorzitter	5.1.2e

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

KvK Utrecht 30276683

T +31 88 689 8989
info@rivm.nl

LCI
LCI
T +31 88 689 7000
lci@rivm.nl

Aanwezigen: zie deelnemerslijst (bijlage).

1. Welkom en opening vergadering

De voorzitter opent de vergadering en licht het doel van het DB kort toe. Tijdens dit DB bediscussieren we de visies, vanuit care, cure en public health, op ruimte voor een versoepeling van maatregelen voor zorgmedewerkers en de maatschappelijke consequenties. Hierin wordt de capaciteit van de zorg meegenomen en wordt ook rekening gehouden met de adviezen voor de samenleving. De voorzitter benadrukt het vertrouwelijke karakter van dit overleg. Vervolgens wordt het belang benadrukt van het invullen en toesturen van de belangenverklaring.

2. Verloop van de epidemie (toelichting

5.1.2e

In Infectieradar daalde het aandeel personen met COVID-achtige klachten de afgelopen weken. Ook het aantal testen bij (-30%) en meldingen aan (-37%) GGD'en nam af in alle leeftijdsgroepen vergeleken met vorige week. In verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen is er een afname van het aantal bewoners met een COVID-19-diagnose in de afgelopen week (-34%) en een afname van het aantal nieuw geregistreerde locaties met besmettingen in de afgelopen week (-24%). Een daling van de virusvracht is ook terug te zien in de rioolcijfers. De omikronvariant BA.5 met subvarianten wordt het meest gedetecteerd. De BF.7 wordt veel gezien, maar de BQ.1-variantdetectie neemt de laatste weken sterk toe. Er zijn nu geen aanwijzingen dat de subvarianten ziekmakender zijn dan de eerdere omikronvarianten. Het reproductiegetal daalt en is onder de 1.

Het aantal nieuwe ziekenhuisopnames en IC-opnames van patiënten met SARS-CoV-2 daalde vergeleken met de week ervoor, respectievelijk 26% en 38%. Vanaf midden oktober daalt het dagelijks aantal ziekenhuisopnames in de leeftijdsgroep 60 jaar en ouder bij alle vaccinatie-statusen. In de afgelopen 5 weken was de incidentie van ziekenhuis en IC-opnames het hoogst bij ongevaccineerde 80+'ers en het laagst bij personen die de najaarsprik al gehaald hebben. Personen van 60 jaar of ouder die de najaarsprik hebben gekregen, hadden een 63% lager risico op ziekenhuisopname dan personen die wel de basisserie, booster of eerdere herhaalprik hebben gekregen, maar niet de najaarsprik (relatieve risicoverschil (RRV) -63%). Voor opname op de IC (intensive care) was dit relatieve risicoverschil -55%.

Resultaten van de NVALT-enquête onder 233 patiënten bevestigen het beeld dat veelal oudere patiënten met onderliggende aandoeningen worden opgenomen. Bij 55% was COVID-19 de primaire reden van opname. Slechts 21% van de

opgenomen patiënten is opgenomen met ernstige longproblemen. De sterfte is nog steeds verhoogd. Er is vooral oversterfte bij Wlz-gebruikers en 80+'ers. Het aantal ziekenhuis- en IC-opnames is lager dan bij vorige golven. Dat laat zien dat er minder ernstige ziekte is.

In oktober was het verzuim in Nederland vrij hoog, dat lijkt nu weer af te nemen. Het algemeen verzuimpercentage ligt lager dan in het onderwijs en in de zorg.

Onderzoek van het Radboudumc laat zien dat de gemiddelde Ct-waarde van positief geteste zorgmedewerkers met milde versus ernstige klachten nauwelijks verschilt.

3. Visie op ruimte voor versoepeling van maatregelen zorgmedewerkers en maatschappelijke consequenties

3.1 Internationaal beleid (toelichting

5.1.2e

Internationale adviezen met betrekking tot testen en isolatie lopen uiteen. De WHO adviseert minimaal 10 dagen isolatie én tenminste 3 dagen klachtenvrij. De ECDC hanteert een meer complex isolatieadvies waarin onderscheid gemaakt wordt aan de hand van vaccinatiestatus en het ontvangen van of werken in de zorg. Het ECDC-advies voor gevaccineerde personen is bijvoorbeeld isolatie tot klinische verbetering en 24 uur koortsvrij én 2 maal negatieve test óf 6 dagen isolatie. Ook in de landen om ons heen varieert het beleid van thuisblijven als je ziek bent en alleen testen van kwetsbaren en zorgmedewerkers (Denemarken en Zweden), tot testen bij klachten en isolatie van 5 dagen (Frankrijk) of testen bij klachten en isolatie van 7 dagen en 3 dagen klachtenvrij (België). De uptake van het beleid in de verschillende landen is voor het DB niet bekend.

3.2 Cure aspect (toelichting

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

Er worden verschillende argumenten aangedragen om het test- en isolatiebeleid voor zorgmedewerkers te versoepelen.

- Er wordt gesteld dat het huidig testbeleid voor zorgmedewerkers niet meer proportioneel en rationeel is. Een deel van het DB stelt dat de druk op de zorg ten gevolge van het verzuim groter is dan de druk op de zorg ten gevolge van opnames door COVID-19. Blijft het zorgpersoneel langer thuis dan nodig?
- Het risico voor de individuele gezondheid ten gevolge van COVID-19 is kleiner door de verworven immuniteit (infecties en vaccinaties), evolutie van het virus (lagere pathogeniteit) en betere klinische behandelmogelijkheden. Een SARS-CoV-2-infectie leidt tot een milder ziektebeeld, ook bij kwetsbaren. De mortaliteit neemt af en is meer vergelijkbaar met andere respiratoire aandoeningen. Dat pleit voor een focus op generieke infectiepreventie in plaats van COVID-19-specifieke maatregelen; een meer klachtgestuurd in plaats van testgestuurd beleid. Het aantonen of uitsluiten van een specifieke verwerker is in dit beleid niet meer nodig/zinvol.
- Het uitdragen van generiek infectiepreventiebeleid en de compliance daarvan bevorderen is van belang. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van het huidige bewustzijn rondom infectieziekteoverdracht dat er is door de COVID-19-pandemie: het 'COVID-19-momentum'.

- De verwachting is dat infectiepreventiebeleid goed kan worden uitgevoerd omdat zorgmedewerkers gewend zijn om met PBM te werken.
- Veel ziekenhuizen testen momenteel alleen patiënten met respiratoire klachten op SARS-CoV-2 en doen niet meer aan screening bij patiënten zonder deze klachten.
- Infectiepreventiebeleid ten aanzien van respiratoire virussen in de zorg heeft verschillende doelen: het voorkomen van nosocomiale transmissie (1) om kwetsbare patiënten te beschermen, infecties bij en uitval van personeel te voorkomen en voor landelijke beheersing van de epidemie. Een ander doel is de optimale inzet van zorgmedewerkers (2), waaronder het voorkomen van onnodig kortdurend verzuim.
- De attack rate en viruscirculatie van SARS-CoV-2 is nog steeds hoog en een stuk hoger in vergelijking met influenza. SARS-Cov-2 is nog steeds het dominante respiratoire virus. COVID-19 is niet gelijk aan influenza, daarom wordt testen voor zorgmedewerkers aanbevolen in het huidige beleid.
- Ziekenhuisafdelingen met verhoogd kwetsbare patiënten, zoals hematologieafdelingen, kunnen afwijkend en strenger beleid hanteren.
- Het COVID-19-beleid voor zorgmedewerkers moet in relatie staan tot het beleid in de samenleving, het beleid dient duidelijk verdedigbaar en consistent te zijn.
- In het DB is er consensus over het voor zorgmedewerkers hanteren van een meer algemeen, klachtgestuurd beleid in plaats van een specifiek, COVID-19-testgestuurd beleid.
- Een positief geteste medewerker houdt zich mogelijk beter aan maatregelen dan anderen met milde klachten zonder duidelijke verwekker. Een negatieve test geeft aan de andere kant mogelijk schijnveiligheid.
- Inzet van positief geteste medewerkers vereist adequate naleving van bestaande regels ter preventie, zoals mondneusmaskerbeleid.
- De Federatie Medisch Specialisten (FMS) heeft doelen en randvoorwaarden gesteld voor de inzet van COVID-19-positief geteste medewerkers. Een trapsgewijze inzet van zorgmedewerkers kan overwogen worden.

3.3 Care en huisartsen aspect (toelichting)

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

- **5.1.2e** deelt data over het overlijdensrisico na COVID-19-besmetting. In zijn data is het sterftcijfer na COVID-19-besmetting ongeacht (geregistreerde) vaccinaties tussen 18-5-2022 en 7-11-2022 (n=1562) lager (9%) dan het sterftcijfer wanneer COVID-19 is uitgesloten (14%) in dezelfde periode (n=923).
- Binnen de langdurige zorg is er weinig zicht op het testregime bij zorgmedewerkers. Er zijn twijfels over de opvolging van de bestaande adviezen.
- Voorstel is om bij milde (respiratoire) klachten ongeacht oorzaak te werken met mondneusmaskers en COVID-19-diagnostiek in te zetten. Bij een positieve test is het voorstel om beleid in te zetten conform het beleid voor de algemene bevolking, met extra aandacht voor kwetsbaren.
- Ook vanuit de care is het voorstel om infectiepreventie, zoals mondneusmaskerbeleid, breed in te zetten voor het voorkomen van

andere respiratoire aandoeningen en daarvoor het COVID-19-momentum te gebruiken.

- Het is van belang dat het beleid voor de zorg samenhangt met het beleid voor de algemene bevolking. Ook is het van belang dat het beleid voor ziekenhuizen niet anders is dan voor andere vormen van zorg. Denk daarbij ook aan andere sectoren zoals vervoer van patiënten.
- In de eerstelijnszorg zijn ook twijfels aan de proportionaliteit van de huidige maatregelen, zeker gezien daar minder intensief patiëntencontact plaatsvindt. Voorstel is om zorgmedewerkers met milde klachten wel te laten werken onder bepaalde randvoorwaarden, zoals 1,5 m afstand, goede hygiëne en een mondneusmasker.

3.4 Populatie/public health aspect (toelichting

5.1.2e

5.1.2e

en

5.1.2e

- Ook vanuit public health aspect is er draagvlak voor het breed inzetten van infectiepreventiemaatregelen ten behoeve van het voorkomen van transmissie van respiratoire infectieziekten en om daarvoor het COVID-19-momentum te gebruiken.
- Hoofddoel vanuit public health is het beperken van verspreiding in de community en beschermen van kwetsbaren.
- Er moet aandacht zijn voor de proportionaliteit van maatregelen: continuïteit van zorg en het beperken van gezondheidsschade versus het beperken van verspreiding en het beschermen van kwetsbaren.
- Voorstel is om de richtlijn in stand te houden, maar gemotiveerd afwijken kan. Dus als zorgcontinuïteit in gedrang is, mag isolatie onderbroken worden, mits goed onderbouwd en te instrueren voor PBM-gebruik. Voorstel om testbeleid (PCR zorgmedewerkers bij klachten) in stand te houden de komende maanden. Dit ook om jobbeleid te voorkomen.
- De algemene trend is dat aandacht voor COVID-19 afneemt in de samenleving. Er is minder aandacht op (sociale) media en het aantal vragen bij het RIVM en de Rijksoverheid neemt af.
- De communicatie over basisadviezen ging van specifieke COVID-basisadviezen naar een combinatie van COVID-adviezen die in de huidige fase van belang zijn en basisadviezen die voor meer infectieziekten gelden.
- Verschillende scenario's leiden tot verschillende aandachtspunten in de communicatie naar de samenleving. Als het test- en isolatieadvies gelijk blijft kunnen er vragen komen over de uniformiteit van beleid in Nederland en de toegankelijkheid van de zorg. Bij versoepelen in de zorg dient goed onderbouwd te worden waarom juist versoepeld wordt op plekken waar veel kwetsbare mensen komen. Ook kan het aanleiding zijn voor verdere verlaging van de urgentie. In een scenario van breed versoepelen dient goed uitgelegd te worden hoe dat beleid past bij de huidige stand van de thermometer. Ook is dan de vraag welk beleid er komt bij een opleving, dat zou kunnen resulteren in jobbeleid. Communicatie valt of staat met de onderbouwing van de keuze. Tot waar rijkt het medisch-epidemiologisch advies en waar gaat het over bredere (maatschappelijke) impact?
- Gedragsreflectie op de afschaling van maatregelen in de zorg geeft verschillende inzichten. De naleving van isolatieadviezen is nog vrij hoog, met name na een positieve test. Zorgmedewerkers hebben meer moeite

en een lager draagvlak voor thuisblijven bij klachten, maar niet na een positieve test. In huidige data vanuit burger- en zorgmedewerkersperspectief is geen urgentie op te maken om isolatieadvies na een positieve test op te heffen; en enigszins bij klachten.

- Aanpassing beleid (zorgmedewerkers met COVID-19 in het ziekenhuis laten werken bij geen of milde klachten met mondneusmasker) is acceptabel voor 50-70% van de mensen (15% neutraal) en neemt toe naarmate het risico lager is en de noodzaak groter. Geen verschillen tussen wel/niet zorgmedewerkers.
- Bij gewijzigd beleid vindt de meerderheid dat andere beroepsgroepen dan ook onder deze voorwaarden naar het werk mogen en geeft 1/5 mensen aan dan zelf niet meer te testen en isoleren
- Aandachtspunten bij de afschaling van maatregelen in de zorg: goede onderbouwing nodig voor de effectiviteit van mondneusmaskergebruik, gratis zelftesten overwegen voor zorgmedewerkers, aandacht voor mogelijk effect op kwetsbare patiënten en familie, vermijden van zorg in verband met angst voor COVID-19.

3.5 Discussie

De voorzitter leidt de discussie in. Voorafgaand aan de discussie stelt het DB dat:

- Het DB houdt in deze discussie rekening met de huidige epidemiologische situatie. In het geval van een nieuwe variant met andere eigenschappen zal ander beleid nodig zijn, dat scenario is geen onderdeel van de discussie die nu volgt.
- Los van wat er in dit DB wordt afgesproken is er altijd maatwerk mogelijk, bijvoorbeeld voor specifieke afdelingen in ziekenhuizen. In deze discussie gaan we niet op zoek naar een beleid dat alles dekt.
- Het DB heeft consensus over testbeleid voor patiënten: alleen patiënten met respiratoire klachten dienen getest te worden op SARS-CoV-2. Van patiënten zonder die klachten is dus niet bekend of zij een COVID-19-infectie hebben.
- De vragen die centraal staan in de discussie zijn: moeten zorgmedewerkers met klachten getest worden (met PCR)? Onder welke voorwaarden kunnen zorgmedewerkers met een positieve test wel of niet werken?

Argumenten en aandachtspunten vanuit de discussie:

- Het is lastig als er veel verschil is tussen beleid voor zorgmedewerkers en de algehele samenleving. Het beleid moet consistent en goed onderbouwd zijn. Het is moeilijk uit te leggen om juist in de zorg (met kwetsbaren) ander beleid te hanteren.
- Een mogelijke verandering van beleid moet positief geframed worden: het gaat niet om versoepelingen, maar juist om verbreding van beleid. Een focus op respiratoire klachten, in plaats van COVID-19. Infectiepreventie was er altijd al, dit wordt nu breder geïmplementeerd en daarbij maken we gebruik van het momentum.
- Medewerkers met respiratoire klachten zouden ook mondneusmaskers moeten dragen. Echter, mogelijk ondermijnt een negatieve SARS-CoV-2-test het gebruik van PBM. Duidelijke criteria, zoals een testuitslag, verhogen mogelijk de compliance. Terwijl geen testadvies mogelijk de urgentie verlaagt.

- Met name langdurig en middellang verzuim veroorzaakt het hoge verzuimpercentage. Het langdurig en middellang verzuim wordt met name veroorzaakt door problematiek samenhangend met de ervaren verhoogde werkdruk. Het voorkomen of verminderen van kortdurend verzuim heeft slechts een klein effect (1 à 2 procentpunten) op het verzuimpercentage van 8%. Door krapte in de zorg heeft het kortdurend verzuim echter wel effect op de inzetbaarheid en zorgcontinuïteit. Uitval van iedere zorgmedewerker levert problemen op in de zin dat roosters niet gevuld kunnen worden en deze ad hoc moeten worden ingevuld door andere collega's.
- Een aantal DB-leden geeft aan dat de winter, vlak voor het griepseizoen, nog geen goed moment is of het nog niet aandurft om test- en isolatieadviezen voor zorgmedewerkers aan te passen. We hebben COVID-19-problematiek bovenop de bekende problematiek van andere respiratoire infecties. Aan de andere kant verloopt een COVID-19-infectie over het algemeen mild en heeft de meerderheid van de Nederlandse bevolking immuniteit opgebouwd door middel van vaccinatie en/of doorgemaakte infectie. Sanquin laat zien dat een groot deel van de bevolking (jongvolwassenen circa 80%) antistoffen tegen de omikronvariant heeft. De attack rate ligt nog wel een stuk hoger dan bij influenza.
- Veel zorgmedewerkers hebben een COVID-19-infectie opgelopen tijdens het werk (20%) in een periode met mondneusmaskerplicht, met name via contact met collega's. Ook vanuit juridische en ethische aspecten kun je medewerkers niet verplichten om te werken met een COVID-19-infectie.
- Waarom wil je nog verschillend beleid voor een SARS-CoV-2-infectie en een infectie met een andere verwekker? Waarom is testen dan nog zinvol? Kan de isolatieduur worden ingekort, is het nog proportioneel om thuis te moeten blijven zonder klachten?
- Zorgmedewerkers zijn gewend om te werken met PBM, aan de andere kant staat de compliance van infectiepreventiemaatregelen ter discussie.
- Opmerking: het afvoeren van met SARS-CoV-2 besmet afval brengt hoge kosten met zich mee die niet meer proportioneel geacht worden. Er dient gekeken te worden naar een oplossing. Dit valt echter buiten de scope van dit DB.
- Er dient ook aandacht te zijn voor de gezondheid en zorg in het algemeen, zoals de consequenties van alle uitgestelde zorg.
- Wie zijn momenteel de kwetsbaren/de mensen met een risico op ernstig beloop van COVID-19? Waarschijnlijk niet meer alle 70+'ers maar wel bijvoorbeeld de hematologiepatiënten. De groep kwetsbaren zal opnieuw gedefinieerd moeten worden.

4. Samenvatting van de adviezen door de voorzitter

In dit DB zijn veel meningen verzameld. Er is een grote gemene deler, maar we kunnen nu nog geen eenvoudige conclusie en concreet advies formuleren. Dit vereist verdere uitwerking.

5. Publiciteit en bekendmaking adviezen

Het RIVM maakt in samenwerking met de FMS een voorstel waarin verschillende scenario's zijn uitgewerkt. We komen hier volgende week op terug om dan

gericht door te kunnen praten. Er komt naar aanleiding van dit DB geen adviesbrief naar het ministerie.

6. WVTTK

Er is geen gebruik gemaakt van WVTTK.

7. Sluiting en vervolgspraken

De voorzitter bedankt de deelnemers van het DB voor hun bijdrage en sluit de vergadering. Volgende week volgt het 2e DB COVID-19.