

Secretariaat Ministerraad
Ministerie van Algemene Zaken

MINISTERIËLE COMMISSIE COVID-19

Kenmerk : 3760290

AGENDA

Vergadering te houden op dinsdag 15 februari 2022
in de Rolzaal op het Binnenhof in Den Haag,
aan te vangen 's morgen 10.15 uur

-
- | | | |
|----|--|---|
| 1. | Beeld en maatregelen | |
| | a. Epidemiologisch beeld | o |
| | b. Maatschappelijk beeld | o |
| | c. Maatregelen | o |
| | d. Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 BES | x |
| 2. | Testcapaciteit Testen voor Toegang maart tot juni 2022 (Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) | x |
| 3. | Tijdelijke impuls behoud langdurig zieke zorgverleners (Brief van de minister voor Langdurige Zorg en Sport) | x |
| 4. | Uitwerking domeinoverstijgende herstelopgaven DG Samenleving en Covid-19 | • |

Stukken rondgezonden ter kennisname van de commissie

- 140° OMT-advies

- x stukken zijn rondgezonden
- o stukken worden rondgezonden
- stukken zijn in de samenwerkingsruimte geplaatst
- = geen stukken
- A aanbiedingsdatum



agenda

MCC-19

Omschrijving MCC-19, agenda
 Vergaderdatum en -tijd 15 februari 2021, 10.00 – 12.00 uur
 Vergaderplaats AZ

1. Beeld en maatregelen

1a. Epidemiologisch beeld

Korte samenvatting

Hieronder vindt u de annotatie bij het epidemiologisch beeld van 14 februari 2022.

Advies

U kunt onderstaande punten gebruiken voor een extra duiding op het virus.

Kern algemeen Beeld 14/02/2022:

- Het aantal nieuwe positief geteste personen is op 14 februari: **55.116** ten opzichte van 60.227 gisteren.
- De afgelopen zeven dagen (8-14 februari) werden gemiddeld **119.093** positieve testen per dag geregistreerd. Dat is **55,8%** meer dan de week ervoor. N.B. Op dinsdag 8 februari jl. heeft een grote correctie bij het RIVM plaatsgevonden in het aantal positief geteste personen. Deze correctie werkt t/m 14 februari door in het 7-daagsgemiddelde.
- Het 7-daags gemiddeld percentage positief vanuit de GDD-teststraten is **57,9%**.
- Het 7-daagsgemiddelde nieuwe opnames kliniek (8-14 februari) is **183,4** t.o.v. 179,1 de week ervoor (1-7 februari) (bron: LCPS).
- Het 7-daagsgemiddelde nieuwe opnames IC (8-14 februari) is **13,6** t.o.v. 15,4 de week ervoor (1-7 februari) (bron: LCPS).
- Het aantal bezette bedden in de kliniek bedraagt **1.373** (14 februari) t.o.v. 1.279 de week ervoor (7 februari) (bron: LCPS).
- Het aantal bezette bedden op de IC bedraagt **181** (14 februari) t.o.v. **214** de week ervoor (7 februari) (bron: LCPS).
- De **R-waarde** op basis van Osiris meldingen op 14 februari: **1.09** (1.08-1.10 o.g.v. 27 januari) (bron: RIVM, 11 februari). Eerder was de R-waarde: 1.11 (1.10-1.11, o.g.v. 24 januari) (bron: RIVM, 8 februari).

Extra informatie

- Per 10 februari is de **inschaling door ECDC** als volgt: alle provincies kleuren donkerrood.

Ministerie van VWS

Secretaris Generaal 5.1.2e

Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
 Bureau Bestuurlijke politieke advisering

Bezoekadres:
 Parnassusplein 5
 2511 VX Den Haag
 T 070 340 79 11
 F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

5.1.2e

T 5.1.2e

M 5.1.2e @minvws.nl

Datum

1 september 2020

Aantal pagina's

- Het 7-daagsgemiddelde ziekenhuisopnames (3-9 februari) is **180,7** t.o.v. 192,9 de week ervoor (bron: St. NICE via RIVM).
N.B. Het aantal ziekenhuisopnames is inclusief opnames op de intensive care.
- Het 7-daagsgemiddelde IC-opnames (4-10 februari) is **14,3** t.o.v. 14,1 de week ervoor (bron: St. NICE via RIVM).

1b. Maatschappelijk beeld

Korte samenvatting

- Het SCP, De gedragsunit van het RIVM, de Nationale Politie (voor wat betreft de handhaving), Communicatie-experts, en de Trojka (voor wat betreft de sociaal maatschappelijk en economie effecten) hebben ook bij dit maatregelenpakket flankerende adviezen uitgebracht.
- Het SCP geeft aan dat sociaal contact een belangrijke rol speelt in het welbevinden van mensen en gevoelens van eenzaamheid en een lager psychisch welbevinden meebewegen met de strengheid van maatregelen.
- Daarbij stelt het SCP dat volgens cijfers van de RIVM Corona Gedragsunit blijkt dat zowel het aandeel respondenten met een laag psychisch welbevinden als het aandeel mensen dat matige tot sterke eenzaamheid ervaart de afgelopen weken weer is toegenomen, met name onder jongeren en jongvolwassenen.
- De Trojka stelt dat het loslaten van de veiligeafstandsnorm sociaal, maatschappelijk én economisch van grote meerwaarde is. Daarbij merkt de Trojka op dat veel contactbeperkende maatregelen voortvloeien uit deze norm. Voor de sectoren die nog wel te maken hebben met beperkende maatregelen is het, volgens de Trojka, van belang dat duidelijk perspectief wordt geboden op versoepelingen.
- Verder stelt de Trojka in algemene zin dat de huidige situatie in sommige buurlanden (geen beperkingen i.c.m. relatief weinig ziekenhuisopnames) maakt dat mensen minder (epidemiologische) dreiging en onzekerheid ervaren, wat het draagvlak voor overige maatregelen kan ondermijnen.
- Tot slot stelt de Trojka dat uit gedagsonderzoek blijkt dat een opeenvolging van (kleine) wijzigingen relatief veel vergt van de maatschappij, omdat mensen zich steeds moeten aanpassen aan de nieuwe regels. Grotere stappen met grotere tussenpozen zijn vanuit die optiek wenselijk.

Advies

- U kunt aangeven dat:
 - Sociaal contact speelt een belangrijke rol in het welbevinden van mensen. Gevoelens van eenzaamheid en een lager psychisch welbevinden bewegen mee met de strengheid van maatregelen.
 - Het is van belang om goed aan de samenleving uit te leggen waarom maatregelen die (nog) van kracht blijven ook nog nodig zijn.
 - Voor de sectoren die nog te maken hebben met beperkende maatregelen is het van belang dat duidelijk perspectief wordt geboden op versoepelingen.

1c. Maatregelen

Korte samenvatting

- Ter besluitvorming liggen voor:
 - **Herbevestiging van het maatregelenpakket** waarvan op 10/02 de voorhangprocedure is gestart. *(Zie sheet 3 nadere toelichting op de maatregelen.)*
 - Besluit tot **start procedure loslaten veilige afstandnorm** (1,5 meter naar 0 meter brengen als veilige afstand) + starten voorhang **regeling inzet 1G** in hoog risicosettings.
 - Voorgesteld volgende besluitvormingsmoment: 8 of 15 maart, over o.a. voortzetting/voorwaarden 1G, meerdaagse evenementen en volgende stap thuiswerkadvies.

Advies

- U kunt instemmen met de voorgestelde adviezen en maatregelen per 15, 18 en 25 februari en daarbij aangeven:
 - Op basis van de huidige **epidemiologische en sociaal-maatschappelijke situatie** kiest het kabinet ervoor om deze stappen te zetten. *(Zie ook box "narratief" sheets 3.)*
 - Dat op basis van dat beeld het kabinet besluit om per 25 februari de **1,5 meter los te laten** en dat uitsluitend in hoogrisicovolle settings (500+ en ongeplacéerd) **CTB 1G** wordt toegepast en **CTB 3G vervalt**. De vraag is nog of alleen binnen of ook buiten ongeplacéerde evenementen onder het 1G regime moeten vallen. Het OMT doet daar geen uitspraak over. In normale tijden is hiervoor voldoende testcapaciteit; alleen in geval carnaval veel evenementen tegelijkertijd zou omvatten, zou dit niet mogelijk zijn.
 - Nadrukkelijk aandacht te willen voor de **positie van kwetsbaren**: door anderen en door kwetsbaren zelf. Dit advies kan gecombineerd worden met advies over gebruik zelftesten en mondkapjes.
- U kunt de volgende aandachtspunten inbrengen:

I. Loslaten veilige afstandsnorm (1,5 mtr)

Advies:

- U kunt aangeven dat indien kabinet hiertoe **besluit, de RvS** woensdag 23 feb advies gevraagd zal worden. Advies wordt 24 feb verwacht. Op basis van advies kan Amvb 1,5 mtr. worden losgelaten.
- U kunt aangeven het advies van het OMT (zie hieronder) graag gestand te willen doen en ter **bescherming van de kwetsbaren** op drukke openbare plekken graag gericht oplossingen (zoals bijv. venstertijden) te willen vinden, ter vervanging van het loslaten van de 1,5 meter generiek.

Toelichting proces loslaten 1,5 meter

- **Advies RvS:** om de veilige afstandsnorm daadwerkelijk los te kunnen laten, is uiterlijk per 24 feb. advies van RvS nodig. Zonder advies RvS blijft de Amvb van kracht en daarmee de 1,5 meter.
- Wanneer RvS positief adviseert kan 1,5 meter per 25 feb losgelaten worden.
- Indien RvS negatief adviseert, moet kabinet besluiten over de maatregelen, waarbij volgende opties voorliggen:

- Advies niet opvolgen en doorgaan met loslaten van de 1,5 m plicht.
- 1,5 meter generiek in de samenleving met mitigerende maatregelen op plekken waar 1,5 meter niet gewaarborgd kan worden (bijv. openbaar vervoer, horeca). Mitigerende maatregelen kunnen zijn: placeringsplicht, zelftesten, etc. Dit moet nader juridisch onderzocht en onderbouwd worden.
- 1,5 meter generiek in de samenleving met inzet CTB 3G op plekken waar 1,5 meter niet gewaarborgd kan worden. Niet wenselijk gezien effectiviteit 3G en bestaan van twee regimes naast elkaar (1G en 3G).

De eerste optie ligt daarbij, gegeven het kabinetsbesluit, het meest voor de hand. Overigens zal bij negatief RvS advies, de reactie via de MR moeten verlopen. Hiervoor kan mandaat worden gevraagd om dat direct te kunnen afdoen conform de bovengenoemde lijnen.

II. Inzet CTB 1G

- Onder welke voorwaarden 1G ingezet gaat worden, wordt nog uitgewerkt. Hierbij is de beperkte testcapaciteit de belangrijkste factor.
- Het kan zijn dat het ministerie van Financien oppert dat dit besluit moet worden aangehouden vanwege de dekking. Dat punt kwam maandagavond op. Rijkelijk laat. Het gaat hier niet om de vraag om extra geld.
- Op sheet 4 (punt d CTB-1G) staan twee opties genoemd: 1) binnen, 2) binnen en buiten. OMT doet hier geen expliciete uitspraak over. Advies: optie 1) binnen omdat de vraag bij evenementen buiten is of dat een zware extra belasting is.
- Carnaval:
 - Bij hoogrisicovolle settings (500+, binnen en ongeplaceerd) geldt 1G. Buiten en binnen met minder dan 500 personen (zgn. straat- en horecacarnaval) gaat door zonder CTB en/of capaciteitsbeperking.
 - Beeld over aantal evenementen (zgn. georganiseerd carnaval) is op dit moment niet helder. Inventarisatie wordt nu gemaakt in combinatie met beschikbare testcapaciteit. Helder is: carnaval zoals twee jaar geleden kan met inzet van 1G niet plaatsvinden. Testcapaciteit ontoereikend. Met burgemeesters is ook al eerder afgesproken dat er geen sprake zou zijn van grootschalige vergunde evenementen.

Advies:

- U kunt aangeven dat het voor **carnaval** van belang is zo snel mogelijk inzicht te hebben in aantal + omvang eventuele evenementen, cf. maatregelen (500+, ongeplaceerd, binnen) in verband met inschatting en organisatie testcapaciteit.

III. Adviezen

III A>Thuiswerkadvies:

Het OMT adviseert om het thuiswerkadvies gefaseerd te versoepelen.

Advies:

- U kunt aangeven het OMT te willen volgen en het verstandig te vinden het thuiswerkadvies niet in 1 keer te versoepelen. Dit leidt tot een toename

van besmettingen en kan ertoe leiden dat de uitval in krappe sectoren nog krappere wordt doordat mensen elkaar op het werk besmetten.

III B>Mondkapjesplicht/advies:

- Het OMT adviseert voor personen die net uit isolatie zijn, ongeacht het eventueel afschaffen van de mondkapjesplicht voor de algemene bevolking, het dragen van een mondneusmasker.
 - Dit advies geven zij ook aan kwetsbare groepen om zichzelf te blijven beschermen.
- Advies:**
- U kunt aangeven dat het volledig loslaten van de mondkapjesplicht per de 25^e snel is en dat in licht van OMT-advies een dringend advies voor de gehele bevolking om mondneusmaskers te dragen op plaatsen waar geen afstand gehouden kan worden, op zijn plaats kan zijn.
 - Dit past bij de bredere basisadviezen zoals thuis blijven bij klachten, in acht nemen van de hygiëne adviezen en goed ventileren.

Eventuele toelichting

- **Kernpunten OMT-advies**
 - Inzet CTB 3G: het OMT adviseert om de boost onderdeel uit te laten maken van het 3G CTB. VWS heeft aangegeven dat dit niet op heel korte termijn ingevoerd kan worden.
 - Thuiswerkadvies: het OMT adviseert om het thuiswerkadvies gefaseerd te versoepelen.
 - Veilige afstandsnorm: Het OMT koppelt het laten vervallen van de 1,5 meter aan de infectiedruk. Zij adviseert, ter bescherming van kwetsbaren, om de 1,5 meter op openbare plaatsen zoals supermarkten te controleren en te handhaven zolang de infectiedruk hoog is.
 - Zelftesten: Het OMT adviseert om zelftesten breed beschikbaar te stellen, omdat zelftesten een belangrijke plaats gaan innemen in de bestrijding van de epidemie in de middellangetermijnstrategie. Het OMT wil benadrukken dat zelftesten, net als de huidige GGD-testen, zonder drempel ter beschikking zouden moeten worden gesteld.
- **Toelichting herziening reisbeleid**
 - Reizen binnen de EU/Schengen: DCC verplicht voor alle inkomende reizigers (vaccinatiebewijs, herstelbewijs, testbewijs)
 - Reizen buiten de EU/Schengen: Geen reizen meer ontraden (oranje reisadviezen) vanwege de COVID-situatie, negatief testbewijs verplicht, geen quarantaineplicht meer bij hoge besmettingsgraad in land van vertrek
 - Maatregelen bij een nieuwe zorgwekkende virusvariant: Reizen ontraden (oranje reisadviezen), dubbele testverplichting voor vertrek, quarantaineplicht bij aankomst, aangescherpt Europees inreisverbod

1d. Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 BES

Korte samenvatting

Het betreft wijzigingen van de Tijdelijke regelingen maatregelen covid-19 voor de BES-eilanden. U kunt hier akkoord voor vragen. Verwacht wordt dat iedereen akkoord zal gaan, aangezien de wijzigingen op verzoek van de eilanden zijn en in overleg met BZK.

Advies staatssecretaris

- *piet bezakt*
- U kunt de volgende punten naar voren brengen in de MCC:
 - Eind december 2021 heeft op Bonaire, Sint Eustatius en Saba een forse uitbraak plaatsgevonden. Inmiddels nemen de besmettingen en ziekenhuisopnames weer af en werken de drie eilanden aan het stapsgewijs versoepelen van de maatregelen en openen van de eilanden. Om de gezaghebbers hierin te ondersteunen zijn een
 - aantal wijzigingen nodig van de regeling.
 - Er worden onder meer extra opties voor groepsgroottes en sluitingstijden toegevoegd voor horeca en winkels op Sint Eustatius.
 - Ook wordt het mogelijk om – net als in Europees Nederland en Bonaire – met een antigeentest van ten hoogste 24 uur oud naar Saba en Sint Eustatius te reizen.
 - De testverplichting voor reizigers van Saba en Sint Eustatius naar Bonaire en Europees Nederland komt te vervallen.
 - En op Bonaire zal – net als in Europees Nederland – het 1G beleid ingezet worden voor hoogrisicoevenementen. Gezien de kleinschaligheid van het eiland wordt op Bonaire geen minimum aantal van 501 maar van 151 bezoekers aangehouden.
 - U kunt vragen of de MCC kan instemmen met voorgestelde wijzigingen.

Advies MVWS

- U kunt instemmen met de voorgestelde wijzigingen.

Toelichting

- Alle wijzigingen worden doorgevoerd op verzoek van de gezaghebbers en in overleg met BZK.
- De wijzigingen zijn allen conform reeds voor Europees Nederland geaccordeerde besluiten.
- Het betreft wijzigingen die het mogelijk maken om het beleid te versoepelen.
- Alleen 1G is een verzwaring. Hiermee wordt het echter mogelijk om weer evenementen te organiseren, deze zijn op dit moment niet toegestaan.

2. Testcapaciteit Testen voor Toegang maart tot juni 2022

Samenvatting

- Het doel van dit agendapunt is ter besluitvorming van het beschikbaar stellen van de financiële middelen uit de onder uitputting van Testen voor Toegang van januari en februari voor de testcapaciteit voor Testen voor Toegang vanaf maart tot juni.

Advies MVWS

- U kunt een toelichting geven op voorliggend stuk middels onderstaande lijn:
 - Eerder heeft de MCC ingestemd met het reserveren van 215 miljoen euro voor de mogelijke inzet van de testcapaciteit voor januari en februari.
 - De verwachte onderuitputting vanuit het geraamde bedrag is waarschijnlijk dekkend voor de kosten voor de testcapaciteit van Testen voor Toegang van maart tot juni.
 - Vanwege het feit dat testen voor toegang de komende periode nog aan de orde is, is het verstandig om de financiële middelen uit de onderuitputting van Testen voor Toegang van januari en februari beschikbaar te stellen voor de testcapaciteit voor Testen voor Toegang vanaf maart tot juni. De komende periode is Testen voor Toegang nodig voor hoog risico settings zoals nachthoreca en ongeplaceteerde evenementen. Het is nu niet te voorspellen hoe lang deze toepassing nodig is.

Advies staatssecretaris

- U kunt instemmen.

Toelichting

- Voor januari en februari is er een bedrag geraamd van 215 miljoen euro voor testcapaciteit voor Testen voor Toegang.
- Kijkend naar de cijfers van SON (wat betreft testafname) is de verwachte realisatie in januari 11 miljoen euro en voor de maand februari is er 35 miljoen begroot. Hierdoor verwachten we een onder uitputting van 170 miljoen.
- Verwacht wordt dat de onderuitputting vanuit het geraamde bedrag dekkend is voor de kosten voor de testcapaciteit van Testen voor Toegang van maart tot juni.

ACC

- ACC was akkoord met doorgeleiding van de notitie naar MCC, waarbij Financiën heeft aangegeven dat zij een prijsonderzoek willen naar de huidige prijs in open house 3. Iedereen heeft hiermee ingestemd.
- VWS heeft een notitie opgesteld voor FIN, waarin we ingaan op de huidige prijsstelling in vergelijking ook met de huidige markt en de mogelijke consequenties van een verlaging van de huidige prijs. Indien de prijs aangepast moet worden dan zal de open house moeten worden opgebroken en is er kans dat testaanbieders met een lagere prijs op een aantal locaties geen testaanbod zullen leveren vanwege lage aantallen. Hierdoor kunnen witte vlekken ontstaan. De notitie is afgelopen dinsdag met FIN gedeeld en wordt samen met opties voor een prijsonderzoek met FIN besproken.

3. Tijdelijke impuls behoud langdurig zieke zorgverleners

Korte samenvatting

- Het voorstel is te komen tot een tijdelijke impuls (subsidieregeling) die erop is gericht dat werkgevers ook na het tweede ziektejaar hun langdurig zieke zorgverleners langer in dienst houden en blijven werken aan re-integratie van deze zorgverleners. De impuls richt zich op de werkgevers van zorgverleners die in de periode maart tot en met december 2020 ziek zijn geworden en dat nu nog steeds zijn.
- **Het voorstel aan de MCC is**
 - (1) het voorstel voor de in de notitie beschreven subsidieregeling te aanvaarden,
 - (2) deze aan te kondigen in de covid-brief van 15 februari, en
 - (3) de kosten € 49,2 mln te dekken uit de generale covid-middelen.
- MLZS zal haar voorzitterschap overdragen gedurende dit agendapunt en dit stuk toelichten.

Advies MVWS en staatssecretaris

- U kunt instemmen met dit voorstel.
- In de bijlage vindt u de uitgebreidere annotatie die MLZS heeft gekregen voor haar toelichting op dit agendapunt.

4. Uitwerking domeinoverstijgende herstelopgaven DG Samenleving en Covid-19

Korte samenvatting

- Het betreft een hamerstuk. Het interdepartementale programma Herstelopgaven van het programmadirectoraat-generaal Samenleving en COVID-19 (hierna: DGSC-19) in opdracht van de SG's bestaat uit zes opgaven. 1) Kwetsbare groepen; 2) Sociale en mentale veerkracht van de samenleving; 3) Gezonde en veilige leefomgeving; 4) Hybride werken; 5) Volgende pandemische crisis; en 6) Institutionele verhoudingen. De uitwerking hiervan inclusief een essaybundel van wetenschappers over 'Institutionele verhoudingen tijdens en na de crisistijd' zal via internet openbaar worden gemaakt. Dit is eerder ambtelijk geaccordeerd in ACC-19 van 23 december 2021. Dit voorjaar zal in aansluiting hierop de SER nog met een advies komen over 'de Toekomst van Hybride Werken'.
- Voorgesteld besluit: Kennisnemen van publicatie op Rijksportaal

Advies

- U kunt instemmen met het voorstel.

Annotatie MLZS - MCC 15 februari 2022: Tijdelijke impuls langdurig zieke zorgverleners

Korte samenvatting

Het voorstel is te komen tot een tijdelijke impuls (subsidierегeling) die erop is gericht dat werkgevers ook na het tweede ziektejaar hun langdurig zieke zorgverleners langer in dienst houden en blijven werken aan re-integratie van deze zorgverleners. De impuls richt zich op de werkgevers van zorgverleners die in de periode maart tot en met december 2020 ziek zijn geworden en dat nu nog steeds zijn.

Het voorstel aan de MCC is

- (1) het voorstel voor de in de notitie beschreven subsidierегeling te aanvaarden,
- (2) deze aan te kondigen in de covid-brief van 15 februari, en
- (3) de kosten € 49,2 mln te dekken uit de generale covid-middelen.

Advies

U kunt instemmen met dit (eigen) voorstel.

U kunt het voorstel als volgt toelichten:

- Het betreft een subsidie voor werkgevers gericht op herstel en re-integratie-inspanningen, waarbij voorwaarde is dat de werkgever de werknemer in dienst houdt en de loondoorbetaling minimaal 6 maanden continueert na het tweede ziektejaar.
- De impuls sluit aan bij de oproep vanuit de politiek (motie Hijink en Van der Plas, 10-puntenplan van D66) en de aanbeveling van de Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgpersoneel om werkgevers te ondersteunen om zorgverleners die na COVID langdurige klachten houden en daardoor ziek zijn, te behouden voor de zorg.
- Beoogd wordt bij te dragen aan het behoud van werk en inkomen van zorgverleners die langdurige klachten hebben overgehouden na het doormaken van een in de eerste periode van de pandemie opgelopen COVID-besmetting. Deze groep is echter niet strak af te bakenen:
 - uit oogpunt van privacy kunnen we zorgverleners niet in de positie brengen dat zij door hun werkgever gevraagd worden om medische gegevens met hun werkgever te (moeten) delen. (En daarnaast biedt het ziektebeeld long COVID nog weinig houvast om de doelgroep af te bakenen.), en
 - voor de sociale zekerheid gaat het niet zozeer om het ziektebeeld, maar juist om de aard van de klachten in relatie tot je arbeidsvermogen.
- Hoewel de regeling om deze reden dus voor een bredere groep kan worden aangevraagd (alle langdurig ziek geworden zorgmedewerkers in de eerste periode van de pandemie) zullen we in de communicatie over de regeling wel uitstralen dat de regeling in het leven is geroepen om extra in te zetten op re-integratie en herstel van zorgwerknemers die aan het begin van de pandemie langdurig ziek zijn geworden na het doormaken van een COVID-besmetting.
- Momenteel vindt er een aantal trajecten plaats waaruit nadere informatie zal volgen over de combinatie long COVID en werk. De inzichten hierin zijn nu nog beperkt. Voor de groep langdurig zieke zorgverleners die buiten deze tijdelijke impuls valt, kan deze informatie t.z.t. worden benut voor hun herstel en re-integratie.

Toelichting

T.a.v. de drie in de notitie geschetste dilemma's kunt u het volgende toelichten:

1) De timing:

Vanaf maart bereiken de mensen die aan het begin van de crisis ziek zijn geworden de 2 jaar ziekte. Zij kunnen nu al, in aanloop naar die mijlpaal, een WIA-aanvraag indienen. De werkgever kan na 2 jaar ziekte een ontslagprocedure starten. De subsidierегeling richt zich feitelijk op deze uitstroombeslissing. Als het Rijk met de voorgestelde impuls deze medewerkers voor de zorg wil behouden, is spoedige communicatie nodig. Tegelijkertijd vergt het komen tot een definitieve subsidierегeling nog nadere uitwerking en geeft dit ook enige onzekerheid. Hoe weegt de MCC dit?

U kunt hierbij aangeven dat u het wenselijk vindt werkgevers snel te informeren dat deze mogelijkheid er komt, zodat zij de impuls kunnen betrekken bij hun afweging over loondoorbetaling en/of ontslag en daarover met hun werknemer in gesprek kunnen gaan. Voor een beperkt aantal werkgevers speelt die afweging nu al, hoe langer we wachten met communiceren, hoe meer werkgevers al stappen zullen hebben gezet richting een besluit of dat al hebben genomen.

2) De precedentwerking/afbakening:

Het voorstel is een tijdelijke impuls. Deze biedt een heldere afbakening in de tijd - uiterlijk 31-12-2022 moet een zorgverlener 2 jaar ziek zijn om onder de impuls te kunnen vallen. En is gekoppeld aan het benutten van de inzichten die het onderzoek vanuit het programma 'COVID-19 en werk' biedt over werk(hervatting) met COVID-klachten.

Voorts kunt u ten aanzien van de afbakening van deze maatregel tot alleen de zorg het volgende aangeven:

- We hebben aan het begin van de pandemie van werkgevers en werknemers gevraagd verantwoordelijkheid te nemen om de zorg te kunnen blijven leveren;
- Door de omstandigheden (beperkte kennis over het virus, de hoge druk op de zorg en de mensen) kon de verantwoordelijkheid voor veilig werken niet helemaal worden waargemaakt;
- De uitzonderlijke omstandigheden in de zorg in deze pandemie zien we ook terug in hoge en sterk toegenomen verzuimcijfers, die in het vierde kwartaal van 2021 zijn gestegen naar 8,2 procent. Ter vergelijking: in 2017 was dit cijfer met 4,9 procent in de zorg ook al aan de hoge kant.
- Waar het gemiddelde ziekteverzuim eind 2021 in andere sectoren rond de 5 procent schommelde lag het ziekteverzuim in de zorg daar nog een stuk boven, hetgeen ook een weerspiegeling is van bovengenoemde uitzonderlijke situatie in de zorg gedurende de gehele pandemie, maar de beginfase in het bijzonder.

Afgelopen weekend openden AOb en FNV een meldpunt voor onderwijspersoneel met long COVID; voor OCW is zodoende de vraag naar precedentwerking actueel. U kunt *desgevraagd* toelichten dat zorg en onderwijs op een aantal cruciale punten verschillen:

- het zorgpersoneel heeft in de pandemie tijdens het werk veel grotere risico's gelopen om COVID op te lopen
- in het begin van de pandemie is het onderwijs een tijd lang dicht geweest (thuisonderwijs);
- daarna gold voor onderwijspersoneel en leerlingen de oproep zoals elders in de maatschappij: blijf thuis bij klachten. Ook zijn maatregelen genomen om afstand te houden in de school (looproutes, spatschermen etc). Daarmee is het risico voor onderwijspersoneel om COVID op het werk op te lopen, vergelijkbaar met dat van het reguliere maatschappelijke verkeer.
- in de zorg is daarentegen gewerkt met COVID-patiënten, waarbij het meestal niet mogelijk was 1,5 meter afstand te houden. Ook is zorgpersoneel een tijd lang opgeroepen ook bij milde klachten te komen werken, omwille van de zorgcapaciteit.
- daarmee is het risico dat het zorgpersoneel heeft gelopen om in het werk COVID op te lopen, wezenlijk anders.
- daar komt bij dat er door de druk op de zorg er tijdens de pandemie beperkte mogelijkheden waren voor re-integratieactiviteiten in de zorg. Dit speelde niet in het onderwijs.

Ook de zorgbonus gold alleen voor de zorg, omdat (alleen) daar een uitzonderlijke prestatie is geleverd bij de zorg voor COVID-patiënten en de strijd tegen COVID-19.

NB. het voorstel voorziet erin dat de overheid niet in de relatie tussen werkgever en werknemer treedt: of gekozen wordt voor een verlenging van de loondoorbetaling na het tweede ziektejaar, is een aangelegenheid van werkgever en werknemer.

3) De financiën:

Om werkgevers te stimuleren deze zorgverleners in dienst te houden voor minimaal een half jaar, stelt VWS middels een subsidie budget beschikbaar. Hierbij geldt: hoe hoger de impuls per werknemer, des te groter de kans is dat werkgevers zorgverleners in dienst zullen houden. Uitgangspunten bij het bepalen van het benodigde maximale budget zijn:

- een gemiddeld bedrag van € 6.600 per medewerker;
 - inschatting is dat er ca. 7.000 zorgverleners in aanmerking kunnen komen voor deze impuls.
- Benodigd budget: € 46,2 mln + € 3 mln uitvoeringskosten = €49,2 mln*

Vragen aan de MCC:

- Binnen de VWS-begroting is hier geen budget voor. Is de MCC akkoord met het voorstel dit te dekken vanuit generale middelen?
- Voor de budgettaire verwerking van dit voorstel zal FEZ een Incidentele Suppletioire Begroting (ISB) maken en deze afstemmen met Financiën. Is de MCC hiermee akkoord?

Financiën zal aangeven dat het hier geen maatregel betreft die gericht is op COVID-bestrijding.

In reactie hierop kunt u aangeven dat wel vaker generale dekking gegeven is die geen direct verband houdt met de bestrijding van het coronavirus, zoals voor de paramedische herstellzorg voor long COVID-patiënten en de zorgbonus. Deze maatregel richt zich op behoud van zorgmedewerkers en heeft daarmee direct impact op de beschikbaarheid van zorgcapaciteit, een van de doelen van de middellange termijnstrategie. Het gaat hier over de mensen die reeds geholpen hebben bij het op peil houden van de zorgcapaciteit. Vanuit de unieke situatie waarin zij dat hebben gedaan, willen we hen helpen weer in de zorg te komen (blijven) werken. De impuls sluit aan op de WIA-systematiek waar langdurig zieke medewerkers kunnen instromen. Wanneer we met deze impuls re-integratie kunnen bevorderen en daarmee instroom in de WIA kunnen afwenden, is dat een kosteneffectieve maatregel. Niet alleen omdat het voorkomen van een hogere instroom in de WIA tot een besparing op de WIA-kosten leidt, maar ook omdat behoud voor de zorg uit oogpunt van kosten die gemoed zijn met het aannemen van nieuw personeel in een krappe arbeidsmarkt veel kosten met zich meebrengt (werving, inwerken). NB. Naar verwachting zal het begrote budget niet volledig benut worden, aangezien niet verwacht wordt dat werkgevers voor alle zorgverleners die in de periode maart-december 2020 langdurig ziek zijn geworden, zal kiezen voor een verlengde loondoorbetaling.

Uit het gesprek met werkgevers op maandag 14/2 kwam het volgende naar voren. Werkgevers hebben nu contracten die rekening houden met 2-3% ziekteverzuim. Nu het ziekteverzuimpercentage veel hoger ligt, betekent dit ook hogere kosten voor werkgevers. Daardoor zien in het bijzonder de kleinere werkgevers financieel gezien geen ruimte om mensen na het tweede ziektejaar in dienst te houden. Vanuit Zorgthuis.nl en de huisartsenposten werd aangegeven dat met name de kleinere organisaties graag mensen in dienst willen houden, maar dit niet kunnen vanwege de extra kosten die dat met zich meebrengt. Voor kleinere werkgevers is het aannemelijk dat het huidige subsidiebedrag (die ook een bijdrage van de werkgevers vereist) niet in alle situaties afdoende zal zijn om hen ertoe te bewegen gebruik te maken van deze regeling. Tegelijkertijd zou een verhoging van het subsidiebedrag ook betekenen dat het ex ante bedrag waarmee in het kader van de Rijksbegroting moeten rekenen ook omhoog moet. Tevens zou ophoging van het subsidiebedrag ook betekenen dat de regeling een groter deel van de werkgeversverantwoordelijkheid op zich neemt, terwijl bewust is gekozen voor een regeling die werkgevers niet kosteloos stelt, de vormgeving is immers een niet kostendekkende impuls.

Overige punten

Vanuit FIN is een aantal kritiekpunten ontvangen:

- a) *Het **probleem**: Het is niet evident dat behoud van langdurig zieke zorgverleners beter wordt bereikt door behoud bij de huidige werkgever dan bij de WIA. De WIA biedt begeleiding, die bijvoorbeeld overgang naar een andere werkgever in de zorg mogelijk kan maken waar re-integratie beter kan worden gefaciliteerd. De inkomsten in de WIA zijn vergelijkbaar met loondoorbetaling bij de werkgever.*

In reactie hierop kunt u aangeven dat het een tijdelijke, *vrijwillige* voorziening betreft. Zowel zorgwerkgever als werknemer maken hierin een eigen afweging. Is hun beider belang hiermee gediend, dan kunnen zij gebruik maken van de impulsmiddelen. UWV toetst in dat geval na afloop van de periode van vrijwillige loondoorbetaling of aan de re-integratieverplichtingen is voldaan. Wordt geen gebruik gemaakt van de impuls, dan wordt vanuit WIA aan de re-integratie gewerkt. Onzeker is dan of de zorgverlener terugkeert naar de zorg.

- b) *De **verhouding met het stelsel van arbeidsongeschiktheid**. Het introduceren van een specifieke subsidie als aanvulling op de WIA impliceert naar mening van FIN ten onrechte dat de WIA niet voorziet in de re-integratie van zorgmedewerkers.*

In reactie hierop kunt u aangeven dat de tijdelijke impuls niet beoogt te voorzien in een aanvulling op de WIA. De impulsmiddelen kunnen juist worden benut voor medewerkers die langer in dienst blijven en niet in de WIA instromen. De focus daarbij is behoud voor de zorg.

- c) *Fin stelt vraagtekens bij de **effectiviteit** (gaat hier gezien de eigen bijdrage van werkgever gebruik van worden gemaakt?) en **uitvoerbaarheid** van het voorstel (subsidieregeling moet nog worden uitgewerkt) en vreest dat wanneer nu een regeling wordt aangekondigd, daarmee verwachtingen worden gewekt die niet waar kunnen worden gemaakt. Dit terwijl in het coalitieakkoord nadruk wordt gelegd op de uitvoerbaarheid van beleid en betrouwbaarheid van de overheid.*

In reactie hierop kunt u aangeven dat juist vanwege de effectiviteit geen volledig kostendekkende impuls wordt voorgesteld. De impuls beoogt bij te dragen aan behoud, zodoende is het wenselijk dat werkgever én werknemer een afweging maken over de kosten en de verwachte baten. Dat draagt bij aan een effectieve inzet van middelen.

T.a.v. de uitvoerbaarheid kunt u aangeven dat het voorstel inderdaad nadere uitwerking in een subsidieregeling vereist. Positief daarbij is de aansluiting bij het sociale zekerheidsstelsel: de mogelijkheid van een verlengde loondoorbetaling en de vereiste dat bij UWV wordt gemeld als daarvoor wordt gekozen.

Achtergrond

- toegezegd is in de eerstvolgende COVID-brief [van 15 feb] terug te komen op de mogelijkheden om werkgevers ondersteuning te bieden gericht op behoud voor de zorg van zorgprofessionals met langdurige post COVID klachten.



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

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de korte en langere termijn

Overwegingen en aandachtspunten voor de toekomst

Bijlage bij advies aan VWS na OMT 142

RIVM

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

T 5.1.2e
5.1.2e@rivm.nl

Het OMT geeft vervolgadvisen op grond van drie pijlers zoals benoemd door het kabinet:

- een acceptabele belastbaarheid van de zorg – ziekenhuizen moeten kwalitatief goede zorg aan zowel COVID-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg kunnen leveren;
- het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;
- het zicht houden op en het inzicht hebben in de verspreiding van het virus.

Doel van dit document

Dit document is visievormend, waarin richting wordt gegeven voor de denkwijze waarop herinrichting van het testlandschap op de korte en langere termijn vorm zou kunnen krijgen. De visie in dit stuk dient nog geïntegreerd te worden in de totaalvisie van de COVID-19 pandemie voor de komende periode.

In dit stuk worden de volgende vragen beantwoord:

- Hoe kan het huidige testbeleid verantwoord worden aangepast voor de korte termijn tijdens de omikronverheffing en wat zijn de verwachtingen voor de langere termijn?
- Hoe kan daarbij zicht worden gehouden op het virus?

Samenvatting

Het publieke testbeleid zoals nu uitgevoerd dient drie doelen: testen en traceren als belangrijke pijler van bestrijding van corona, zicht op het virus en testen ten behoeve van een Corona Toegangsbewijs (CTB) of Digitaal Coronacertificaat (DCC).

In de fasen voor afbouwen van grootschalig testen op SARS-CoV-2 ziet het OMT een groter wordende rol voor zelftesten passend bij toenemende individuele verantwoordelijkheid in de pandemie. Het is echter belangrijk om bestaande opgebouwde teststructuur via GGD'en niet te snel af te bouwen, en te borgen dat dat deze snel en flexibel opschaalbaar is, al dan niet met behulp van de landelijke functionaliteit infectieziekten, mochten veranderende omstandigheden in de pandemie daarom vragen.

Het OMT onderscheidt 4 fasen:

1. Korte termijn, tijdens omikronverheffing:
 - GGD testen ten doel: publiek: testen en traceren, zicht op het virus en testen ten behoeve van een CTB of DCC. Patiëntenzorg: eerstelijns diagnostiek.
 - GGD-testen beschikbaar voor iedereen, zelftesten voor niet-risicogroepen, die indien testcapaciteit het toelaat nog wel

- geconfirmeerd worden (zoals geadviseerd in OMT139, huidige situatie).
2. Middellange termijn, in dalende been omikronverheffing:
 - GGD testen ten doel: publiek: testen en traceren (uitbraken), testen ten behoeve van een CTB of DCC. Patiëntenzorg: eerstelijns diagnostiek.
 - GGD-testen aangeboden voor kwetsbare mensen met symptomen die passen bij SARS-CoV-2, bij mensen die in aanraking komen met kwetsbaren, bij uitbraken in instellingen of bijzondere uitbraken op advies van de GGD, om quarantaine op de heffen, ter verkrijging van CTB/DCC of ten behoeve van reguliere patiënten zorg.
 - Voor overige mensen met milde klachten worden zelftesten geadviseerd, deze hoeven niet geconfirmeerd te worden.
 - Testinfrastructuur via reguliere routes (huisartsen, ziekenhuis) moeten worden geïmplementeerd vooruitlopend op fase 3.
 3. Langere termijn:
 - GGD testen ten doel: publiek: testen en traceren (uitbraken). Patiëntenzorg: eerstelijns diagnostiek.
 - Professioneel testen ten behoeve van individuele patiëntenzorg en op advies GGD
 - Voor overige mensen worden zelftesten geadviseerd, deze hoeven niet geconfirmeerd te worden.
 - Mogelijk via afgeschaalde vorm van GGD teststraten en via reguliere routes.
 4. Post-pandemisch: Terug naar situatie van voor de pandemie:
 - Alleen nog professioneel testen ten behoeve van individuele patiëntenzorg en op advies GGD via reguliere routes.
 - Voor overige mensen geen advies tot zelftesten meer.

Het OMT stelt voor om naar fase 2 te gaan op het moment dat het dalende been van de omikronpiek is bereikt. Om dat betrouwbaar te kunnen bepalen blijft de monsterstroom vanuit de teststraten belangrijk. In de tussentijd moeten wel voorbereidingen worden getroffen voor fase 2. De belangrijkste voorwaarden om daarop over te kunnen gaan zijn het voor iedereen gratis beschikbaar komen van zelftesten (zie OMT 130 en 139) en duidelijke communicatie over het handelingsperspectief na een positieve zelftest, waaronder het zelf uitvoeren van bron en contactonderzoek (BCO). Het zelfmeldportaal voor zelftesten, dat al deels ontwikkeld is, zou zo snel mogelijk geïmplementeerd moeten worden en kan hier ook een rol in spelen.

Met ingang van fase 2 zal het zicht op het virus in de algemene bevolking verder afnemen, daarom is het nodig de surveillance anders in te richten. Op korte termijn moeten de surveillancesystemen die nu al deels operationeel zijn hiervoor geoptimaliseerd worden. Hier worden enkele voorbeelden genoemd, maar nieuwe initiatieven kunnen ook een rol krijgen. Surveillance via Nivel-peilstations van de huisartsen wordt op het moment al uitgebreid, maar hier moet meer haast achter gezet worden, zodat dit bij het ingaan van fase 2 op grotere schaal operationeel is. De rioolwatersurveillance kan als instrument worden gebruikt om de trends in de landelijke en regionale infectiedruk te volgen, maar sampling is niet overal nauwkeurig genoeg om besmettingen per gebouw (bijvoorbeeld verpleeghuizen) te meten. Het model van de rioolwatersurveillance correleert goed met vindpercentages in de algemene bevolking, voor de correlatie met ziekenhuisopnames wordt het model momenteel herijkt met de komst van de omikronvariant. Ook het genoemde zelfmeldportaal voor zelftesten zal een indicatie geven van de infectiedruk, via welke

(steekproefsgewijs) data verzameld kan worden voor zicht op de omstandigheden van besmettingen en reishistorie. Bijzondere uitbraken worden aan GGD'en gerapporteerd conform artikel 26. Voor ziektelast zijn opnamegegevens via stichting NICE en blijven virologische weekstaten beschikbaar. Sinds kort kan in de gegevens van stichting NICE geregistreerd worden welke patiënten dóór en welke patiënten mét SARS-CoV-2 opgenomen worden. Koppeling van NICE-data met sequencing is ook wenselijk, voor monitoring van nieuwe varianten op de ernst van de ziekte. Uit de GGD-samples, uit de monsters van de Nivel-peilstations, uit steekproeven via het zelfmeldportaal of de infectieradar en uit ziekenhuissamples kan een steekproef voor kiemsurveillance genomen worden.

Wanneer de langere termijn testfasen 3 en 4 in kunnen gaan is op dit moment niet goed te voorspellen. Voor kwetsbare mensen bestaat de indicatie voor optimaal testen zo lang dit consequenties heeft voor eventuele vroegbehandeling (eventueel via de huisarts). De meldingsstatus van SARS-CoV-2 voor patiënten buiten het ziekenhuis wordt mogelijk aangepast. Ook de nationale en internationale afspraken omtrent CTB en DCC maken professionele testen nodig. Zo lang personen met een SARS-CoV-2 infectie wordt geadviseerd in isolatie te gaan en zelf-BCO uit te voeren, blijft (zelf)testen nodig. Een nieuw opkomende variant kan de situatie ook weer veranderen. De komende weken/maanden zal een integraal beeld van de pandemie gevormd worden en de langetermijnvisie van de testfasen maakt hier deel van uit.

Onderbouwing

A. Doelen van het huidige testbeleid

Het publieke testbeleid zoals nu uitgevoerd dient drie doelen: testen en traceren, zicht op het virus en testen ten behoeve van een Corona Toegangsbewijs (CTB) of Digitaal Coronacertificaat (DCC). Daarnaast wordt er getest ten behoeve van individuele patiëntenzorg, voor huisartsen is dat via de GGD, voor ziekenhuizen is dat meestal binnen de eigen muren.

Testen & traceren

Een van de hoofdoelen van het testen is om besmette mensen snel te kunnen detecteren, zodat deze personen isolatiemaatregelen kunnen treffen en hun contacten kunnen waarschuwen. Hiermee wordt de virusverspreiding geremd. Als met name personen met een hoger risico op een ernstig beloop hiermee minder kans lopen op een besmetting, kan worden voorkomen dat het aantal personen dat een ziekenhuis- of IC-opname behoeft, niet de zorgcapaciteit overschrijdt. Ook kan testen in het individuele belang zijn, zoals bij personen die zelf verhoogde kans op een ernstig beloop hebben, en snel aanvullende behandeling kunnen ontvangen.

Belangrijke voorwaarde voor snel detecteren is dat de drempel om je te laten testen zo laag mogelijk is. Dat heeft geresulteerd in vele vaste en mobiele testlocaties verspreid over het land. Op dit moment kan daarmee iedereen die het wil, in aanmerking komen voor een professioneel afgenomen test. De meest laagdrempelige test is een test die mensen zelf kunnen uitvoeren, daarom wordt aan mensen die niet onder een risicogroep vallen met milde klachten geadviseerd om eerst een zelftest af

te nemen. Een positieve uitslag kan vervolgens worden geconfirmeerd met een professioneel afnemen test bij de GGD.

Zicht op het virus (surveillance/kiemsurveillance)

In OMT 115 (28 mei 2021) zijn de surveillancedoelen van het testen gedefinieerd:

1. Zicht op aantal positief geteste mensen en het percentage positieve testen in Nederland, inclusief naar regio, leeftijd, contactstatus, aanwezigheid van symptomen, vaccinatiestatus, beroepsgroep, etc.
2. Bepalen van R.
3. Monitoren van introducties van varianten.
4. Monitoren van verspreiding van varianten in clusters.
5. Monitoren van verspreiding van varianten t.b.v. de Nationale Kiemsurveillance
6. Karakteriseren van virusvarianten om vast te stellen of door eerdere infectie en vaccin geïnduceerde immuniteit effectief is tegen deze varianten.

Op dit moment worden voor de surveillancedoelen alle positieve uitslagen vanuit de teststraten gemeld aan de GGD'en en daarna (al dan niet verrijkt met aanvullende epidemiologische gegevens) doorgegeven aan het RIVM. Hiermee zou in theorie op landelijk en regionaal niveau een beeld te krijgen zijn van specifieke risicogroepen of -settings. In de kiemsurveillance wordt een steekproef van de positieve PCR-monsters (zowel teststraten als klinische samples) verder getypeerd om genetische variatie van het virus monitoren. Naast de kiemsurveillance worden via enkele aan SeqNet verbonden laboratoria ook variant-PCR'en ingezet om nog sneller varianten te kunnen detecteren.

Corona Toegangsbewijs (CTB) en Digitaal Coronacertificaat (DCC)

Het verkrijgen van een CTB voor toegang tot geselecteerde locaties (horeca, theater, musea, sportevenement) kan op dit moment voor niet-immune mensen middels het laten afnemen van een antigeentest via Testen voor Toegang. Een negatieve antigeentest leidt tot een 24 uur geldig CTB. Een bewezen doorgemaakte infectie is toereikend voor een langer geldend herstelbewijs.

Voor het internationale reisverkeer is het voor toegang tot veel landen nodig om een bewijs van vaccinatie of doorgemaakte infectie te overhandigen. Binnen de Europese Unie is dit vormgegeven in het DCC, waar alle lidstaten zich aan hebben geconfirmeerd. Het DCC maakt vrij verkeer van personen mogelijk en moet verspreiding van het virus tussen lidstaten bemoeilijken. Een positieve PCR-uitslag is op dit moment als enige toereikend voor Europees geldend herstelbewijs.

B. Reflectie op het huidige testbeleid ten behoeve van deze doelen

Testen & traceren

Met de opkomst van de omikronvariant en daarmee samenhangend het grote aantal besmettingen, wordt het steeds lastiger om nieuw besmette personen snel te detecteren in de GGD-teststraten vanwege beperkingen in de testcapaciteit. De capaciteit van de teststraten is afgelopen week weer verbeterd vanwege de uitzonderingen op de quarantaine adviezen voor mensen die een boostervaccinatie hebben ontvangen, recent een infectie hebben doorgemaakt en voor kinderen (OMT 138 en 139). Met het vervallen van het quarantaine advies voor deze groepen, vervalt ook het advies om asymptomatisch te testen op dag 5 na de blootstelling. Het verder afbouwen van maatregelen in de komende weken zal het aantal besmettingen en de druk op de teststraten echter weer doen stijgen. Met

oplopende wacht- en doorlooptijden is tijdige isolatie en het op tijd informeren van contacten steeds uitdagender. Als mensen zichzelf testen en bij een positief resultaat zelf de eerste maatregelen treffen en hun contacten informeren, zou dat het proces aanzienlijk kunnen versnellen. Dat speelt extra bij de omikronvariant omdat de generatietijd korter is, wat ervoor kan zorgen dat personen zelf al besmettelijk zijn, nog voordat hun bron in beeld is gekomen.

Er is geen goed beeld van het totaal aantal afgenomen zelftesten, en de enige manier om een zelftest te laten registreren is door deze te melden aan de GGD, of om deze te confirmeren met een professioneel afgenomen test.

Door het grote aantal besmettingen is het bron- en contactonderzoek door de GGD al maanden fors afgeschaald en krijgt het merendeel van de indexen alleen een email van de GGD met de benodigde informatie. De GGD'en implementeren momenteel een aselechte steekproef waarbij nog wel een uitgebreider BCO wordt gedaan. Ook bij specifieke groepen waarbij extra aandacht nodig is, wordt waar mogelijk nog een uitgebreider BCO uitgevoerd.

Zicht op het virus (surveillance/kiemsurveillance)

Het is maar zeer de vraag in hoeverre de GGD-teststraten op dit moment nog een goed beeld geven van het aantal besmettingen. Het vindpercentage is, mede door confirmatietesten en minder asymptomatische testen, enorm toegenomen sinds eind 2021 (62,7% op 31 januari). Aan de andere kant is de testbereidheid vermoedelijk afgenomen door de opgelopen wacht- en doorlooptijden van de GGD-teststraten, waardoor mogelijk ook veel besmettingen niet meer in beeld komen bij de GGD. Daarnaast zijn er steeds meer signalen dat mensen hun positieve zelftest niet meer laten confirmeren. Het is duidelijk dat het virus overal in de samenleving aan een opmars bezig is, waarschijnlijk nog meer dan teststraten laten zien. Toch geven de cijfers uit de teststraten een goed genoeg beeld van de trends in de infectiedruk. Er is geen goed alternatief operationeel om de infectiedruk te meten. Het aanbod van positieve samples is op dit moment ruim voldoende voor de kiemsurveillance.

CTB en DCC

Voor testen ten behoeve van een CTB of DCC is de testcapaciteit op dit moment toereikend. Verder openen van de samenleving zal de vraag naar testen in het kader van een CTB doen toenemen. Als testen zijn afgenomen bij andere aanbieders dan de GGD, levert dit op dit moment veel extra administratieve last op voor de GGD'en om voor individuen een herstelcertificaat te genereren.

C. Wat zijn alternatieven voor het behalen van de testdoelen?

Testen & traceren

In OMT130 (nov 2021) is de rol van zelftesten in het testlandschap besproken. Het OMT is van mening dat bij de karakteristieken van de omikronvariant (hoge prevalentie, lagere virulentie) zelftesten volstaan voor vrijwel iedereen met klachten. Met name in de bestrijding hebben zelftesten het grote voordeel van laagdrempeligheid en (bij juiste afname) een snellere detectie van het virus, waarmee iemand een betere kans heeft om snel contacten te informeren. Voor risicogroepen en zorgmedewerkers hebben foutnegatieve uitslagen grotere consequenties en moeten PCR-testen laagdrempelig aangeboden blijven. Voor deze beperkte groep zou een andere logistiek van monsterafname (bijvoorbeeld de inzet via huisartsen, ziekenhuizen of eigen werkgever) in

de toekomst een goed alternatief kunnen zijn voor de grootschalige teststraten. Deze routes moeten wel goed uitgewerkt en zo nodig versterkt worden.

Belangrijke voorwaarden voor het afschalen van bestaand testbeleid met grootschalige inzet van zelftesten zoals weergegeven onder 'D' zijn:

- Beschikbaarheid zelftesten. Zoals eerder in OMT130 en OMT139 geadviseerd zouden zelftesten gratis beschikbaar gesteld moeten worden door de overheid. Op deze manier is de kwaliteit van de gebruikte testen geborgd, is vanuit gedragswetenschappelijk inzicht de grootste inzet te verwachten en is een zelftest voor iedere burger financieel gelijkgesteld aan een GGD-test.
- Communicatie over handelingsperspectief. Er moet duidelijke communicatie aan burgers zijn ten aanzien van het handelingsperspectief na een positieve zelftest.
- Inzetten tools en bestaande capaciteit. Er zijn nu al tools ontwikkeld die mensen kunnen helpen bij het waarschuwen van hun contacten, die moeten breder onder de aandacht gebracht worden. Er moet ook capaciteit blijven voor het ondersteunen van personen die niet zelf het contactonderzoek kunnen uitvoeren.
- Implementeren zelfmeldportaal, al dan niet gecombineerd met een zelf-BCO-portaal (zie verder onder surveillance).

Zicht op het virus (surveillance/kiemsurveillance) op korte termijn

Hoewel het momenteel al de vraag is in hoeverre de teststraten nog een representatief beeld geven van besmettingen in de algemene bevolking, zal door de grotere focus op zelftesten en uiteindelijk het uitfaseren van de teststraten, het zicht op het virus in de algemene bevolking verder gaan vertroebelen. Daarnaast komt een groot deel van het BCO in de huidige vorm te vervallen. Voor het huidige maatregelenpakket, dat grotendeels gestoeld is op de belasting van de zorgsector, is dat geen probleem. Omdat de resultaten vanuit teststraten wel worden gebruikt voor het bepalen van de vaccinatie-effectiviteit tegen infectie, zal daarvoor naar alternatieven gezocht moeten worden.

Het is de verwachting dat ziekenhuizen vooralsnog breed blijven testen in het kader van individuele patiëntenzorg, maar ook om het virus zo veel mogelijk buiten het ziekenhuis te houden en beperkte isolatiekamers/afdelingen zo efficiënt mogelijk te kunnen benutten, zoals vóór COVID-19 ook al voor influenza werd gedaan. Ook worden momenteel nog veel eigen medewerkers door de ziekenhuizen zelf getest indien zij klachten hebben, of wordt er in sommige centra preventief getest waarna positieve zelftesten worden geconfirmeerd.

Om ook zonder grote aantallen professioneel afgenomen testen zicht te houden op algemene populatie, moet ingezet gaan worden op alternatieven die nu al geïmplementeerd zijn of (bijna) gereed zijn voor implementatie.

Hieronder staan deze initiatieven voor de (zeer) korte termijn verder uitgewerkt.

- Implementatie van het zelfmeldportaal voor positieve zelftesten. Een dergelijk portaal was in 2021 al in ontwikkeling en moet nu alsnog geïmplementeerd worden. In het portaal wordt aan burgers gevraagd om de positieve uitslag met een beperkt aantal demografische gegevens te melden. In Groot-Brittannië is een dergelijk portaal al bijna een jaar functioneel en kunnen getesten ook negatieve uitslagen melden. De ervaringen daar zijn dat vooral positieve zelftesten worden

gemeld, maar goede data over alle ingezette zelftesten ontbreken. Het meldportaal in Groot-Brittannië is wel een toegeleiding naar een officiële PCR-test, wat de meldingsgraad kan hebben verhoogd. Een dergelijk initiatief in Nederland zou ook kunnen, bijvoorbeeld als personen in aanmerking willen komen voor een CTB.

Omdat zelftesten zonder confirmatie niet meer direct leiden tot een BCO en daarmee registratie van epidemiologische gegevens (zoals settings van besmetting, vaccinaties etc.), is het wenselijk om voor de groep zelfmelders ook een zelf-BCO-portaal te hebben, of dit met het meldportaal te integreren. Zelfmelders kunnen dan naast hun positieve uitslag ook deze aanvullende gegevens melden.

- Rioolwatersurveillance. Vanaf 8 november 2021 worden vier keer in de week SARS-CoV-2 analyses uitgevoerd op rioolwater afkomstig van alle 313 rioolwaterzuiveringsinstallaties (17 miljoen aangesloten inwoners). Virusvrachten in het rioolwater zijn onafhankelijk van testbereidheid, -beschikbaarheid en -beleid. De trend van de virusvracht gemeten in het rioolwater komt al maanden goed overeen met de trend van het percentage positieve testen, ook na introductie van de omikronvariant. De rioolcijfers correleren daarentegen nu wel anders met het aantal positieve testen, mogelijk door een ander uitscheidingspatroon. Ook kennen de rioolcijfers een sterke correlatie met ziekenhuis- en IC-opnames. In de periode voor de omikronvariant konden de ziekenhuisopnames worden verklaard aan de hand van de rioolcijfers met behulp van een model waarin de leeftijdsspecifieke vaccinatiegraad als extra verklarende variabele werd meegenomen. Dit model moet wel opnieuw geijkt worden met het verschijnen van de omikronvariant. Met een doorlooptijd van 3-5 dagen (afhankelijk van het moment in de week) is hiermee goed lokaal (gemeente- en RWZI-niveau) en regionaal inzicht (VR- en GGD-niveau) in de besmettingsdruk ter plaatse. Sampling voor rioolwatersurveillance kan niet overal in Nederland zó nauwkeurig gebeuren, dat gebouw-specifiek (bijvoorbeeld een verpleeghuis) gemonitord kan worden. Het virus wordt in de ontlasting gemiddeld iets eerder gezien dan dat eventuele klachten ontstaan, wat relevant is voor de kortere generatietijd van de omikronvariant. Met het typeren van virusvrachten is het monitoren van introductie en verspreiding van het virus en verschillende varianten ook mogelijk, zij het met enige vertraging.
- Nivel-peilstations. De respiratoire surveillance van de Nivel-Peilstations levert al sinds 1970 landelijke informatie over het aantal patiënten dat zich in de eerste lijn presenteert met griepachtige verschijnselen (influenza-achtig ziektebeeld, IAZ). Sinds 1992 wordt bij een aantal patiënten met IAZ of een andere acute respiratoire infectie (ARI) een keel- en neuswat afgenomen, die in het virologielaboratorium van het RIVM worden onderzocht. De focus is historisch op het influenzavirus, aangevuld met RSV en rhino/enterovirus. Sinds begin 2020 worden alle monsters ook onderzocht op SARS-CoV-2 en sinds begin 2021 op een uitgebreid panel respiratoire virussen (influenzavirus, para-influenzavirus, RSV, rhinovirus, enterovirus, hMPV, seizoenscoronavirussen en SARS-CoV-2). Vanwege de huidige COVID-19 maatregelen gaan mensen met luchtwegklachten over het algemeen (eerst) naar een GGD testlocatie. Het aantal patiënten dat door een huisarts gezien wordt, is daarom laag en daardoor is ook het aantal ontvangen monsters van huisartsen in de Peilstations op dit moment laag. De verwachting is dat dit, na versoepelen van de maatregelen en het wegvallen van primair testen bij de GGD, snel zal terugkeren naar het oude niveau. Het aantal peilstations van voor de

SARS-CoV-2 pandemie is te klein voor een representatief beeld van verspreiding het virus over Nederland, mede omdat het grootste deel van de huidige teststraatbezoekers niet voldoet aan de definitie van een ILI en dus straks niet bij de huisartsen in beeld zal komen. Daarom wordt het aantal peilstations in opdracht van VWS sinds januari 2022 fors uitgebreid van circa 40 naar 140 praktijken (op 2 februari zijn er reeds 37 extra praktijken aangesloten).

- Artikel 26-meldingen. Het wegvallen van de positieve uitslagen uit de teststraten en daarmee ook een groot deel van het BCO, betekent dat mogelijke clusters of uitbraken minder actief in beeld komen, omdat deze niet meer bij meldingen worden uitgevraagd en via de clusterexport worden door gemeld aan het LCI. Dit betekent dat GGD'en een grotere rol krijgen bij het herkennen en rapporteren van clusters in de eigen regio, zoals dat voor COVID-19 ook al het geval was.
- Virologische weekstaten. Testuitslagen over een breed aantal pathogenen van 21 ziekenhuislaboratoria worden op dit moment gemonitord door middel van de virologische weekstaten. Dit geeft een goed beeld van virologische patronen, maar in de oorspronkelijke opzet zijn er beperkingen: alleen uitslagen werden gedeeld, niet de indicaties voor een test of het soort test (minder relevant bij COVID-19). Ook is er geen beeld van het totaal aantal ingezette testen, waardoor het lastig is om incidenties te schatten. Echter, voor SARS-CoV-2 is een apart onderdeel ingericht waarbij van 55 ziekenhuizen en andere laboratoria het aantal patiënten getest voor SARS-CoV-2 en het aantal SARS-CoV-2 detecties worden gemonitord en gerapporteerd. Dit systeem moet in stand gehouden worden en bij voorkeur worden geïntegreerd in de reguliere weekstaten. Tegelijkertijd dient er aan uitbreiding van de reguliere weekstaten met SARS-CoV-2, meer deelnemende laboratoria en opnemen van noemer gewerkt te worden. Kiemsurveillance kan op basis van de SARS-CoV-2 detecties gerapporteerd worden in de weekstaten.
- Kiemsurveillance/SeqNet kiemsurveillance. De kiemsurveillance en de bij SeqNet aangesloten laboratoria verschaffen op dit moment een goed representatief beeld van de varianten van het SARS-Cov-2 virus. Met het wegvallen van de teststraatsamples wordt de kiemsurveillance wellicht minder representatief, maar voor de korte termijn lijkt dat minder relevant. Dit zou op termijn weer opgevangen kunnen door een toegenomen monsterstroom vanuit de 1e lijn (regulier en peilstations), of PCR-testen die blijven worden gedaan in het kader van herstelbewijzen.

Zicht op het virus (surveillance/kiemsurveillance) op langere termijn

In sectie A is al beschreven dat in OMT 115 de surveillance-doelen van het testen zijn opgesteld. In juni is in OMT 116/117 daarnaast uitgewerkt hoe de surveillance op de langere termijn er uit zou kunnen zien. Met de komst van de omikronvariant en de recente ontwikkelingen is een deel van de destijds genoemde punten al aangepast of reeds geïmplementeerd, en in dit stuk genoemd bij de alternatieven voor de korte termijn.

Als de omikronpiek voorbij is en het aantal besmettingen in de bevolking en zorg weer gaat afnemen, blijft het belangrijk om het zicht op het virus te houden. Omdat de opkomst van een eventuele nieuwe variant vaak het eerste wordt gezien in de algemene bevolking in niet in de zorgsector, moet gekeken worden naar alternatieve methoden voor het verkrijgen van voldoende PCR-monsters voor de kiemsurveillance. De COVID-

pandemie heeft daarnaast net als eerdere pandemieën duidelijk gemaakt dat er grotere stappen gezet moeten worden in de (syndroom)surveillance in de ziekenhuizen. Op deze manier zou meer real-time data beschikbaar komen vanuit de ziekenhuizen. Het belang van het opzetten van routinematige surveillance van COVID-19 en andere respiratoire infecties wordt daarom door de European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) onderstreept. Volgens het ECDC dient de surveillance volledig te zijn, niet alleen gericht op primaire zorg, maar inclusief acute respiratoire infecties waarvoor ziekenhuis en IC-opname nodig is (1).

Het OMT is van mening dat er op korte termijn moet worden gestart met het opnieuw formuleren van de surveillance-doelen van testen, zodat ook gekeken kan worden welke systemen daarvoor het meest passend zijn. In bijlage 1 staan een aantal ideeën of lopende initiatieven voor de verdere toekomst.

Corona Toegangsbewijs (CTB) en Digitaal Coronacertificaat (DCC)

Zolang de capaciteit het toelaat kunnen deze testen via de GGD-teststraten afgenomen blijven worden, dit scheelt ook veel administratieve lasten voor de GGD'en. De implementatie van het zelfmeldportaal kan ook een rol gaan spelen voor het aanmelden voor confirmatietesten voor een herstelbewijs. Of deze testen in de toekomst ook via de GGD blijven lopen hangt af van het in stand blijven van de CTB en DCC in Nederland en in Europa, en in hoeverre deze testen kosteloos worden aangeboden.

D. Hoe zou het bestaande testbeleid verantwoord kunnen worden afgebouwd, met in stand houden van de doelen

In de fasen voor afbouwen van grootschalig testen op SARS-CoV-2 ziet het OMT een groter wordende rol voor zelftesten passend bij toenemende individuele verantwoordelijkheid in de pandemie. Het OMT onderscheidt 4 fasen.

1. Korte termijn, tijdens omikronverheffing:
 - GGD testen ten doel: publiek: testen en traceren, zicht op het virus en testen ten behoeve van een CTB of DCC. Patiëntenzorg: eerstelijns diagnostiek.
 - GGD-testen beschikbaar voor iedereen, zelftesten voor niet-risicogroepen, die indien testcapaciteit het toelaat nog wel geconfirmeerd worden (zoals geadviseerd in OMT139, huidige situatie).
2. Middellange termijn, in dalende en omikronverheffing:
 - GGD testen ten doel: publiek: testen en traceren (uitbraken), testen ten behoeve van een CTB of DCC. Patiëntenzorg: eerstelijns diagnostiek.
 - GGD-testen aangeboden voor kwetsbare mensen met symptomen die passen bij SARS-CoV-2, bij mensen die in aanraking komen met kwetsbaren, bij uitbraken in instellingen of bijzondere uitbraken op advies van de GGD, om quarantaine op te heffen, ter verkrijging van CTB/DCC of ten behoeve van reguliere patiënten zorg.
 - Voor overige mensen met milde klachten worden zelftesten geadviseerd, deze hoeven niet geconfirmeerd te worden.
 - Testinfrastructuur via reguliere routes (huisartsen, ziekenhuis) moeten worden geïmplementeerd vooruitlopend op fase 3.

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de middellange en lange termijn

3. Langere termijn:
 - GGD testen ten doel: publiek: testen en traceren (uitbraken).
Patiëntenzorg: eerstelijns diagnostiek.
 - Professioneel testen ten behoeve van individuele patiëntenzorg en op advies GGD
 - Voor overige mensen worden zelftesten geadviseerd, deze hoeven niet geconfirmeerd te worden.
 - Mogelijk via afgeschaalde vorm van GGD teststraten en via reguliere routes.
 4. Post-pandemisch: Terug naar situatie van voor de pandemie:
 - Alleen nog professioneel testen ten behoeve van individuele patiëntenzorg en op advies GGD via reguliere routes.
- Voor overige mensen geen advies tot zelftesten meer.

Voor de komende fase 2, in het dalende been van de omikronverheffing, zou de RIVM testtabel er als volgt uit komen te zien:

Personen met (recente) klachten - immuun én niet-immuun			
		FASE 1 (nu)	FASE 2
1	Ernstig zieke personen (kwetsbaar en niet-kwetsbaar) die zich melden bij de gezondheidszorg (bijvoorbeeld huisarts, Spoedeisende Hulp)	1] PCR/polymerase chain reaction/TMA-test 2] (TNO-)LAMP- of antigeentest – negatieve uitslag bevestigen met PCR-test N.B. Zelftest NIET voor deze groep geadviseerd	1] PCR/TMA-test 2] (TNO-)LAMP- of antigeentest – negatieve uitslag bevestigen met PCR-test N.B. Zelftest NIET voor deze groep geadviseerd
2	In instelling en kwetsbaar	1] PCR/TMA-test 2] (TNO-) LAMP- of antigeentest – negatieve uitslag bevestigen met PCR-test N.B. Zelftest NIET voor deze groep geadviseerd	1] PCR/TMA-test 2] (TNO-)LAMP- of antigeentest – negatieve uitslag bevestigen met PCR-test N.B. Zelftest NIET voor deze groep geadviseerd
3	Niet in instelling en kwetsbaar	1] PCR/TMA-test 2] Een (TNO-) LAMP- of antigeentest is mogelijk bij kwetsbare personen met recente milde klachten zoals lichte verkoudheidsklachten. N.B. Zelftest NIET voor deze groep geadviseerd	1] PCR/TMA-test 2] Een (TNO-) LAMP- of antigeentest is mogelijk bij kwetsbare personen met recente milde klachten zoals lichte verkoudheidsklachten. N.B. Zelftest NIET voor deze groep geadviseerd

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de middellange en lange termijn

Personen met (recente) klachten - immuun én niet-immuun			
		FASE 1 (nu)	FASE 2
4	Werkt met of is in contact met kwetsbare personen (zorgmedewerkers, mantelzorgers, bezoekers aan instellingen waar kwetsbare personen verblijven)	<p>1] PCR/TMA-test</p> <p>2] (TNO-) LAMP- of (herhaalde) antigeentest. Bij zorgmedewerkers dient een negatieve uitslag van de (TNO-) LAMP-antigeentest bevestigd te worden met PCR-test.</p> <p>3] Bij hoge uitzondering kan bij zorgpersoneel dat onmisbaar is voor de continuïteit van zorg, de zelftest worden gebruikt om te bepalen of iemand ingezet kan worden in afwachting van de PCR-uitslag. Bij een negatieve zelftest kan dan gewerkt worden met PBM (persoonlijke beschermingsmiddelen).</p>	<p>1] PCR/TMA-test</p> <p>2] (TNO-) LAMP- of (herhaalde) antigeentest. Bij zorgmedewerkers dient een negatieve uitslag van de (TNO-) LAMP- antigeentest bevestigd te worden met PCR-test.</p> <p>3] Bij hoge uitzondering kan bij zorgpersoneel dat onmisbaar is voor de continuïteit van zorg, de zelftest worden gebruikt om te bepalen of iemand ingezet kan worden in afwachting van de PCR-uitslag. Bij een negatieve zelftest kan dan gewerkt worden met PBM (persoonlijke beschermingsmiddelen)</p>
5	Niet-kwetsbare personen	<p>PCR/TMA-, (TNO-) LAMP-, antigeen- of zelftest. Toepassingen zelftest:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij milde klachten (al dan niet in BCO): een zelftest dient zo snel mogelijk na aanvang klachten gedaan te worden. Bij positieve zelftest laten bevestigen middels professioneel afgenomen (GGD) test. - Indien klachten aanhouden tweede zelftest op dag 2. 	<p>Zelftest</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij milde klachten (al dan niet in bron- en contactonderzoek): een zelftest dient zo snel mogelijk na aanvang klachten gedaan te worden. - indien klachten aanhouden tweede zelftest op dag 2.

Personen zonder recente klachten - immuun én niet-immuun			
		FASE 1 (nu)	FASE 2
6	Met bekende blootstelling (i.h.k.v. bron- en contactonderzoek & Coronamelder-notificatie)	<p>Zie <u>protocol BCO</u></p> <p>Uitgangspunten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zelftest niet voor opheffen quarantaine. Vervroegd opheffen quarantaine kan alleen na negatieve GGD test op dag 5. - GGD testen: PCR/TMA- of (TNO-) LAMP- of antigeentest. 	Zie <u>protocol BCO</u>

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de middellange en lange termijn

Personen zonder recente klachten - immuun én niet-immuun			
		FASE 1 (nu)	FASE 2
7	Screening in instellingen waar kwetsbare personen verblijven (i.h.k.v. uitbraakonderzoek)	PCR/TMA-, (TNO-) LAMP- of (herhaalde) antigeentest. Een negatieve (TNO-)LAMP-, antigeentest moet bevestigd worden met een PCR-test.	PCR/TMA-, (TNO-) LAMP- of (herhaalde) antigeentest. Een negatieve (TNO-)LAMP-, antigeentest moet bevestigd worden met een PCR-test.
8	Screening in geval van andere clusters (i.h.k.v. uitbraakonderzoek in andere instellingen, scholen, werksituaties, etc.)	PCR/TMA-, (TNO-) LAMP- of (herhaalde) antigeentest	PCR/TMA-, (TNO-) LAMP- of (herhaalde) antigeentest
9	Terugkeer uit het buitenland	Hangt van het reisadvies per land af en van de immuunstatus van de reiziger. Zie: Testen na aankomst in Nederland .	Hangt van het reisadvies per land af en van de immuunstatus van de reiziger. Zie: Testen na aankomst in Nederland .
10	Zonder bekende blootstelling	Testkeuze is afhankelijk van het testdoel en of het om wel of niet kwetsbare personen gaat. Zelftesten zijn inzetbaar bij gezonde personen, zie: Situaties waarin u wel of geen corona zelftest gebruikt . De geldigheidsduur van een negatieve testuitslag is 24 uur.	Voorafgaand aan bezoek zelftest geadviseerd
11	Ter verkrijging van CTB of DCC	Afhankelijk van de voorwaarden gesteld voor het type toegangsbewijs: PCR/TMA-, (TNO-) LAMP-, of antigeentest uitgevoerd door een GGD, Toegang of commerciële testaanbieder.	Afhankelijk van de voorwaarden gesteld voor het type toegangsbewijs: PCR/TMA-, (TNO-) LAMP-, of antigeentest uitgevoerd door een GGD, Toegang of commerciële testaanbieder.

Toelichting bij tabel:

- *Krijg je na een negatieve testuitslag opnieuw klachten, of worden de klachten erger? Laat je dan opnieuw testen of test jezelf opnieuw. Bij personen in BCO-monitoring is dan een test bij de GGD aanbevolen. Of bel je huisarts indien nodig.*
- *Mocht het voordoen dat wachttijden bij de GGD-diagnostiek bij groepen 1, 2, 3 en 4 vertragen, kan overwogen worden alvast een zelftest te doen. Positieve en negatieve uitslag dient in deze groepen bevestigd te worden middels PCR-test.*

E. Op welk moment kan begonnen worden met het afbouwen van het huidige testbeleid

Monitoring van de SARS-CoV-2 infectiedruk is nodig zo lang de geldende maatregelen worden afgebouwd, zodat het mogelijk blijft om een voorspelling op de zorgbelasting te doen en indien nodig in te kunnen grijpen. COVID-19 is een groep A meldingsplichtige ziekte, waarbij ook besmettingen buiten het ziekenhuis vooralsnog gemeld moeten worden. Op dit moment is er geen alternatieve methode van het melden van een positieve zelftest dan via belien naar de GGD (beperkt) of te confirmeren via een GGD-test. Voor bestrijding en voor surveillance doeleinden zijn alternatieven genoemd onder D nu nog onvoldoende ingericht. Daarom stelt het OMT dat de overgang van fase 1 naar fase 2 plaats kan vinden zodra we ons in het dalende been van de omikronverheffing bevinden. Dit geeft ook de kans om de (gratis) beschikbaarheid van de zelftesten te vergroten en de kans om surveillancesystemen te optimaliseren.

Wanneer de langere termijn testfasen 3 en 4 in kunnen gaan is op dit moment niet goed te voorspellen en kan mogelijk nog een tijd duren. Voor kwetsbare mensen bestaat de indicatie voor optimaal testen zo lang dit consequenties heeft voor eventuele vroegbehandeling (eventueel via de huisarts). De meldingsstatus van SARS-CoV-2 voor patiënten buiten het ziekenhuis wordt mogelijk aangepast. Ook de nationale en internationale afspraken omtrent CTB en DCC maken professionele testen nodig. Zo lang personen met een SARS-CoV-2 infectie wordt geadviseerd in isolatie te gaan en BCO uit te voeren, blijft (zelf)testen nodig. De komende weken/maanden zal een integraal beeld van de pandemie gevormd worden en de lange termijnvisie van de testfasen maakt hier deel van uit.

Zoals eerder aangegeven is het van groot belang om testcapaciteit bij veranderende omstandigheden in de pandemie weer snel en flexibel op te schalen.

Internationaal

Denemarken (via media)

Per 31 januari zijn alle maatregelen losgetalen, echter testinfrastructuur blijft voorlopig overeind. Via EWRS is uitgevraagd wat verdere plannen zijn, nog geen officiële reactie. Isolatie- en quarantainebeleid wel versoepeld nu omikron qua ernst lijkt mee te vallen. Verschillen met NL: geen massale teststraten, maar veel meer kleinschalige locaties (435 momenteel), vaak bij reguliere zorgaanbieders. Veel testen via huisartsen die vaak direct aan ziekenhuizen verbonden zijn.

GB

Alle maatregelen losgelaten, echter op website gov.uk lijkt testsysteem in stand te blijven. Via EWRS is uitgevraagd wat plannen zijn, reactie is dat men bezig is (eind februari duidelijkheid verwacht) maar nog niets kan delen in verband met gevoelige informatie. Verschillen met NL: sinds eind 2020 al ruime inzet zelftesten, sinds voorjaar 2021 ook voor algemene bevolking. Zeer kleinschalige mogelijkheid afname PCR-testen, ook zelfafname kits, via apotheken, lokale zorgaanbieders. Meldportaal voor zelftesten in operationeel, maar invoer valt erg tegen (persoonlijke communicatie)

Spanje

Uitgevraagd en beantwoord via EWRS: men is druk bezig met omvormen

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de middellange en lange termijn

surveillance-systeem. Moet uiteindelijk vergelijkbaar worden met influenza en RSV met sterke focus op sentinels (ook ziekenhuizen). Qua testen en maatregelen nu vooral focus op kwetsbaren en ernstig zieken. Voor kiemsurveillance idee om aandeel samples via sentinels te verhogen en ook rioolwatersurveillance te intensiveren. Officiële cijfers van Spanje zijn topje van de ijsberg, vanwege negatieve consequenties laten mensen zich ook minder testen bij klachten (persoonlijke communicatie).

Noorwegen (uit WHO meeting)

Geen PCR testen bij mensen die geboost zijn of die na de primaire vaccinatie reeks opnieuw geïnfecteerd zijn geweest. In deze groep wordt zelftesten geadviseerd. Positiviteit in deze groep wordt hierdoor ook niet meer meegenomen in de officiële case counts van Noorwegen.

Referenties

1. ECDC technical report: COVID-19 surveillance guidance. Transition from COVID-19 emergency surveillance to routine surveillance of respiratory pathogens. October 2021.

Bijlage 1: eerste uitwerking surveillance-systemen voor de langere termijn

Steekproeven in de algemene bevolking. Een mogelijke bron van PCR-testen uit een over het algemeen gezonde groep zou gevormd kunnen worden door de testen die ziekenhuizen afnemen bij de eigen medewerkers met klachten of in het kader van preventief testen. Deze testen worden nu nog op grote schaal gedaan, maar de toekomst van deze teststructuur is onzeker, omdat deze vaak op kosten van de zorginstellingen zelf worden uitgevoerd.

Voor representatieve sampling voor surveillance en kiemsurveillance zou ook ingezet kunnen worden op bevolkingsbrede steekproeven waarin PCR-tests worden afgenomen, al dan niet met zelfafname. Bij het project Infectieradar van het RIVM (www.infectieradar.nl), wordt momenteel onderzocht of als toevoeging aan de vragenlijsten er ook zelftest-kits opgestuurd kunnen worden naar deelnemers met klachten, naar analogie van het Britse REACT-onderzoek (<https://www.imperial.ac.uk/medicine/research-and-impact/groups/react-study/the-react-1-programme/>). Het huidige aantal deelnemers de Infectieradar is 10.000 mensen, wanneer de incidentie van SARS-CoV-2 weer afneemt is dit mogelijk een te beperkte groep. Daarom wordt er momenteel werk van gemaakt om dit aantal uit te breiden.

Sentinel-surveillance in de ziekenhuizen. Vergelijkbaar met de Nivel-huisartsendata, is het mogelijk om informatie over ziektebeelden geaggregeerd uit ziekenhuisinformatiesystemen te halen. Al sinds de uitbraak van de pandemische griep in 2009 wordt in Nederland gewerkt aan een surveillance van Severe Acute Respiratory Infections (SARI). Dit houdt in dat gegevens uit ziekenhuissystemen op gestructureerde wijze, bij voorkeur (semi-)geautomatiseerd worden gerapporteerd op nationaal niveau. In Nederland hebben op dit moment maar 3 ziekenhuizen SARI-surveillance (gedeeltelijk) geïmplementeerd, waardoor de SARI-surveillance op dit moment geen representatief beeld geeft van de respiratoire problematiek in ziekenhuizen. Uitbreiding naar meerdere regio's, bij voorkeur met een goede landelijke spreiding is wenselijk, in andere landen (zoals Spanje) is al met succes een dergelijke ziekenhuis-peilstationssysteem geïmplementeerd. Het koppelen van verschillende ziekenhuisinformatiesystemen aan landelijke systemen is echter complex en soms slechts met handmatige stappen mogelijk, wat zowel voor de zendende als ontvangende partij extra logistiek oplevert. Omdat daarbij ook informatie over verwekkers wenselijk is, zal vaak ook nog het laboratoriumsysteem aan het ziekenhuis EPD gekoppeld moeten worden.

Real-time surveillance via de Stichting NICE. Een mogelijke geschikte bron van gegevens uit meerdere ziekenhuizen zou de langlopende registratie van de stichting NICE kunnen zijn, de stichting die de kwaliteit van de IC-zorg in Nederland monitort. Deze langlopende NICE registratie biedt een solide basis als databron die ook gebruikt kan worden voor infectieziekten-surveillance. Daarvoor moet de registratie wel worden aangepast naar een real-time datasysteem. Via de speciaal ontwikkelde COVID-19 module levert de stichting NICE nu al dagelijks informatie aan

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de middellange en lange termijn

het RIVM, deze aparte gegevensverzameling geeft echter een grote dagelijkse registratielast voor IC's. Daarom wordt door de stichting NICE en het RIVM gewerkt aan het omvormen van de langlopende registratie, naar een geautomatiseerd systeem dat dagelijks informatie kan geven over de surveillance van respiratoire infectieziekten op de IC's in Nederland. Naar verwachting kan er in 2022 op een paar IC's een pilot gaan lopen, waarna vanaf 2023 mogelijk meer IC's kunnen aansluiten.



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

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

5.1.2e

Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

NCTV

5.1.2e

Postbus 16950
2500 BZ Den Haag

Datum 14 februari 2022
Betreft Gedragsreflecties opgeleverd 11 februari 2022

Geachte 5.1.2e

Op 9 februari jl. heeft u de RIVM Corona Gedragsunit gevraagd om gedragsreflecties op mogelijke aanpassingen van het maatregelenpakket. Op 11 februari 2022 hebben wij deze aan u opgeleverd (zie bijlage 1).

De gedragsreflecties zijn gebaseerd op resultaten uit het gedragswetenschappelijk onderzoek van het RIVM en de GGD'en en consultatie van gedragswetenschappelijke experts.

De focus van onze gedragsreflecties ligt op het leren leven met het virus rekening houdend met de mogelijkheden vanuit medisch-virologisch perspectief die gesignaleerd worden met oog op continuïteit van zorg. Hierbij houden we zoveel als mogelijk rekening met de impact van maatregelen op naleving, draagvlak, welbevinden, ervaren rechtvaardigheid en vertrouwen in beleid.

Uitvraag NCTV d.d. 9 februari 2022:

Verzoek om gedragsreflecties op mogelijke aanpassingen in het maatregelenpakket. Het gaat hierbij om de volgende opties:
Wijzigen huidige maatregelenpakket met mogelijke versoepelingen:
Verruimen van de sluitingstijden.

- Het mogelijk maken van ongeplaceerde activiteiten (waaronder horeca) met inzet van mitigerende maatregelen.
- Versoepelen van aantal adviezen, waaronder thuiswerkbezoek, thuiswerkadvies en binnenlandsreisadvies.

In aanvulling hierop kwam op 11 februari in de ochtend het verzoek om aanvullende gedragsreflecties op:

- Het loslaten van de 1,5 meter per 25 februari (vanaf dit moment ook loslaten 3G) en vanaf 25 februari 1G (testen voor toegang) voor grote (>500 bezoekers) ongeplaceerde bezoekers.

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

KvK Utrecht 30276683

T 5.1.2e
info@rivm.nl

Ons kenmerk
005-2022 5.1.2e

Behandeld door

Kopie aan

Bijlage(n)
Bijlage 1: gedragsreflecties 11
februari 2022

Gedragreflecties

De door het RIVM opgeleverde gedragreflecties op 11 februari eind van de dag treft u aan in bijlage 1.

Datum

14 februari 2022

Ons kenmerk

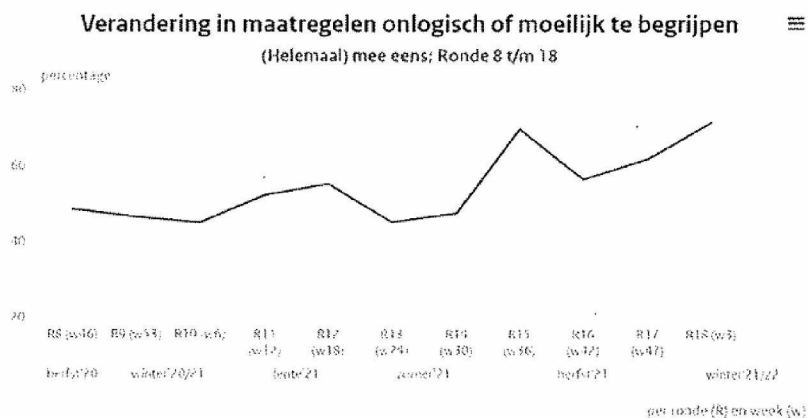
005-2022 5.1.2e

Ter toelichting op de reflectie met betrekking tot 1.5 meter:

De 1,5 meter is geruime tijd de basis geweest van het coronamaatregelenpakket om besmettingen tegen te gaan. Tenzij er een heel duidelijk nieuw perspectief wordt geschetst met heldere toelichting welke maatregelen nog wel aan te houden en waarom, kan het schrappen van de 1,5m als signaal worden gezien dat de pandemie voorbij is. Op basis van veranderingen die wij eerder hebben gezien is het goed om rekening te houden met een mogelijke negatieve impact hebben op naleving van maatregelen en adviezen die nog wel nageleefd moeten worden.

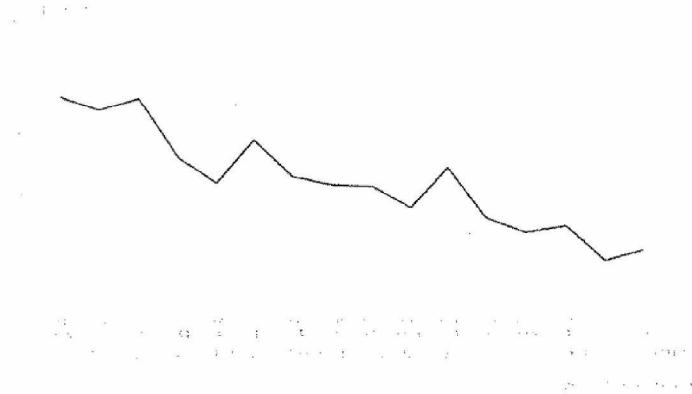
Tijdens eerdere fases waarin meerdere versoepelingen werden doorgevoerd en de 1.5 meter werd afgeschaft is de verwarring over de overblijvende maatregelen toegenomen (Figuur 1 onder, Ronde 15). Het afschalen van communicatie (zomer 2020) is gepaard gegaan met een flinke daling in vertrouwen in het coronabeleid; meer mensen vonden dat er onvoldoende uitleg was (Figuur 2 onder, v.a. ronde 5). Dit benadrukt het grote belang van doelgerichte, consistente en regelmatige communicatie, ook in tijden van versoepelingen en lagere acute noodzaak vanuit zorgperspectief.

Figuur 1



Figuur 2

Verandering vertrouwen in Nederlandse aanpak
(Breeivree; Ronde 1, 3, 5 t/m 18)



Datum
14 februari 2022

Ons kenmerk
005-2022 5.1.2e

Met betrekking tot communicatie-strategie voor de komende periode is het belangrijk om:

- door te gaan met deskundige en vertrouwenwekkende communicatie (doel coronabeleid, strategie, afwegingen en transparantie).
- een aanzienlijk deel van de mensen maakt zich nog zorgen over de situatie nu en de komende maanden. Doorgaan met communicatie en het bieden van maatwerk in ondersteuning kan bijdragen aan de naleving en draagvlak voor het beleid en de overblijvende maatregelen.

Verschillende onderwerpen die we in deze gedragsreflecties aanstippen zijn door ons uitgewerkt in memo's en eerdere brieven met gedragsreflecties. Deze zijn te raadplegen via www.rivm.nl/gedragsonderzoek/publicaties.

Tot slot attendeer ik u graag op de meest recente metingen van de Corona Gedragsunit van het RIVM & partners: [Onderzoeken RIVM Corona Gedragsunit | RIVM](#)

Tot een nadere mondelinge toelichting zijn wij gaarne bereid.
Met vriendelijke groet,

5.1.2e

Bijlage 1:**Gedragreflecties op beoogde wijzigingen in / continuering van het corona-maatregelenpakket**

RIVM Corona Gedragseenheid | 11 februari 2022

Datum
14 februari 2022Ons kenmerk
005-2022-5.1.2e

Kernboodschap

- Voorkom beeldvorming dat pandemie helemaal voorbij is
 - Focus niet alleen op versoepelen, maar ook op wat nog wél geadviseerd wordt én waarom (welk risico lopen we, doel en effectiviteit van overblijvende maatregelen).
 - Aandacht voor logica pakket: stadions open maar wel limiet thuis bezoek?
- Veel mensen zijn voor een basisset aan gedragsadviezen, ook als ziekenhuizen niet onder druk staan.
 - hoog draagvlak: hygiëne (zoals handen wassen) en thuisblijven/testen bij klachten,
 - vrij hoog draagvlak: 1.5m afstand, quarantaine na risico contact, en deeltijd thuiswerken
 - lager draagvlak: bezoekbeperking en zelftest vooraf aan bezoek (laag ervaren nut en lastig om te doen).

Argumenten van burgers zelf voor aanhouden basismaatregelen: beperkt virusverspreiding, kost weinig moeite, gewend, ieders eigen verantwoordelijkheid, bevordert hygiënisch gedrag etc.

- Het Ctb geniet relatief weinig draagvlak en levert in de praktijk conflicten op.
- Als wordt overwogen de 1G-systematiek te introduceren (testen voor toegang), is het voor uitlegbaarheid van groot belang dat dit draagvlak heeft in sector zelf (bijv. nachtleven), evident effectief is, er voldoende test mogelijkheden zijn en hebben mensen gelijke toegang hiertoe. Houd rekening met mogelijke gevoelens van onrechtvaardigheid onder de mensen die gevaccineerd zijn, heldere toelichting is van belang voor draagvlak.
- Voor een deel van de bevolking zal het verder opengaan van de samenleving te vroeg voelen vanwege de hoge infectiecijfers en daarmee gevoel van onveiligheid versterken.
 - Bied mensen met (meermaals) uitgestelde zorg gefundeerde geruststelling dat straks niet wéér de reguliere zorg moet worden uitgesteld.
 - Bied voor personen die zich onveilig voelen door de versoepelingen (bijv. vanwege hun kwetsbare gezondheid) en hun huisgenoten (bijv. kinderen die langdurig thuis zitten) ondersteuning bij het maken van een risico-inschatting en het zo veilig mogelijk kunnen deelnemen aan de maatschappij. Bijv. persoonlijke begeleiding of landelijk informatienummer met medisch expert.
- Communicatie: de onderbouwing van nog geldende adviezen (risico situaties, effectieve ingrepen, logisch pakket) is ook nu weer erg belangrijk in deze fase van afbouwen. Probeer verharding in discussies te voorkomen en streef naar maatwerk in mogelijkheden om deel te nemen aan de samenleving.

Uitvraag maatregelenpakket

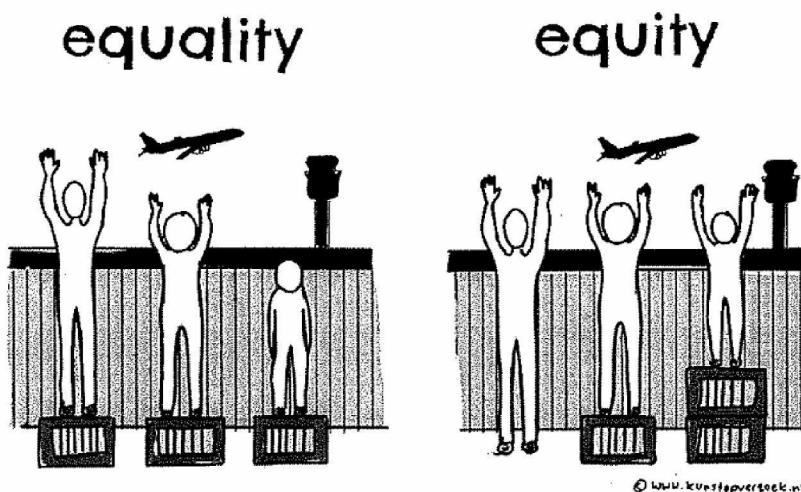
- De 1,5 meter als advies heeft vrij hoog draagvlak onder bevolking (rond 82%, 25-31 januari). Dit geeft mensen met een kwetsbare gezondheid mogelijk ook een veiliger gevoel.
- De 1,5 meter is altijd de basis geweest van alle maatregelen. Tenzij er een heel duidelijk nieuw perspectief wordt geschetst met heldere toelichting welke maatregelen nog wel aan te houden en waarom, kan het schrappen van de 1,5m als signaal worden gezien dat de pandemie voorbij is met negatieve impact op naleving van maatregelen en adviezen die nog wel nageleefd moeten worden.
- Overweeg daarom om nu nog niet tot besluitvorming over te gaan met oog op de hoge besmettingscijfers, tenzij er (zeer) grote epidemiologische zekerheid is dat de maatregel niet opnieuw ingevoerd moet worden (zoals najaar 2021).
- Bij epidemiologische onzekerheid, communiceer dat dit besluit binnenkort wordt genomen, maar dat het gewenst is eerst even aan te kijken wat het effect is van de huidige versoepelingen.

Datum
14 februari 2022

Ons kenmerk
005-2022 5.1.2e

Aandacht voor kansengelijkheid: equality versus equity

Bij de overgang van het verleggen van de verantwoordelijkheid van overheid naar burger is het belangrijk om oog te blijven houden voor mensen die niet op basis van algemene communicatie en ondersteuning bereikt worden, en soms juist meer nodig hebben. Denk hierbij aan extra inzet met betrekking tot toegankelijkheid, begrijpbaarheid en beschikbaarheid.



Datum
14 februari 2022

Ons kenmerk
005-2022-5.1.2e

Recente focusgroepen maatschappelijk middenveld en vragenlijst onderzoek – eind januari 2022

- Er is weinig draagvlak voor het coronatoegangsbewijs (CTB). In de praktijk levert inzet CTB veel conflicten op.
- Voor jongeren, armen, sociaal kwetsbaren en ouderen is het hebben van **sociaal contact** cruciaal. Nu versoepeld wordt kost het moeite om deze groepen weer actief te krijgen.
- Regie meer lokaal: branches/organisaties/werknemers weten beter wat in welke situatie mogelijk is (maatwerk). In noodsituaties regie naar nationaal.
- Burgers en partijen uit het maatschappelijk middenveld werken graag mee aan een plan voor de toekomst. Ze willen wel meer horen wat er met hun input is gedaan. Dit bevordert draagvlak en vertrouwen.
- Draagvlak voor hygiëne maatregelen (zoals geen handen schudden, handen wassen), thuisblijven en (zelf)testen bij klachten, 1.5m afstand, en mondkapje in publieke binnenruimtes liggen rond de 80%.
- Bezoekbeperking thuis (53% draagvlak) en testen vooraf aan bezoek (40% draagvlak) heeft beperkt draagvlak. Het ervaren nut en de moeilijkheid (lastig af te nemen, kosten?) van zelftesten vooraf aan bezoek is laag.

Zie voor recente cijfers over welbevinden en mentale gezondheid (eind januari 2022):

[Welbevinden en leefstijl | RIVM](#)

Zie voor nadere toelichting en voorbeelden onze eerder uitgebrachte gedragsreflecties en memo's. www.rivm.nl/gedragsonderzoek/publicaties



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Factsheets VWS 14 februari 2022

Epidemiologisch beeld

1/2



Kerncijfers (14 februari 2022)

Aantal positieve uitslagen

55.116 positieve testuitslagen (315,4 per 100k) ten opzichte van 60.227 een dag eerder.

In de afgelopen zeven dagen (8 – 14 februari) werden gemiddeld 119.093 positieve testen per dag geregistreerd. Dat is 55,8% meer dan de week ervoor.

N.B. Op dinsdag 8 februari jl. heeft een grote correctie bij het RIVM plaatsgevonden in het aantal positief geteste personen. Deze correctie werkt t/m 14 februari door in het 7-daagsgemiddelde.

Cijfers ziekenhuizen en IC's met bron LCPS

ZKH-bezetting (excl. IC): 1.373 (14 februari) t.o.v. 1279 de week ervoor.

IC-bezetting: 181 (14 februari) t.o.v. 214 de week ervoor.

Het 7-daagsgemiddelde nieuwe opnames kliniek (8 – 14 februari) is 183,4 t.o.v. 179,1 de week ervoor (1 – 7 februari).

Het 7-daagsgemiddelde nieuwe opnames IC (8 – 14 februari) is 13,6 t.o.v. 15,4 de week ervoor (1 – 7 februari).

Cijfers ziekenhuis- en IC-opnames met bron St. NICE (via RIVM)

Het 7-daagsgemiddelde ziekenhuisopnames (3 – 9 februari) is 180,7 t.o.v. 192,9 de week ervoor (27 januari – 2 februari).

Het 7-daagsgemiddelde IC-opnames (4 – 10 februari) is 14,3 t.o.v. 14,1 de week ervoor (28 januari – 3 februari).

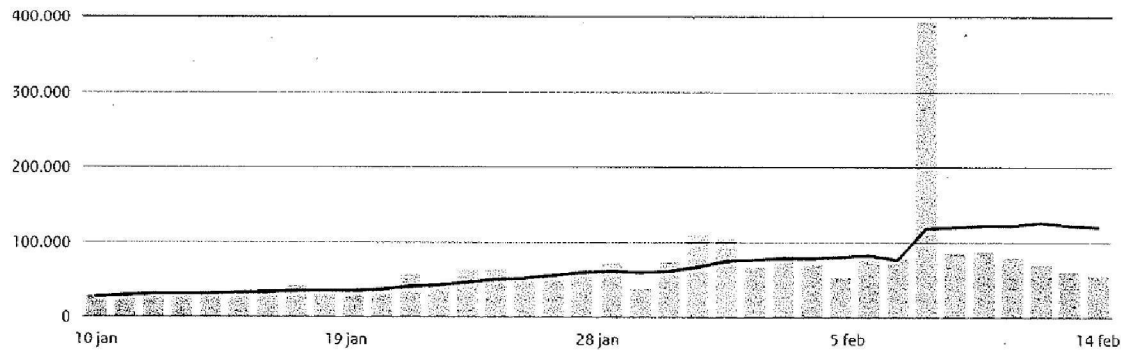
N.B. Het aantal ziekenhuisopnames is inclusief opnames op de intensive care.

R-waarde (update 11 februari)

R-waarde: 1.09 (1.08 – 1.10, met ijkdatum 27 januari).



Trend aantal positieve testen in de afgelopen vijf weken

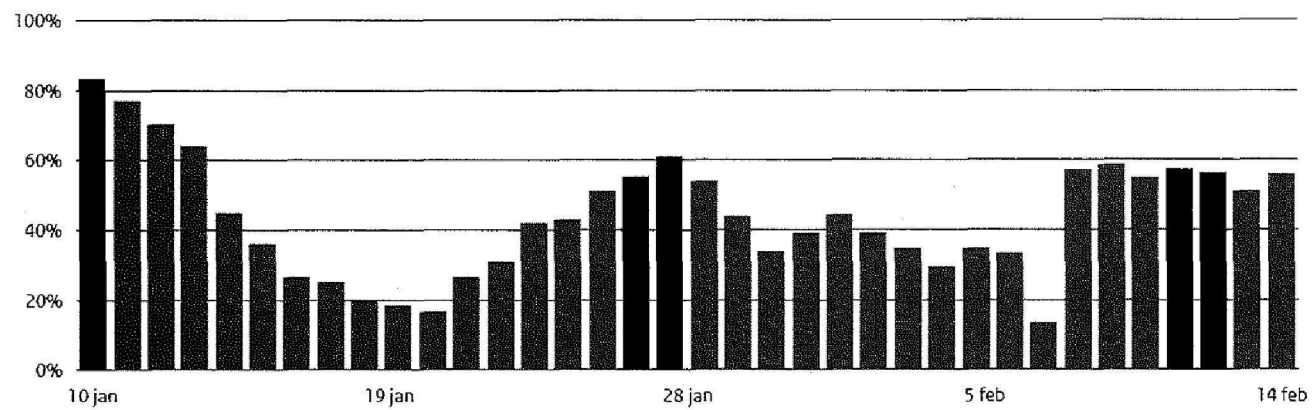


Bekijk de uitgelichte gebeurtenissen

— Testen met positieve uitslag, gemiddelde over de afgelopen zeven dagen ▒ Testen met een positieve uitslag



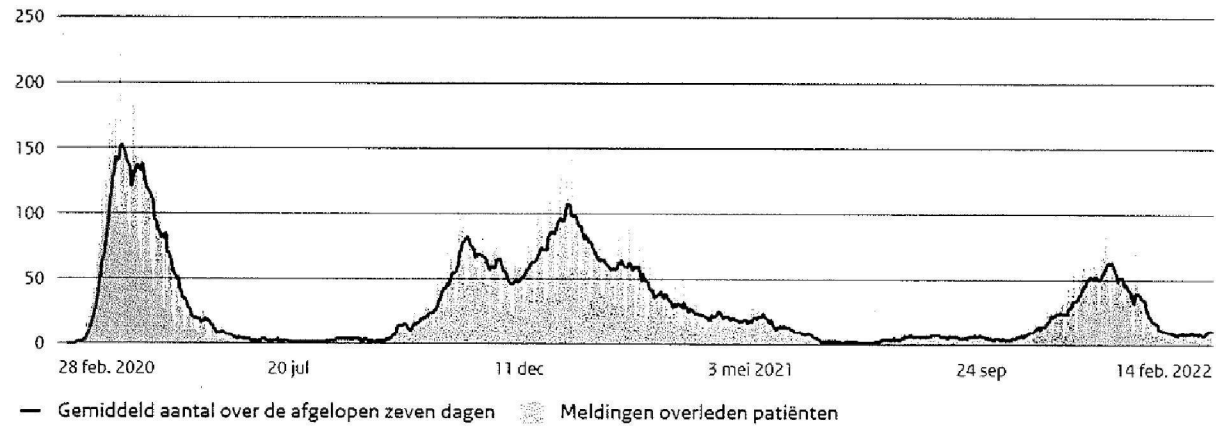
Percentuele verandering per week van het aantal besmettingen (groeigetal)



Waarde van maandag 14 februari · Bron: Ministerie van VWS op basis van RIVM



Sterfte

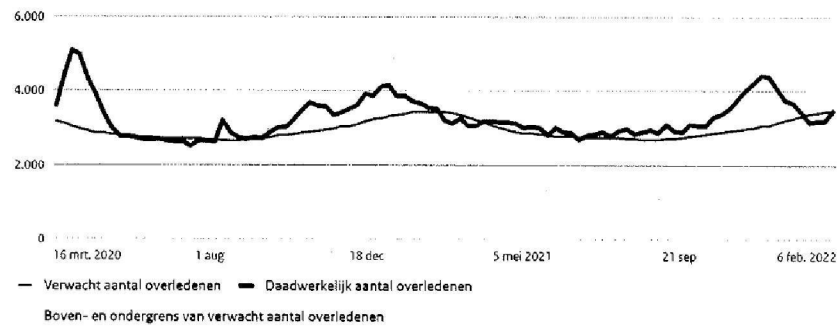


Bron: RIVM



Oversterfte

Deze grafiek laat zien of er in een bepaalde week meer of minder mensen zijn overleden dan verwacht. De donkerblauwe lijn laat zien hoeveel mensen er per week zijn overleden sinds 16 maart 2020. De lichtblauwe lijn en de strook daaromheen laten zien hoeveel overledenen het CBS had verwacht op basis van hoeveel mensen in vorige jaren zijn overleden per week.



Bron: CBS



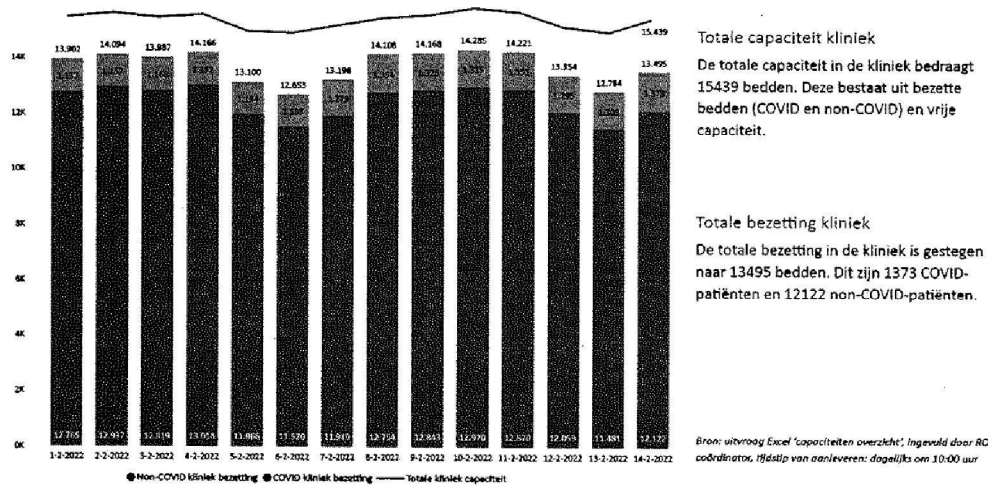
Epidemiologisch beeld – ziekenhuizen





Capaciteit en bezetting kliniek: 70 COVID-patiënten meer dan gisteren (bron: LCPS)

Totale Kliniek bezetting t.o.v. (opgeschaalde) capaciteit over tijd
Zowel COVID als non-COVID



Totale capaciteit kliniek

De totale capaciteit in de kliniek bedraagt 15439 bedden. Deze bestaat uit bezette bedden (COVID en non-COVID) en vrije capaciteit.

Totale bezetting kliniek

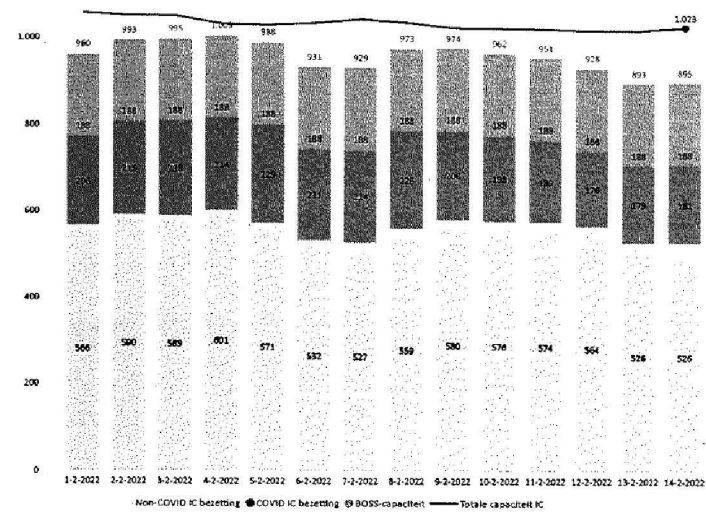
De totale bezetting in de kliniek is gestegen naar 13495 bedden. Dit zijn 1373 COVID-patiënten en 12122 non-COVID-patiënten.

Bron: uitvraag Excel 'capaciteiten overzicht', ingevuld door RGAZ coördinator, tijdlijn van aanleveren: dagelijks om 10:00 uur



Capaciteit en bezetting IC: 2 COVID-patiënten meer dan gisteren (bron: LCPS)

Totale IC-bezetting in Nederland t.o.v. (opgeschaalde) capaciteit over tijd
Zowel COVID als non-COVID



Totale capaciteit IC Nederland

De totale IC-capaciteit is 1023 bedden. Deze bestaat uit bezette bedden, BOSS-capaciteit en vrije capaciteit.

Totale bezetting IC Nederland

De totale bezetting op de IC is gestegen naar 707 bedden. Dit zijn 181 COVID-patiënten en 526 non-COVID-patiënten.

BOSS-capaciteit

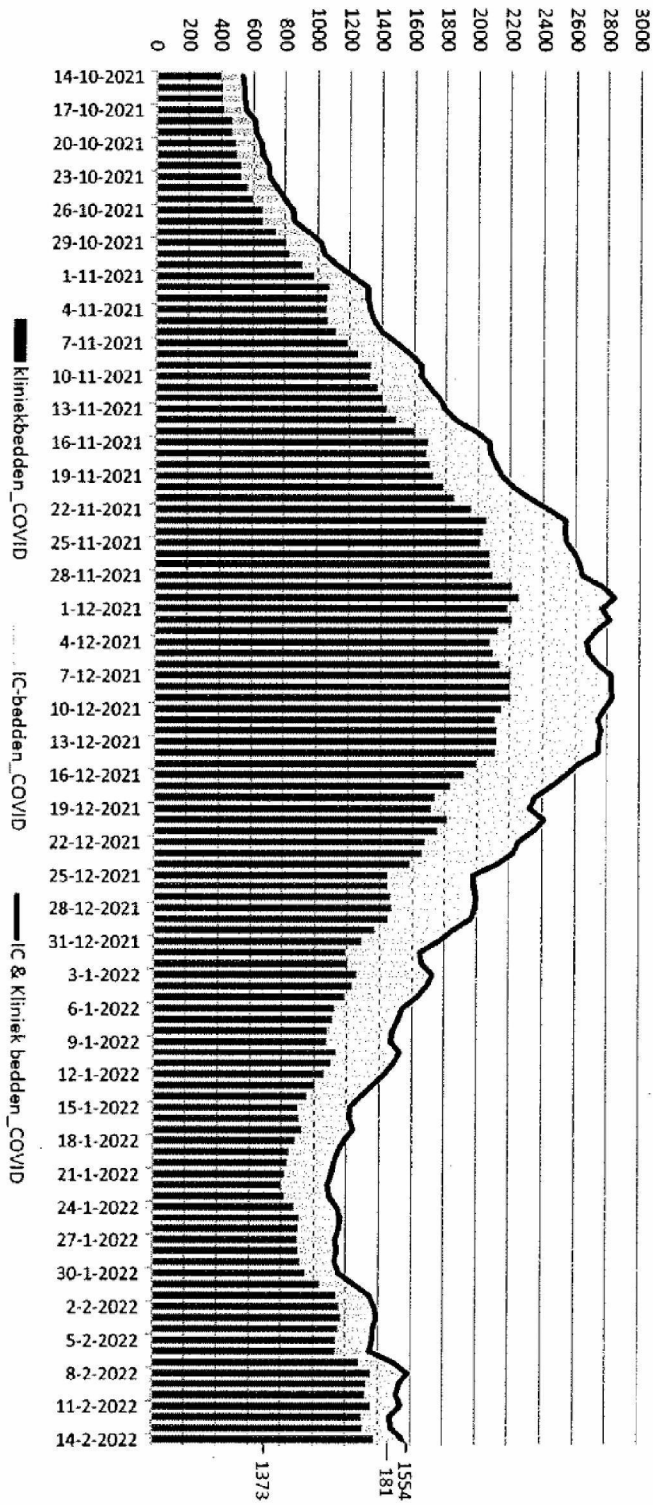
Er zijn op landelijk niveau voldoende BOSS-bedden beschikbaar. Er zouden 188 beschikbare bedden voor de COVID- en non-COVID-zorg moeten zijn.

COVID-IC-bezetting Duitsland

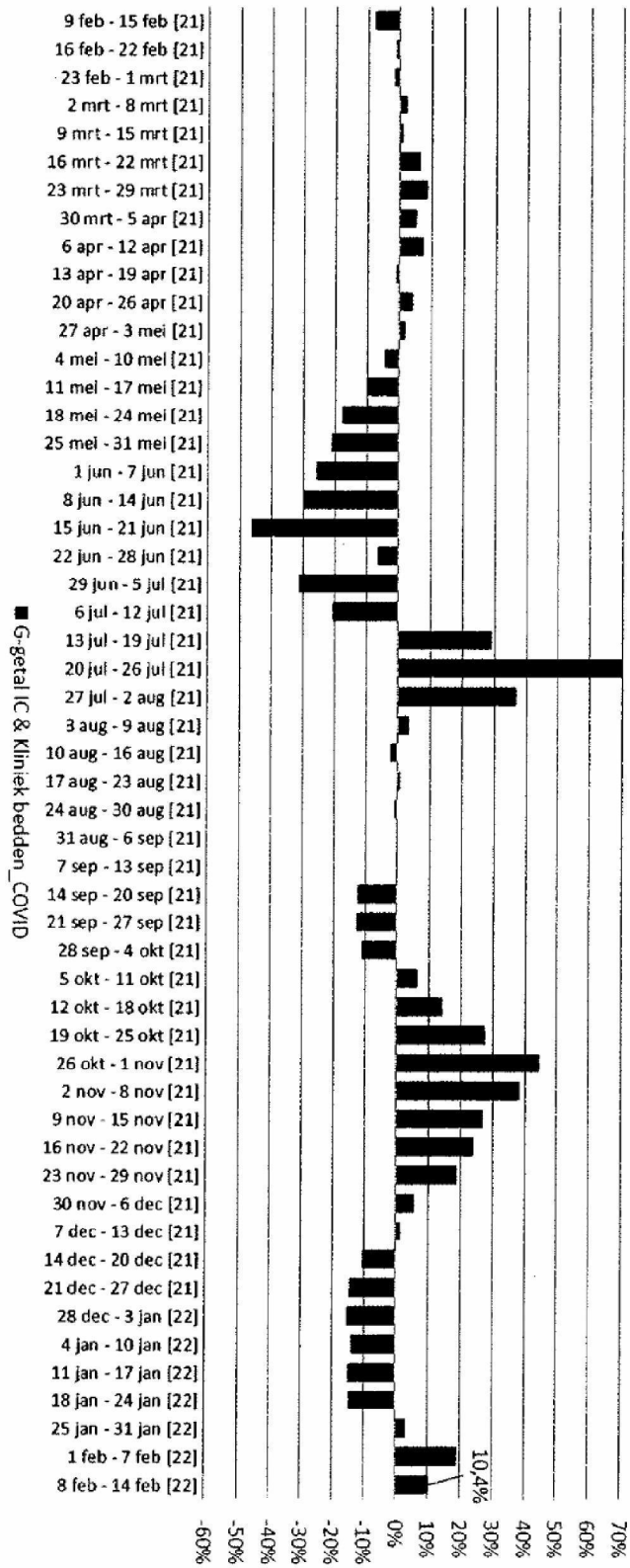
Er bevinden zich momenteel 0 vanuit Nederland verplaatste COVID-IC-patiënten in Duitsland.

Bron: uitvraag Excel 'capaciteiten overzicht', ingevuld door ROAZ coördinator, tijdstip van aanleveren: dagelijks om 10:00 uur

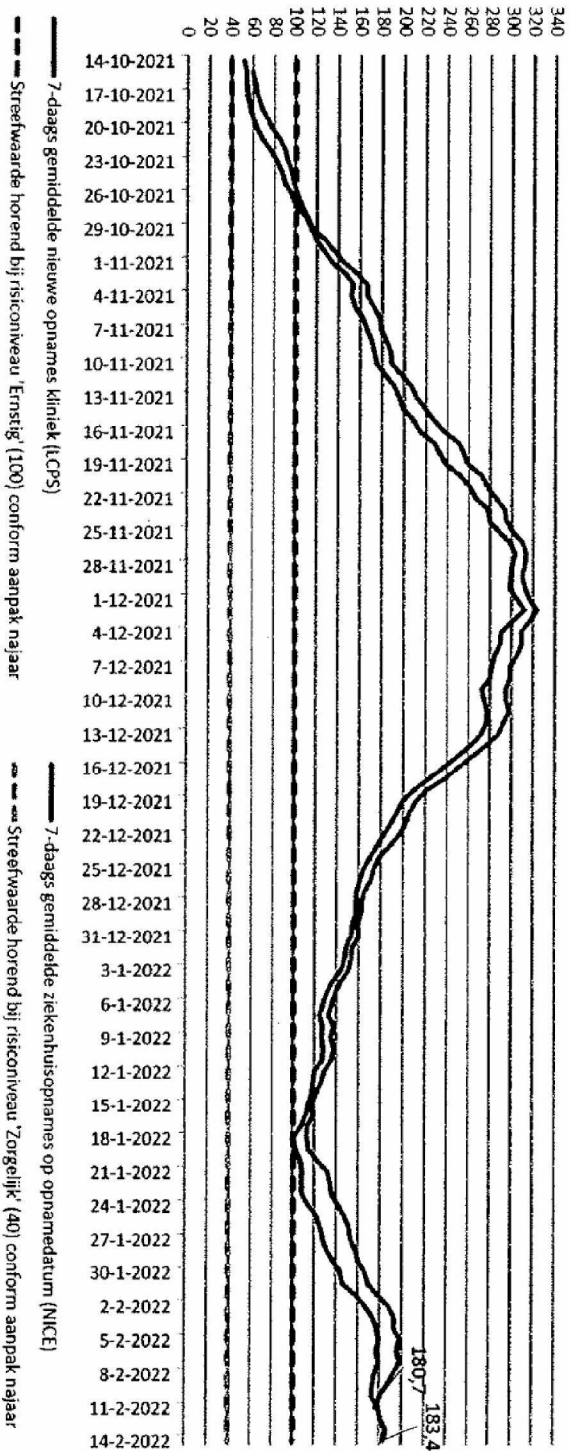
Bedbezetting (bron: LCPS)



Percentuele verandering per week van de bedbezetting (groeigetal) (bron: LCPS)

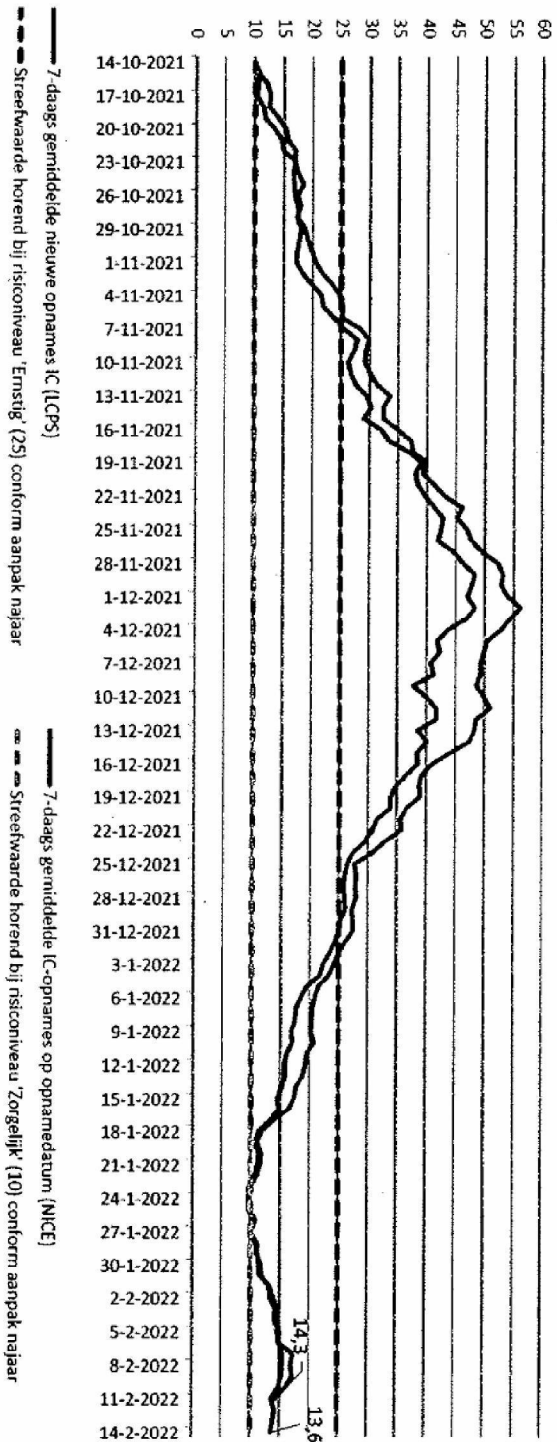


7-daagsgemiddelde ziekenhuisopnames LCPS versus St. NICE



Ziekentijd	Waakzaam	Zorgelijk	Ernstig
Ziekentijd	< 40	40 - 100	> 100

7-daagsgemiddelde IC-opnames LCPS versus St. NICE



IC-opnames	Waakzaam	Zorgelijk	Ernstig
< 10			
10 - 25			
> 25			

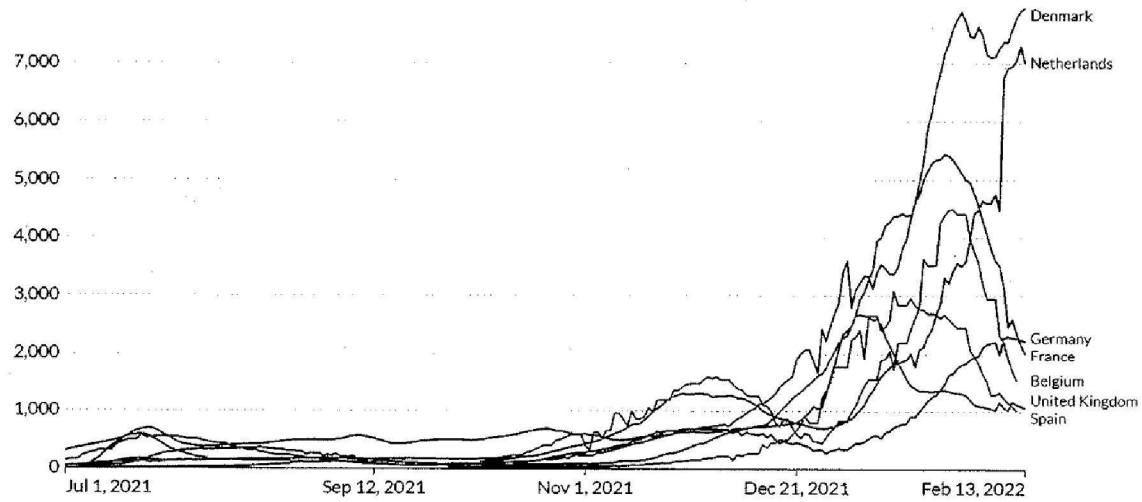


Epidemiologisch beeld – Internationaal





Besmettingen per 1 miljoen inwoners (7-daagsgemiddelde)

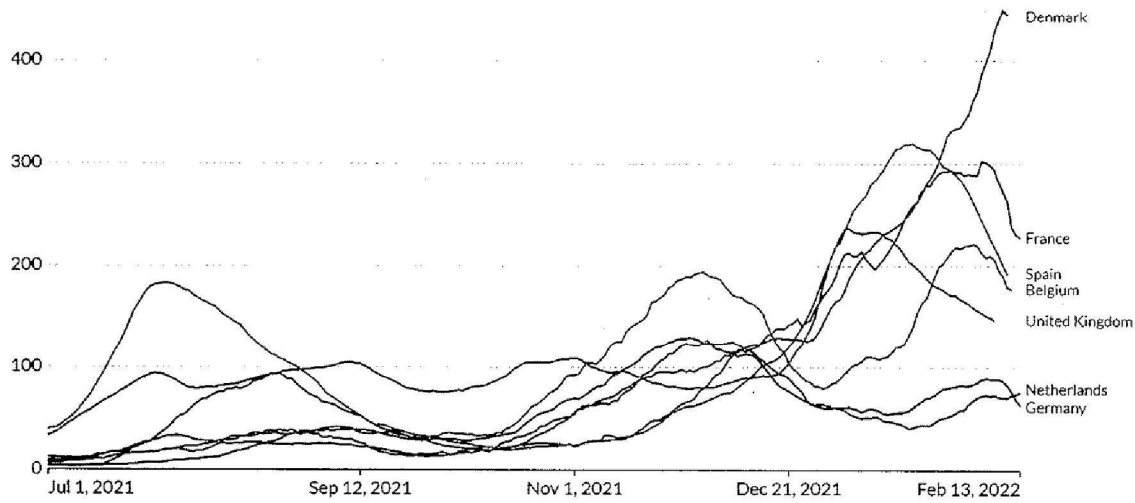


Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CCBY



Ziekenhuisopnames per week per 1 miljoen inwoners

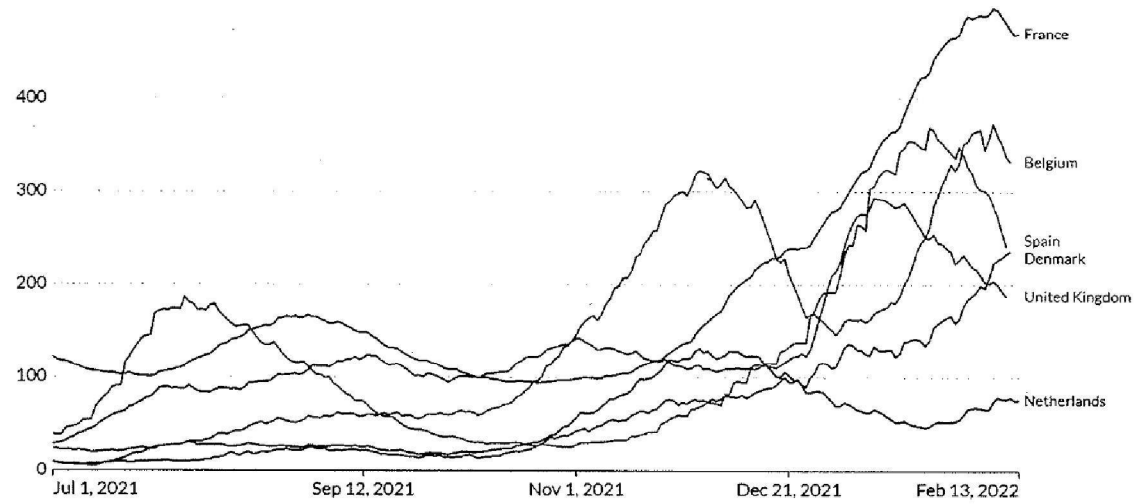


Source: Official data collated by Our World in Data

CC BY



Ziekenhuisbezetting per 1 miljoen inwoners



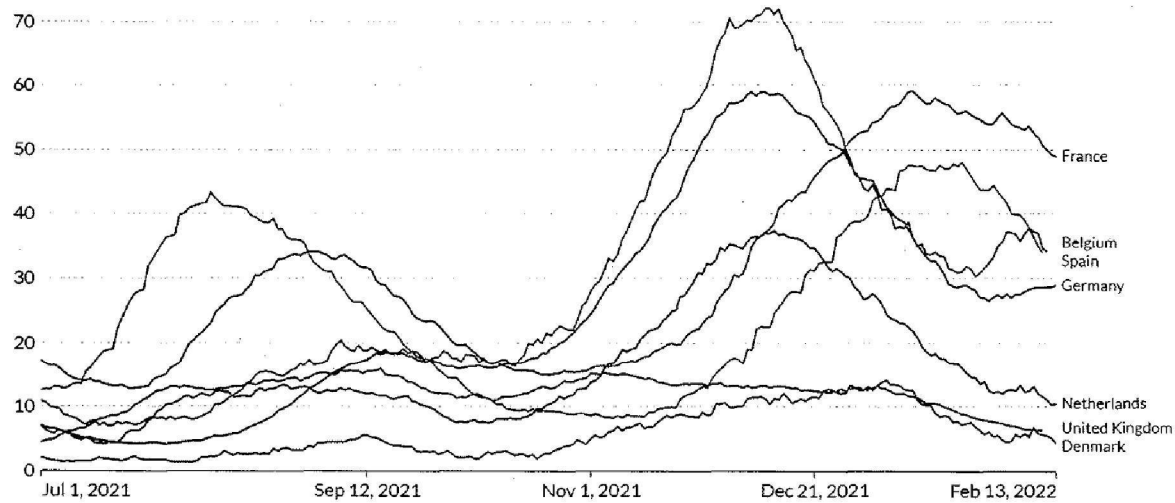
Source: Official data collated by Our World in Data

CC BY

N.B. Geen informatie beschikbaar op deze site voor Duitsland



IC-bezetting per 1 miljoen inwoners

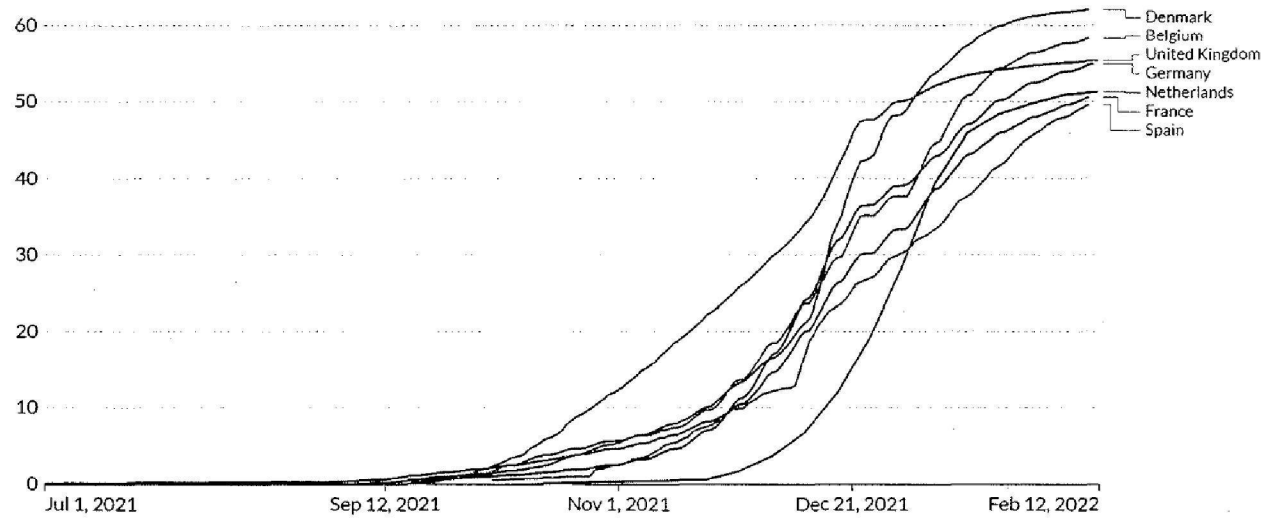


Source: Official data collated by Our World in Data
Note: For countries where the number of ICU patients is not reported, we display the closest metric (patients ventilated or in critical condition).

CC BY



Aantal gezette boosterprikken per 100 inwoners

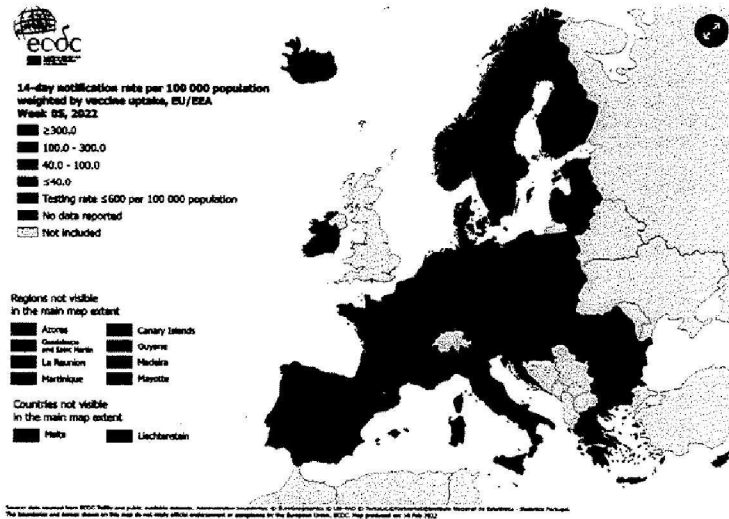


Source: Official data collated by Our World in Data

CC BY



Inschaling ECDC per 10 februari (o.b.v. 24 januari t/m 6 februari)



- Inschaling ECDC:
 - Aantal positieve testen per 100.000 inwoners van de afgelopen 14 dagen o.b.v. maandag 24 januari t/m zondag 6 februari: **3684,5**.
 - **Vaccinatiegraad (gehele bevolking, 0+)** o.b.v. maandag 31 januari t/m zondag 6 februari: **70,9%**.



Sociaal en Cultureel Planbureau

> Retouradres: Postbus 16164 | 2500 BD | Den Haag

NCTV

5.1.2e

postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Bezoekadres:
Bezuidenhoutseweg 30
2594 AV Den Haag
T 088 9846 300
www.scp.nl

Inlichtingen bij

Ons kenmerk
SCP-2022/416

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Datum 11 februari 2022

Onderwerp Sociaal maatschappelijke reflectie mogelijke maatregelen Covid-19

Geachte 5.1.2e

Momenteel ligt besluitvorming voor rondom het wijzigen van het huidige maatregelenpakket met als mogelijke versoepelingen het verruimen van de sluitingstijden, het mogelijk maken van ongeplaceteerde activiteiten met inzet van mitigerende maatregelen en versoepelen van een aantal adviezen waaronder het thuisbezoek, thuiswerkadvies en binnenlandsreisadvies. Het SCP reflecteerde eerder op het huidige maatregelenpakket. In onderstaande bullets herhalen we de belangrijkste reflecties ter overweging en bieden we enkele aandachtspunten richting een langetermijnaanpak. Het SCP baseert zich hierbij op onderzoeksgegevens en advisering uit de achterliggende coronaperiode.¹

Bezoek ontvangen, thuiswerken en overige versoepelingen

- Uit de meest recente meetronde van de RIVM Corona Gedragsunit eind januari blijkt dat de respondenten een afname ervaren in hun sociale contacten en de kwaliteit daarvan. 55% van de respondenten mist het om familie en vrienden in het echt te zien. Dat is een stijging van 9 procentpunt t.o.v. de vorige meting.
- Eind 2021 werkte 57% van de werknemers uitsluitend op locatie, 18% zowel thuis als op locatie en 25% uitsluitend thuis, zo blijkt uit onderzoek van TNO. Vooral werknemers in de financiële dienstverlening, de ICT en het openbaar bestuur werkten (deels) thuis. 13% van de thuiswerkers voelt zich sterk eenzaam.
- Sociaal contact speelt een belangrijke rol in het welbevinden van mensen. Op bezoek gaan bij elkaar biedt ontspanning als tegenwicht tegen dagelijkse verplichtingen, verdrijft gevoelens van eenzaamheid en heeft ook de functie van sociale steun.
- Gevoelens van eenzaamheid en een lager psychisch welbevinden bewegen mee met de strengheid van maatregelen. Uit cijfers van de RIVM Corona

¹ Belangrijkste bronnen:

[SCP Dossier maatschappelijke effecten corona](#);

[Adviesbrieven SCP Maatschappelijke effecten corona](#);

[Briefadvies Sociaal en Cultureel Planbureau en Raad voor Volksgezondheid & Samenleving](#);

[RIVM Corona Gedragsunit | Welbevinden en leefstijl](#);

[TNO Factsheet Impact Corona pandemie op werknemers](#)



11 februari 2022

Ons kenmerk
SCP-2022/416

Gedragsunit blijkt dat zowel het aandeel respondenten met een laag psychisch welbevinden als het aandeel mensen dat matige tot sterke eenzaamheid ervaart de afgelopen weken weer is toegenomen, met name onder jongeren en jong volwassenen.

- De voorgestelde versoepelingen in geldende adviezen komen tegemoet aan de ruimte die nodig is voor participatie en welbevinden.
- Heldere en transparante communicatie en toegankelijke informatievoorziening is belangrijk voor draagvlak in de samenleving, vertrouwen in instituties en voor het bereiken van burgers. Het is belangrijk om het doel en de effectiviteit van maatregelen helder te onderbouwen en inzichtelijk te maken. Dat geldt ook voor het werken met sluitingstijden, coronatoegangsbewijzen en 2G/3G-beleid.
- Bij alle communicatie, zowel over maatregelen als het vaccinatiebeleid, is het belangrijk aandacht te hebben voor hoe informatie iedereen bereikt, en welke kanalen daarvoor kunnen worden gebruikt. Daarbij is het belangrijk inzichtelijk te maken welke afwegingen zijn gemaakt en hoe.

Aandachtspunten voor langetermijnaanpak

- Bredere langetermijnscenario's met heldere doelen en maatschappelijke uitkomsten die we als samenleving nastreven zijn van belang om te voorkomen dat maatschappelijke gevolgen in een *zero sum* afweging met gezondheid terechtkomen. Dat risico bestaat zo lang scenario's alleen of voornamelijk worden geformuleerd in termen van meer of minder aanwezigheid van het virus en de druk op de zorg, en wanneer daar geen fundamentele waardenafweging aan vooraf gaat.
- In ons gezamenlijk advies met de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving benadrukten we daarom dat er behoefte is aan langetermijnbeleid met als basis heldere doelen en uitkomsten die we als samenleving willen nastreven en die redeneren vanuit de kwaliteit van leven van mensen. Naast de bescherming van de volksgezondheid weegt dan het streven mee naar andere belangrijke aspecten in onze samenleving, zoals de waarde van sociaal en fysiek contact, vrijheid en veiligheid, het recht op onderwijs en bestaanszekerheid, maar ook solidariteit.

We zijn uiteraard bereid tot een nadere toelichting op onze reflecties.

Met vriendelijke groet,

14/01 - V2



Ministerie van
Veiligheid en
Justitie

Maatschappelijk Beeld en Uitvoeringstoets

NCTV



Maatschappelijk Beeld - Selectie signalen uit de samenleving (SCP)*

- Een aantal groepen in de samenleving blijkt harder te zijn geraakt door de coronacrisis dan andere groepen. De verschillen namen op diverse gebieden toe, zoals in arbeid, inkomen, scholing, eenzaamheid en welbevinden. De impact van de coronacrisis versterkt bovendien kwetsbaarheden die we als samenleving daarvoor al hadden en hebben gesignaleerd.
- Er zijn veel zorgen over de gevolgen van de crisis voor jongeren en jongvolwassenen. Veel maatregelen grijpen in op de kern van hun sociale leven, terwijl contacten met leeftijdsgenoten juist voor hen belangrijk zijn vanwege de ontwikkeling van hun identiteit. Bij hen zien we een afname in het psychisch welbevinden en een hoog percentage met enige tot sterke eenzaamheidsgevoelens. Langdurige eenzaamheid kan leiden tot psychische klachten.
- Jongeren zijn kwetsbaar vanwege hun kans op eenzaamheid en een grotere kans op werkloosheid. Dat laatste geldt ook voor laagopgeleiden en voor mensen van niet-westerse herkomst.
- Er is nog veel onduidelijk over de (langdurige) gevolgen van de coronacrisis.
- De sociaal-maatschappelijke gevolgen van de crisis – zoals een lager psychisch welbevinden, eenzaamheidsgevoelens en opgelopen schulden – herstellen zich minder snel dan de besmettingscijfers. Het is belangrijk de ontwikkeling in sociaal-maatschappelijke effecten in het oog te houden.
- Het sociaal vertrouwen is na een kleine opleving aan het begin van de coronacrisis, al in de zomer van 2020 iets gedaald en sindsdien stabiel en weer terug rond het niveau van voor de coronacrisis.
- Ook het politiek vertrouwen was hoog aan het begin van de crisis, maar is daarna sterk gedaald. Het vertrouwen in de politiek was laag in oktober 2021, en daarnaast maken burgers zich zorgen over onder andere corona, stijgende prijzen, de woningmarkt en een toenemende tweedeling in de maatschappij.
- Uit onderzoek van het SCP blijkt dat het coronabeleid niet de enige verklarende factor is voor afnemend vertrouwen in de politiek en draagvlak voor beleid. Al voor de zomer constateerden wij dat ook de nasleep van de Toeslagenaffaire, discussies over de Nederlandse bestuurscultuur na de verkiezing van de nieuwe Tweede Kamer en opvattingen over het trage formatieproces daarvoor zwaarwegende verklaringen zijn.
- Verschillende onderzoeken hebben laten zien dat mensen het steeds lastiger vinden om te begrijpen waarom sommige gedragsregels in de ene situatie wel gelden en in de andere situatie niet.
- Helderere en transparante communicatie en toegankelijke informatievoorziening is belangrijk voor draagvlak in de samenleving, vertrouwen in instituties.
- Het blijft tevens belangrijk het doel en de effectiviteit van bestaande of nieuwe maatregelen helder te onderbouwen. Daarbij dienen alle afwegingen bij de keuzes inzichtelijk te zijn, ook inzichten over gedrag en samenleving, zeker als effectiviteit van maatregelen onzeker is. Deze informatie moet voor iedereen te begrijpen en toegankelijk zijn en moeten mensen de kosten van eventuele maatregelen ook kunnen dragen. Als dit niet het geval is kan dit het draagvlak voor beleid ondermijnen en kan toenemend onbegrip maatschappelijke tegenstellingen verscherpen.
- We wijzen tevens op de risico's van stigmatisering van groepen die in crisissituaties ontstaat.

* Zie [SCP Dossier maatschappelijke effecten corona](#); [SCP adviesbrief Bouwstenen voor Sociaal Herstel](#); [Briefadvies Planbureaus Een doorstart voor de samenleving](#); <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden/welbevinden-en-leefstijl>



Hoofdpijnen Sociaal Maatschappelijke en Economische Reflectie Trojka op maatregelen

Hoofdboodschap 1: Het loslaten van de 1,5m norm is een belangrijke stap naar de 'normale situatie' en heeft vanuit SME-perspectief grote meerwaarde. Een versoepeling van het thuiswerkadvis, ruimere openingstijden en het opheffen van capaciteitsbeperkingen zijn stappen op weg naar het loslaten van de 1,5m norm, en hebben ook zeker meerwaarde.

- Versoepeling van het thuiswerkadvis stelt werkenden in staat om – na bijna 2 jaar (volledig) thuiswerken – weer collega's te ontmoeten op de werkvloer. Daarmee kan werk weer de sociale functie vervullen die voor veel werkenden belangrijk is.
- Het opheffen van capaciteitsbeperkingen voor geplaceteerde activiteiten (terug naar 100% reguliere capaciteit) betekent bijvoorbeeld dat culturele voorstellingen weer rendabel kunnen worden uitgevoerd.
- Ruimere openingstijden betekent bijvoorbeeld dat ondernemers in de horeca meer omzet kunnen draaien. Elk uur extra heeft vanuit SME-perspectief meerwaarde. Daarom vormt ook een sluitingstijd van bijvoorbeeld 1.00 een beperking, met name voor de nachthoreca. Deze sector is al 2 jaar dicht en heeft behoefte aan heropening. Daarnaast speelt de nachthoreca een belangrijke rol in het sociale verkeer, met name voor jongeren. De situatie in sommige buurlanden nu (geen beperkingen i.c.m. relatief weinig ziekenhuisopnames) maakt dat mensen minder (epidemiologische) dreiging en onzekerheid ervaren, wat het draagvlak onder deze maatregel kan ondermijnen. Daarom is van belang om goed aan de samenleving uit te leggen waarom maatregelen die (nog) niet worden afgeschaft, zoals sluitingstijden, nog nodig zijn.
- Voor de sectoren die nog te maken hebben met capaciteitsbeperkingen en beperking in de openingstijden (zoals evenementen en nachthoreca) is het van belang dat duidelijk perspectief wordt geboden op versoepelingen.
- Het loslaten van de 1,5m norm is vanuit SME-perspectief een belangrijke stap naar de 'normale situatie', omdat veel contactbeperkingen voorvloeiën uit de 1,5m norm.

Hoofdboodschap 2: Vanuit SME-perspectief is het van belang dat inzet van CTB proportioneel is en dus als deze epidemiologisch effect heeft. Sectoren kunnen dan door de inzet van CTB veilig open. Dit geldt zowel voor 3G als 1G.

- Vanuit SME-perspectief heeft de inzet van CTB de voorkeur boven een inperking van sluitingstijden of capaciteitsbeperkingen. De inzet van CTB heeft echter wel economische en maatschappelijke kosten, hierbij kan gedacht worden aan een beperking van de bewegingsvrijheid, een lagere omzet voor ondernemers doordat klanten mogelijk wegblijven en in sommige gevallen ook polarisatie. Daarom moet CTB alleen worden ingezet als het epidemiologische meerwaarde heeft. Dit geldt voor 3G, maar ook voor 1G. Weeg dit mee bij besluitvorming over de eventuele inzet van 1G in de nachthoreca en evenementen.
- De invoering van 1G bij de heropening van de nachthoreca en evenementen levert alsnog een forse extra barrière op. In de nachthoreca bevinden de meeste bezoekers zich in een leeftijdsgroep met hoge immuniteit en waarvan het risico op ziekenhuisopname zeer klein is. Daarbij gelden in dergelijke locaties strikte ventilatienormen die het risico op besmetting verder verkleinen.
- Door CTB alleen in te zetten als het epidemiologische meerwaarde heeft, wordt het draagvlak voor CTB in stand gehouden. Dat is van belang omdat de toekomstige epidemiologische situatie weer om de inzet van het CTB kan vragen.

Hoofdboodschap 3: Stapsgewijze versoepelingen dragen bij aan het gevoel dat er gecontroleerd wordt afgeschaald, maar vergen veel aanpassingsvermogen van de maatschappij. Weeg dit mee bij de timing van versoepelingen.

Uit gedagsonderzoek blijkt dat een opeenvolging van (kleine) wijzigingen relatief veel vergt van de maatschappij, omdat mensen zich steeds moeten aanpassen aan de nieuwe regels. Grotere stappen met grotere tussenpozen zijn vanuit die optiek wenselijk. Bij kleinere stappen helpt het om *forward guidance* te geven aan de maatschappij over de plannen voor de langere termijn.



Hoofdlijnen Sociaal Maatschappelijke Reflectie SCP op maatregelen

Momenteel ligt besluitvorming voor rondom het wijzigen van het huidige maatregelenpakket met als mogelijke versoepelingen het verruimen van de sluitingstijden, het mogelijk maken van ongeplaceteerde activiteiten met inzet van mitigerende maatregelen en versoepelen van een aantal adviezen waaronder het thuisbezoek, thuiswerkadvis en binnenlandsreisadvies. Het SCP reflecteerde eerder op het huidige maatregelenpakket. In onderstaande bullets herhalen we de belangrijkste reflecties ter overweging en bieden we enkele aandachtspunten richting een langetermijnaanpak. Het SCP baseert zich hierbij op onderzoeksgegevens en advisering uit de achterliggende coronaperiode.¹

Bezoek ontvangen, thuiswerken en overige versoepelingen

- Uit de meest recente meetronde van de RIVM Corona Gedragsunit eind januari blijkt dat de respondenten een afname ervaren in hun sociale contacten en de kwaliteit daarvan. 55% van de respondenten mist het om familie en vrienden in het echt te zien. Dat is een stijging van 9 procentpunt t.o.v. de vorige meting.
- Eind 2021 werkte 57% van de werknemers uitsluitend op locatie, 18% zowel thuis als op locatie en 25% uitsluitend thuis, zo blijkt uit onderzoek van TNO. Vooral werknemers in de financiële dienstverlening, de ICT en het openbaar bestuur werkten (deels) thuis. 13% van de thuiswerkers voelt zich sterk eenzaam.
- Sociaal contact speelt een belangrijke rol in het welbevinden van mensen. Op bezoek gaan bij elkaar biedt ontspanning als tegenwicht tegen dagelijkse verplichtingen, verdrijft gevoelens van eenzaamheid en heeft ook de functie van sociale steun.
- Gevoelens van eenzaamheid en een lager psychisch welbevinden bewegen mee met de strengheid van maatregelen. Uit cijfers van de RIVM Corona Gedragsunit blijkt dat zowel het aandeel respondenten met een laag psychisch welbevinden als het aandeel mensen dat matige tot sterke eenzaamheid ervaart de afgelopen weken weer is toegenomen, met name onder jongeren en jong volwassenen.
- De voorgestelde versoepelingen in geldende adviezen komen tegemoet aan de ruimte die nodig is voor participatie en welbevinden.
- Helderere en transparante communicatie en toegankelijke informatievoorziening is belangrijk voor draagvlak in de samenleving, vertrouwen in instituties en voor het bereiken van burgers. Het is belangrijk om het doel en de effectiviteit van maatregelen helder te onderbouwen en inzichtelijk te maken. Dat geldt ook voor het werken met sluitingstijden, coronatoegangsbewijzen en 2G/3G-beleid.

Bij alle communicatie, zowel over maatregelen als het vaccinatiebeleid, is het belangrijk aandacht te hebben voor hoe informatie iedereen bereikt, en welke kanalen daarvoor kunnen worden gebruikt. Daarbij is het belangrijk inzichtelijk te maken welke afwegingen zijn gemaakt en hoe.

Aandachtspunten voor langetermijnaanpak

- Bredere langetermijnsenario's met heldere doelen en maatschappelijke uitkomsten die we als samenleving nastreven zijn van belang om te voorkomen dat maatschappelijke gevolgen in een zero sum afweging met gezondheid terechtkomen. Dat risico bestaat zo lang scenario's alleen of voornamelijk worden geformuleerd in termen van meer of minder aanwezigheid van het virus en de druk op de zorg, en wanneer daar geen fundamentele waardenafweging aan vooraf gaat.
- In ons gezamenlijk advies met de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving benadrukten we daarom dat er behoefte is aan langetermijnbeleid met als basis heldere doelen en uitkomsten die we als samenleving willen nastreven en die redeneren vanuit de kwaliteit van leven van mensen. Naast de bescherming van de volksgezondheid weegt dan het streven mee naar andere belangrijke aspecten in onze samenleving, zoals de waarde van sociaal en fysiek contact, vrijheid en veiligheid, het recht op onderwijs en bestaanszekerheid, maar ook solidariteit.

1 Belangrijkste bronnen:

[SCP Dossier maatschappelijke effecten corona](#) ;
[Adviesbrieven SCP Maatschappelijke effecten corona](#) ;
[Briefadvies Sociaal en Cultureel Planbureau en Raad voor Volksgezondheid & Samenleving](#);
[RIVM Corona Gedragsunit | Welbevinden en leefstijl](#);
[TNO Factsheet Impact Corona pandemie op werknemers](#)

Input afkomstig van:
 Sociaal en Cultureel
 Planbureau



Hoofdlijnen Uitvoeringstoets



Hoofdlijnen Uitvoeringstoets: Uitvoering en Handhaving Rijk

Huidige context

- De politie ziet een meer structurele en georganiseerde ontwijking van de maatregelen, en daarmee dus ook van de gezondheidsnormen.
- De publieke discussie over de maatregelen neemt steeds meer toe en in toenemende mate lijkt de bevolking de legitimiteit van de handhaving van de overgebleven maatregelen in twijfel te trekken. Doorgaan met daadwerkelijk handhaven of repressief optreden kan tot een fundamentele vertrouwensbreuk tussen politie en grote delen van de bevolking leiden.
- Als massaal aangekondigde acties van burgerlijke ongehoorzaamheid daadwerkelijk plaatsvinden (zoals publiek bij voetbalwedstrijden en/of nachthoreca), is hier niet op een repressieve wijze tegen op te treden.
- Bij gebrek aan perspectief vinden nog steeds georganiseerde thuisfeesten en illegale feesten op diverse locaties plaats. Maatregelen lijken hiermee hun medisch effect (deels) te verliezen en werken mogelijk zelfs averechts omdat er weinig of geen vormen van beheersing mogelijk zijn.
- De politie adviseert wederom om vormen van non-compliance in de modellering van maatregelen mee te nemen.
- Het negatieve sentiment ten aanzien van de maatregelen neemt concretere uitingsvormen aan. Er is sprake van een verdieping en verbreding van maatschappelijk ongenoegen.
- Continuering van maatregelen zullen in ieder geval door tegenstanders van het coronabeleid worden beschouwd als een verdere niet noodzakelijke inperking van 'de vrijheid' en geframed worden als een zware onrechtmatige inbreuk van grondrechten.
- De reguliere en planbare politiezorg staat voortdurend onder druk om de openbare orde te handhaven, demonstraties te begeleiden, illegale feesten te beëindigen en ongeregelde heden te voorkomen/bestrijden.
- Voorts is sprake van toenemend verzuim onder politiemedewerkers, door daadwerkelijke ziekte maar ook door quarantaine en isolatie.

Verruimen van de sluitingstijden en mogelijk maken van ongeplaceteerde activiteiten (waaronder horeca) met inzet van mitigerende maatregelen

- De genoemde versoepelingen hebben, voor wat betreft handhaving van maatregelen, beperkt consequenties voor de politie (zie voor CTB controles onderstaande).
- In de handhaving zal rekening gehouden moeten worden met het anticiperen van burgers op de versoepeling van maatregelen die later ingaan.
- De (beperkte) openstelling voor publiek zoals bij voetbal en nachthoreca leiden tot terugkeer van reguliere werkzaamheden op dat gebied, wat concurreert met inzet op coronamaatregelen of uitingen van maatschappelijk ongenoegen.

- Langere openstelling in de horeca vereist enige inregeltijd (inroosteren van horecateams in nachtelijke uren).
- Bij versoepelingen zal er meer ruimte komen voor waarschuwen en is terughoudendheid van verbaliseren op zijn plaats, deze beoordeling wordt overgelaten aan de professionaliteit van de handhaver.
- Versoepelingen/verruiming leiden mogelijk tot een positievere waardering/beleving in de maatschappij en tot minder weerstand tegen de resterende maatregelen. Ze adresseren hiermee immers ook het negatieve sentiment.
- Versoepelingen kunnen binnen het huidige maatschappelijke sentiment qua handhaving evenwel niet zonder consequenties weer teruggedraaid worden
- De handhaving en het toezicht op de genoemde sectoren is een bestuursrechtelijke aangelegenheid, waarbij andere gemeentelijke of sectorale toezichthouders zijn aangewezen om te controleren op de naleving van regels en voorwaarden die gelden in alle sectoren. Dit geldt ook voor wat betreft controle op correct gebruik van de CTB's. Immers het niet hebben van een CTB (of het nou 3G of 1G is) is niet strafbaar voor de bezoeker. Desgevraagd kan de politie wel als sterke arm optreden.
- Uit ervaring is gebleken dat dat personen zich niet altijd aan een placheringsplicht i.c.m. een mondkapjesplicht in de horeca of bij betaald voetbal houden (bij > 500 bezoekers).
- Het loslaten van de 1,5m maatregel leidt feitelijk tot een terugkeer naar 'normaal' in het publieke domein. Omdat strafrechtelijke handhaving van onjuist gebruik van CTB (nog) niet mogelijk is, hebben politie en OM daarom geen verdere taken op handhaving van deze coronamaatregelen. Binnen de reguliere taak op openbare orde en de "sterke arm functie" kan er wel nog ondersteund worden aan andere handhavende partijen.
- Invoering van een 1G beleid bij ongeplaceteerde grote evenementen kan, mits goed gefaciliteerd, bijdragen aan een positiever sentiment. Wel zullen er bij de toegang discussies blijven sprake zijn van freeridersgedrag, wat tot enige verstoring van het proces kan leiden. In de vergunningverlening moet hier rekening mee gehouden worden.
- Voor grote evenementen geldt een inregeltijd, temeer omdat daar ook veiligheids- en handhavingcapaciteit aan gekoppeld is. De vergunningverlener kan geconfronteerd worden met ongebruikelijk veel aanvragen van gelijktijdige evenementen waardoor er alsnog keuzes gemaakt moeten worden in aard en omvang.

**Input afkomstig van:
Nationale Politie, OM en
Boa's (rijk)**



Hoofdlijnen Uitvoeringstoets: Uitvoering en Handhaving Lokaal

Algemeen

- De VNG geeft aan dat de behoefte om weer terug te keren naar een écht open samenleving groot is. Versoepelingen, zoals het verruimen van de openingstijden, bieden het perspectief wat lange tijd ontbrak.
- De VNG verzoekt om duidelijkheid en transparantie over welke argumenten tot besluitvorming hebben geleid. Leg uit waarom deze korte tussenstap nog noodzakelijk is.
- De VNG waarschuwt dat het perspectief op loslaten van coronamaatregelen later deze maand kan leiden tot het vroegtijdig verslappen van de opgebouwde gedragseffecten. Dat bemoeilijkt de handhaving.
- De VNG benadrukt dat steunpakketten noodzakelijk blijven voor sectoren die door de coronamaatregelen nog geen volledige omzet kunnen draaien.
- De VNG geeft aan dat het versoepelen van de coronamaatregelen tot meer besmettingen zal leiden met het risico dat het aantal mensen dat in quarantaine zal moeten verder toe zal nemen. Dit kan ingrijpende effecten op de samenleving hebben.
- De VNG vraagt aandacht voor de sociaal- maatschappelijke en economische gevolgen van de crisis. Een aantal groepen en sectoren zijn hard geraakt. De effecten daarvan zullen nog lang doorwerken.
- Tot slot merkt de VNG dat er veel onduidelijkheid is over het houden van 1,5 meter afstand, de mondkapjesplicht en de inzet van het coronatoegangsbewijs. Zorg voor heldere communicatie hierover.

Overwegingen ten aanzien van het verruimen van de sluitingstijden, ongeplaceteerde activiteiten, en versoepelen adviezen

- VNG geeft aan dat duidelijk moet zijn welke regels gelden bij openstelling en waarom.
- Zorg voor een consistent beleid, met zo min mogelijk uitzonderingen per sector ook voor ongeplaceteerde activiteiten.
- De VNG blijft het wenselijk vinden om goede afspraken te maken met ondernemers (nacht)horeca, sport, cultuur, evenementen) en gemeenten in het kader van de handhaving.
- Verruiming van de algemene sluitingstijden zal, net als het vervallen van het thuiswerkadvies, huisbezoek en binnenlandsreisadvies leiden tot meer mobiliteit en daardoor meer drukte op straat geven. De VNG benadrukt dat het toezicht en handhaving van de coronamaatregelen veel van gemeenten vraagt nu ook de reguliere werkzaamheden steeds meer terugkeren.

Overwegingen CTB 1G evenementen

- De VNG verzoekt om duidelijkheid over nut en noodzaak van het CTB 1G in de communicatie. Er blijft een groep bestaan die zich niet laat vaccineren of testen.
- De VNG vraagt zich af wat het beperkende effect is van het invoeren van restricties voor evenementen en het loslaten van alle andere coronamaatregelen.
- Voorkom niet uitlegbare consistenties in het beleid en biedt duidelijkheid over waar CTB 1G geldt in het kader van samenloop van evenementen in de horeca- en cultuursector.
- Geef criteria aan op welk moment de restricties weer afgeschaft kunnen worden.
- De VNG benadrukt dat er voldoende testcapaciteit en locaties beschikbaar moeten zijn.



Hoofdpijnen Uitvoeringstoets: Juridisch (VR)

Algemene overwegingen

- De VR's signaleren dat de naleving en het draagvlak afnemen. Zij verzoeken om herkenbare (eerdere), consistente en uitlegbare regels. Sluit aan bij maatregelen die mensen kennen en dus begrijpen.
- Daarnaast benadrukken de VR's dat een perspectief op lange termijn en voorspelbare regels van belang zijn. De VR's verwachten steeds meer kans op openbare orde en veiligheid problemen en protesten bij onvoldoende perspectief.
- Daarnaast benadrukken de VR's dat continuering van de maatregelen weerstand (demonstraties) en sentimenten oproept. Ook waarschuwen de VR's dat een jojo-effect moet worden voorkomen aangezien dit zorgt voor vermindering van de naleving.
- De VR's benadrukken dat steunmaatregelen voor gesloten sectoren helpen in draagvlak en uitleg. De VR's verzoeken daarnaast om onderbouwing van de regels met aandacht voor verschillende branches.
- De VR's waarschuwen dat toezicht en handhaving grenzen kent. Er is geen extra capaciteit meer.
- De VR's vragen aandacht voor inwerkingtreding. Bij voorkeur inwerkingtreding in de vroege ochtend en niet om 00.00 uur i.v.m. gat tussen 22.00 uur en 00.00 uur. Het implementeren van nieuwe maatregelen kost tijd (instrueren handhaving, communicatie met stakeholders, vraagstukken juridisch duiden).
- De VR's benadrukken dat snelle consolidatie van de regels noodzakelijk is, dat zo min mogelijk uitzonderingen zorgen voor betere uitlegbaarheid en dat het belangrijk is dat zo min mogelijk ruimte is voor interpretatie.
- De VR's benadrukken dat ook oog moet worden gehouden op kwetsbaren die vanwege versoepelingen minder durven/kunnen.

Overwegingen ten aanzien van verruimen sluitingstijden

- De VR's benadrukken dat het niet uitlegbaar is indien beperkende tijden niet worden gelijkgetrokken voor horeca, sport, cultuur en evenementen.
- De VR's verzoeken indien mogelijk terug te gaan naar reguliere tijden. Indien placering wordt losgelaten zien VR's geen meerwaarde van een sluitingstijd. Dit zal het uitgaan vervroegen. Daarnaast leidt een collectieve sluitingstijd om middernacht tot extra druk op de openbare orde en veiligheid i.v.m. piekdrukke.
- De VR's waarschuwen dat bij ruimere openingstijden mensen weer gaan stappen en verschillende etablissementen gaan bezoeken wat kan leiden tot rijvorming en discussies aan de deur bij toegangsbeperkingen.

Overwegingen ten aanzien van evenementen

- De VR's benadrukken dat het noodzakelijk is om perspectief te scheppen voor evenementen in verband met voorbereidingstijd en evenementenseizoenen. Zij vragen om duidelijkheid van voorwaarden bij eventuele openstelling.
- De VR's vragen om helderheid over welke evenementen weer mogen en of meerdaagse evenementen weer mogen, ook in relatie tot georganiseerde jeugdactiviteiten.

Overwegingen ten aanzien van CTB

- De VR's benoemen dat inzet van polsbandjes (horeca, sport, cultuur én evenementen) en continuering van CTB subsidieregeling noodzakelijk zijn ter ondersteuning van ondernemers i.v.m. te verwachten drukke.
- De VR's benadrukken de noodzaak van duidelijke communicatie over de regels en de nut en noodzaak ervan.
- De VR's verzoeken om CTB los te laten voor sport- en cultuurbeoefening zodra dit kan en hiervoor niet 1G toe te gassen.

- De VR's verzoeken om één regime voor alle locaties waar CTB geldt.
- De VR's benadrukken dat een uitzondering op de CTB plicht nodig is voor doorstroomactiviteiten en doorstroomevenementen buiten in verband met het open karakter (markten, marathon etc.)
- De VR's benadrukken de voorkeur om geen 1G te verplichten voor buurt- en wijkgerichte activiteiten, georganiseerde jeugdactiviteiten, publiek bij amateursportwedstrijden en reguliere exploitatie van horeca en evenementen, behalve als het gaat om meerdaagse of grote ongeplaceteerde evenementen. De VR's verwachten dat dit zal aanvoelen als verzwarend. Daarnaast benadrukken de VR's dat er een groot gebied zit tussen placiëren en ongeplaceteerde settings.
- De VR's benadrukken de noodzaak om de reikwijdte van 1G duidelijk te regelen. De afbakening moet volgens de VR's duidelijk zijn over waar het regime precies gaat gelden.
- De VR's vragen om helderheid over de eventuele inzet van 1G voor evenementen op kantoren of in overheidsgebouwen.
- De VR's vragen daarnaast om duidelijkheid over hoe 1G operationeel wordt ingezet. De VR's benadrukken de noodzaak na te denken over hoe de QR-code technisch zal werken, waarborgen in te bouwen ter voorkomen van fraudegevoeligheid en uitvoeringsproblemen in de handhaving daarbij.
- Ook vragen de VR's om zekerheid over voldoende testcapaciteit en aanwezigheid van testlocaties. In het bijzonder op piekmomenten. Zij waarschuwen dat dit voorbereiding vergt.

Overwegingen ten aanzien van het loslaten van de 1,5m

- De VR's benadrukken dat bij het loslaten van de 1,5m alle beperkende maatregelen zouden moeten vervallen.
- De VR's benadrukken dat moet worden nagedacht over faciliteren van kwetsbare groepen om veilig gebruik te maken van essentiële functies indien de 1,5m norm daar ook wordt losgelaten. De VR's zien risico's dat kwetsbaren zich gaan isoleren.
- De VR's vragen om duidelijkheid over eventuele mitigerende maatregelen (zoals mondkapjes) in het OV bij drukke indien het thuiswerkadvies vervalt.
- De VR's benadrukken dat het loslaten van de 1,5m en plaeerplicht betekent dat geen maximum aantal bezoekers per locatie meer geldt.
- De VR's vragen om helderheid waar de 1,5m wel nog geldt.

Overwegingen ten aanzien van versoepelen van adviezen

- De VR's spreken de behoefte uit naar een landelijke leidraad voor werkgevers indien het thuiswerkadvies wordt opgeheven.
- De VR's benadrukken de behoefte om te onderstrepen dat de werkgever verplicht is om een veilige werkomgeving te bieden.
- De VR's verzoeken om duidelijke communicatie indien 1,5m op de werkvloer uitgangspunt blijft.
- De VR's signaleren dat het binnenlands reisadvies geen breed gekende en gedragen norm is.
- Daarnaast vragen de VR's na te denken over het voorkomen van drukke in het OV en de geldende mitigerende maatregelen in het OV.

Overige overwegingen

- De VR's vragen tot slot om duidelijkheid over de mogelijkheden in de voorbereidingen voor de verkiezingen.

Input afkomstig van: VNG en VR's



Hoofdpijnen Uitvoeringstoets: Gedrag

Kernboodschap

- Voorkom beeldvorming dat pandemie helemaal voorbij is
 - Focus niet alleen op versoepelen, maar ook op wat nog wél geadviseerd wordt én waarom (welk risico lopen we, doel en effectiviteit van overblijvende maatregelen).
 - Aandacht voor logica pakket: stadions open maar wel limiet thuis bezoek?
- Mensen lijken bereid gedragsadviezen na te leven, ook als ziekenhuizen niet onder druk staan:
 - Hoog draagvlak: hygiëne (zoals handen wassen) en thuisblijven/testen bij klachten;
 - Vrij hoog draagvlak: 1.5m afstand, quarantaine na risico contact, en deeltijd thuiswerken;
 - Lager draagvlak: bezoekbeperking en zelftest vooraf aan bezoek (laag ervaren nut en lastig om te doen);
 - Argumenten aanhouden basismaatregelen: beperkt virusverspreiding, kost weinig moeite, gewend, ieders eigen verantwoordelijkheid, bevordert hygiënisch gedrag etc.
- Het CTB lijkt relatief weinig draagvlak te genieten en levert in de praktijk conflicten op.
- Als wordt overwogen de 1G-systematiek te introduceren (testen voor toegang), is het voor uitlegbaarheid van groot belang dat dit draagvlak heeft in sector zelf (bijv. nachtleven), evident effectief is, er voldoende test mogelijkheden zijn en hebben mensen gelijke toegang hiertoe. Houd rekening met mogelijke gevoelens van onrechtvaardigheid onder de mensen die gevaccineerd zijn, heldere toelichting is van belang voor draagvlak.
- Voor een deel van de bevolking zal het verder opengaan van de samenleving te vroeg voelen vanwege de hoge infectiecijfers en daarmee gevoel van onveiligheid versterken.
 - Bied mensen met (meermaals) uitgestelde zorg gefundeerde geruststelling dat straks niet wéér de reguliere zorg moet worden uitgesteld.
 - Bied voor personen die zich onveilig voelen door de versoepelingen (bijv. vanwege hun kwetsbare gezondheid) en hun huisgenoten (bijv. kinderen die langdurig thuis zitten) ondersteuning bij het maken van een risico-inschatting en het zo veilig mogelijk kunnen deelnemen aan de maatschappij. Bijv. persoonlijke begeleiding of landelijk informatienummer met medisch expert.
- Communicatie: de onderbouwing van nog geldende adviezen (risico situaties, effectieve ingrepen, logisch pakket) is ook nu weer erg belangrijk in deze fase van afbouwen. Probeer verharding in discussies te voorkomen en streef naar maatwerk in mogelijkheden om deel te nemen aan de samenleving.

Maatregelenpakket

- De 1.5 meter heeft al advies vrij hoog draagvlak onder bevolking (rond 82%, 25-31 januari). Dit geeft kwetsbaren mogelijk een veiliger gevoel.
- De 1,5 meter is de basis voor een aantal andere maatregelen. Tenzij er een heel duidelijk nieuw perspectief wordt geschetst met heldere toelichting welke maatregelen nog wel aan te houden en waarom, kan het schrappen van de 1,5m als signaal worden gezien dat de pandemie voorbij is met negatieve impact op naleving van maatregelen en adviezen die nog wel nageleefd moeten worden.
- Overweeg daarom om nu nog niet tot besluitvorming over te gaan met oog op de hoge besmettingscijfers, maar communiceer dat dit besluit binnenkort wordt genomen, maar eerst even wilt aankijken hoe het gaat.



Hoofdlijnen Uitvoeringstoets: Gedrag

Aandacht voor kansengelijkheid: equality versus equity

Bij de overgang van het verleggen van de verantwoordelijkheid van overheid naar burger is het belangrijk om oog te blijven houden voor mensen die niet op basis van algemene communicatie en ondersteuning bereikt worden, en soms juist meer nodig hebben. Denk hierbij aan extra inzet met betrekking tot toegankelijkheid, begrijpbaarheid en beschikbaarheid.

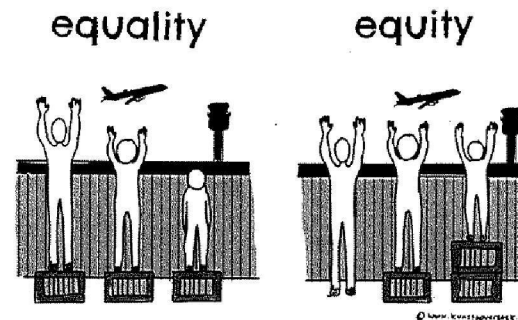
Recente focusgroepen maatschappelijk middenveld en vragenlijst onderzoek – eind januari 2022

- Er is weinig draagvlak voor het coronatoegangsbewijs (CTB). In de praktijk levert inzet CTB conflicten op.
- Voor jongeren, armen, sociaal kwetsbaren en ouderen is het hebben van **sociaal contact** cruciaal. Nu versoepeld wordt, kost het moeite om deze groepen weer actief te krijgen.
- Regie meer lokaal: branches/organisaties/werknemers weten beter wat in welke situatie mogelijk is (maatwerk). In noodsituaties regie naar nationaal.
- Burgers en partijen uit het maatschappelijk middenveld werken graag mee aan een plan voor de toekomst. Ze willen wel meer horen wat er met hun input is gedaan. Dit bevordert draagvlak en vertrouwen.
- Draagvlak voor hygiëne maatregelen (zoals geen handen schudden, handen wassen), thuisblijven en (zelf)testen bij klachten, 1.5m afstand, en mondkapje in publieke binnenruimtes liggen rond de 80%.
- Bezoekbeperking thuis (53% draagvlak) en testen vooraf aan bezoek (40% draagvlak) heeft beperkt draagvlak. Het ervaren nut en de moeilijkheid van zelftesten vooraf aan bezoek is laag.

Zie voor recente cijfers over welbevinden en mentale gezondheid (eind januari 2022):

[Welbevinden en leefstijl | RIVM](#)

Zie voor nadere toelichting en voorbeelden onze eerder uitgebrachte gedragsreflecties en memo's. www.rivm.nl/gedragsonderzoek/publicaties





Hoofdlijnen Uitvoeringstoets: NKC

Kernpunten

- De samenleving verwacht dat de meeste maatregelen en adviezen snel zullen vervallen.
- Voor draagvlak en uitlegbaarheid helpt het als een helder tijdsplan wordt meegegeven voor het vervallen van de maatregelen en adviezen die na 18 februari blijven gelden.
- Het loslaten van de 1,5 meter wordt als een belangrijke symbolische stap gezien.

Algemeen

- Veel mensen zijn nu besmet en of zitten in quarantaine thuis, maar de instroom in de ziekenhuizen is relatief laag. Dat beeld komt ook nadrukkelijk terug in de media.
- Het belangrijkste effect van het hoge aantal besmettingen is nu het hoge ziekteverzuim en dat heeft impact op alle sectoren. Dat is bijvoorbeeld goed zichtbaar in het onderwijs (waar lessen niet doorgaan door ziek personeel), de zorg (waar inhaalzorg nog niet goed plaats kan vinden) en in het OV (waar een deel van de dienstregeling uitvalt).
- Bij het verzenden van de nieuwe regeling is veel berichtgeving geweest over de aanstaande versoepelingen. In het algemeen is veel bijval.
- De meeste sectoren zijn tevreden. Dat komt ook doordat voor veel sectoren beperkt maatregelen over blijven.
- Evenementen en de nachthoreca zijn nog kritisch. Zij vragen om een duidelijker tijdsplan.
- Een deel van de samenleving zal het ook spannend vinden. Zeker als dit kwetsbare mensen betreft, bij wie een besmetting grotere gevolgen kan hebben.

Verruimen van de algemene sluitingstijden

- Dit besluit zal kunnen rekenen op draagvlak. Het lijkt nu al goed te gaan.
- Met name in de horeca zal wel de roep blijven om reguliere tijden te hanteren.
- Zij zullen aangeven dat het niet uitlegbaar is om beperkingen te hebben op de sluitingstijden.

Mogelijk maken van ongeplaceerde activiteiten

- Hiermee wordt een belangrijke beperking weggehaald voor horeca, evenementen en nachthoreca. Dat zal kunnen leiden tot meer draagvlak.
- Eventuele capaciteitsbeperkingen kunnen leiden tot kritiek.
- Een tijdsplan met perspectief wanneer ook de capaciteitsbeperking vervalt draagt bij aan meer draagvlak.

Inzet coronatoegangsbewijs (CTB)

- In de afgelopen week was naar aanleiding van het onderzoek van de TU Delft en de petitie van 'onverdeeld open' veel media-aandacht rond het CTB.
- Daarbij wordt gewezen op de afgenomen effectiviteit van het CTB en de impact op de sociale cohesie in de samenleving.
- Dit lijkt al gevolgen te hebben voor het draagvlak. Mogelijk zullen meer bedrijven stoppen met het vragen naar het CTB.
- De nachthoreca is kritisch op de invoer van 'Testen voor Toegang' van hun sector.
- Een tijdsplan waaruit blijkt wanneer gestopt wordt met de inzet van het CTB, draagt bij aan het draagvlak.
- Daarbij hoort ook een goede uitleg waarom het wel nuttig is.
- Aandacht voor controle en naleving en een juist gebruik van het CTB i.c.m. identiteitsbewijs blijft van belang.

Versoepelen adviezen

- De huidige adviezen (bv: ontvang maximaal 4 personen thuis, vermijd drukte) zijn niet goed uit te leggen in combinatie met de andere versoepelingen, waarbij mensen in grote groepen samen mogen komen.
- Met name het thuisbezoekadvies en het binnenlands reisadvies zijn niet meer uitlegbaar en kunnen waarschijnlijk niet meer rekenen op draagvlak.
- Dit geldt zeker als de capaciteitsbeperkingen in de horeca vervallen (zelfs met inzet CTB).
- Ook voor het vervallen van de andere adviezen (thuiswerkadvies, mondkapjesadvies, zelftestadvies) is een helder tijdsplan nodig om voor draagvlak en voldoende naleving te zorgen.

Loslaten 1,5 meter

- Dit is in veel situaties in de praktijk al losgelaten.
- Het lijkt vooral een symbolische stap. Met het loslaten van de 1,5m kan het lijken alsof de coronacrisis voorbij is.
- Een deel van de samenleving zal dit spannend vinden.
- De verwachting is dat hierbij ook wordt teruggekeken naar september 2021, de eerste keer dat de 1,5 meter regel is vervallen.
- Voor het draagvlak helpt het als goed wordt uitgelegd, waarom de 1,5 meter nu wel duurzaam kan vervallen.

Input afkomstig van: NKC



Omgevingstoets buitenland

Maatregelen	NL	BEL	DUI	FRA	VK	DK
Beeld 14 daagse incidentie	4318/100.000	5749 /100.000	2198/100.000	7223/ 100.000	803/100.000	9426/100.000
Vaccinatiegraad /boostergraad(18+)	86,3 % / 60,2 % (10-2 / VWS dashboard)	88,7 % / 72,2 % (10-2 / ECDC)	89,1 % / 65,1 % (10-2 / ECDC)	91,2 % / 69,3 % (10-2 / ECDC)	84,6 % / 65,5 % (12+) (8-2 / gov.uk)	91,2 % / 76,2 % (10-2 / ECDC)
1,5^e meter	Verplicht	Verplicht	Verplicht	2m aanbevolen, behalve in plaatsen waar een mondkapje of CTB verplicht is.	Nee	Nee, maar afstand tot kwetsbaren kan verstandig zijn.
Coronatoegangs-bewijzen*	CTB 3G in de horeca, sport, kunst- en cultuur, en bepaalde doorstroom-locaties verplicht.	3G in de horeca, fitness, winkels groter dan 400m2 en georganiseerde activiteiten binnen met meer dan 80 personen en buiten bij meer dan 200 personen.	2G+ in horeca, winkels, bepaalde publieke gebouwen en evenementen.	Voor toegang tot ontspanning, cultuur, horeca, beurzen en tentoonstellingen, lange afstandsverkeer, herbergen, campings en hotels.	Niet meer verplicht, wel mogelijk op vrijwillige basis.	Nee
Onderwijs	Het basis-, middelbaar en hoger onderwijs zijn open. Voor alle scholieren en studenten geldt een dringend testadvies (2x per week) en een mondkapjesplicht vanaf groep 6 bij verplaatsing. In het HO geldt een maximum van 75 leerlingen per ruimte.	100% capaciteit in het hele onderwijs. Ventilatie, mondkapjes en het advies zo veel mogelijk buiten te organiseren.	Open; mondkapje verplicht	Open	Scholen zijn open. Scholen hoeven geen contactonderzoek meer te doen. Dat gebeurt via de NHS Testing and Tracing. Zelftesten zijn aanbevolen. Mondkapjes zijn niet langer geadviseerd.	Open
Winkels & Horeca	Algemene sluitingstijd van 22:00-05:00.	Horeca sluit om 00.00 uur. Ongeplacerte evenementen zijn verboden. Geplacerte is beperkt tot 6 personen per tafel. Nachtclubs en discotheken zijn gesloten.	Per deelstaat verschillend. Merendeel 2G+ of 2G. In sommige deelstaten onder voorwaarden ook 3G of mondkapje voor de detailhandel mogelijk.	Discotheken en staande concerten en horeca openen op 16 februari met o.a. een CTB en mondkapjes. Tot 16 februari is er een placheringsplicht voor horeca en concerten en een maximum bezoekersaantal van 2000 binnen en 5000 buiten.	Open	Open
Mondkapje	Mondkapjesplicht in publieke binnenruimtes. Advies om minimaal een medisch MNM type II te dragen en indien kwetsbaar een FFP2-masker.	Verplicht vanaf 6 jaar in het openbaar vervoer, contactberoepen, publieks-evenementen binnen en buiten.	Medische mondkapjes verplicht in het openbaar vervoer, winkels, ziekenhuizen, etc. (FFP2, KN95 en OP-maskers).	Op plaatsen met zittend publiek waar de 2m niet meer verplicht is of wanneer er niet meer dan een meter afstand gehouden kan worden.	Advies om te dragen op drukke plaatsen, geen verplichting.	Verplicht op de luchthaven en geadviseerd binnen testcentra en zorginstellingen.
Quarantaineplicht	Bij contact met een besmet persoon 10 dagen, met test op dag 5. Uitzondering voor mensen die minder dan 8 weken geleden positief getest zijn of geboosterd zijn en voor jongeren onder 18 jaar in het onderwijs.	Bij contact met een besmet persoon 10 dagen. Uitzondering voor mensen met een booster (10 dagen mondkapje en vermijden kwetsbaren), onvolledige vaccinatie (7 dagen quarantaine).	10 dagen quarantaine, tenzij op dag 7 een negatieve test, of geboosterd, dan wel recent genezen (28 tot 90 dagen), tweemaal gevaccineerd (15 tot 90 dagen), of gevaccineerd en genezen.	10 dagen, tenzij volledig gevaccineerd (7 dagen). Volledig gevaccineerd, negatief getest en geen klachten op dag 5 uit quarantaine.	In plaats van quarantaine worden kinderen onder 18 jaar en 6 maanden gevraagd zich dagelijks te testen tot dag 7.	Advies om te (zelf)testen op dag 3 na contact, tenzij besmet binnen 12 weken.

*1G (Testen voor Toegang): In Malta geldt 1G (alleen vaccinatie). In Duitsland en Oostenrijk geldt 2G+ wat kan worden beschouwd als 1G voor mensen zonder boostervaccinatie.

15 FEB. 2022 1 d

5.1.2e



Rijksoverheid

Aanbiedingsformulier voor MCC-19

Van 1 *	Aanbieding Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Van 2	N.v.t.
Mede namens 1	Selecteer
Mede namens 2	N.v.t.
Mede namens 3	N.v.t.
Type voorstel *	Notitie
Titel *	Wijzigingen van de Tijdelijke regelingen maatregelen covid-19 BES
Inhoud en doelstelling van het voorstel *	Er worden wijzigingen doorgevoerd in de Tijdelijke regelingen maatregelen covid-19 voor Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Het betreft kleine wijzigingen t.a.v. groepsgroottes en bezettingscapaciteit, waarmee de drie eilanden geleidelijk aan open kunnen gaan. Daarnaast worden wijzigingen doorgevoerd in het reisbeleid. Het wordt mogelijk om met een antigeentest van ten hoogste 24 uur oud naar Saba en Sint Eustatius te reizen. Ten slotte wordt een 1G beleid ingevoerd voor hoogrisico evenementen op Bonaire.
Voorgesteld besluit *	Anders nl.
Eigen formulering	Instemmen met de voorgestelde wijzigingen van de regeling.
Datum aanbidding *	Behandeltraject 14-feb-2022
Kenmerk *	MCC
Hamerstuk *	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee
Voorgaande behandeling *	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee

Gevolgen en juridisch kader

- Gevolgen rijksbegroting * Ja Nee
- Gevolgen apparaatsuitgaven * Ja Nee
- Gevolgen voor regeldruk * Ja Nee
- Overeenstemming met JenV inzake wetgevingstoets en effectenanalyse * Ja Nee, met bijlage Nee, zonder bijlage N.v.t.
- Overeenstemming met JenV inzake fouten- en misbruiksignalering * Ja Nee, met bijlage Nee, zonder bijlage N.v.t.
- Aan EU Notificatie voldaan * Ja Nee N.v.t.
- Verplichting int. verdragen en/of Europese regelgeving * Ja Nee

Interdepartementale afstemming

Overeenstemming BZK inzake beoordelingskader financiële/ bestuurlijke consequenties decentrale overheden en/of Caribisch Nederland *

- Ja Nee N.v.t.

Overeenstemming BZK toelichting * De wijzigingen worden doorgevoerd op verzoek van de BES-eilanden. BZK is bij deze gesprekken aanwezig geweest en heeft meegeschreven aan de wijzigingsregeling.

Overeenstemming Aruba, Curaçao en Sint Maarten *

- Ja Nee N.v.t.

Ambtelijk afgestemd *

- Ja Nee N.v.t. in ACC-19

Overeenstemming bereikt op ambtelijk niveau *

- Ja Nee N.v.t.

Overeenstemming bereikt met

- AZ BZK EZK I&W SZW VWS LNV
 BZ Def Fin OCW JenV BH&OS

Omschrijving geschilpunten

Contactpersonen

	Contactpersoon 1	Contactpersoon 2
Naam *	5.1.2e	
Afdeling *	ZJCN	ZJCN
Telefoonnummer *	5.1.2e	
E-mailadres *	5.1.2e @minvws.nl	5.1.2e @minvws.nl

Wijzigingsregeling Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Bonaire, Saba en Sint Eustatius

1. Algemeen

Deze regeling wijzigt de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Bonaire (Trm Bonaire), de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Sint Eustatius (Trm Sint Eustatius) en de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Saba (Trm Saba). Deze regeling is gebaseerd op de ingevolge de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 geldende bepalingen van de Wet publieke gezondheid (Wpg).

2. Epidemiologische situatie

Eind december 2021 heeft op Bonaire, Sint Eustatius en Saba een forse uitbraak plaatsgevonden, waarbij de omikronvariant op alle drie de eilanden is vastgesteld. Het hoogtepunt van de uitbraak vond in januari plaats, waarbij op 14 januari 2022 een hoogtepunt van 900 besmettingen werd bereikt op Bonaire. Daarna is het aantal nieuwe besmettingen binnen korte tijd gedaald. De ziekenhuisopnames waren op het hoogtepunt twaalf opnames. Op dit moment zijn er 196 actieve casussen en is er nog één ziekenhuisopname vanwege covid-19. Op Sint Eustatius heeft de uitbraak geleid tot 420 besmettingen. Op dit moment zijn er nog 32 actieve casus en ligt er nog één persoon in het ziekenhuis. In januari en februari 2022 zijn in totaal drie mensen op Sint Eustatius overleden aan de gevolgen van covid-19. Op Saba zijn in totaal 200 personen besmet geraakt, momenteel is er niemand meer besmet wegens de snelle indamming van het virus door strikte maatregelen.

3. Hoofdpijnen van deze regeling

Reismaatregelen

Gezien de dalende incidentie in Caribisch Nederland zijn diverse versoepelingen van maatregelen verantwoord. Dit houdt onder meer in dat de reismaatregelen tussen de eilanden versoepeld worden: alle reizigers die vanuit Saba of Sint Eustatius naar het andere eiland, Bonaire of Europees Nederland reizen hoeven zich niet langer te laten testen.

Reizigers naar Saba en Sint Eustatius kunnen op dit moment alleen inreizen met een negatieve testuitslag van een NAAT-test van ten hoogste 48 uur oud voor vertrek. Met deze wijzigingsregeling wordt de mogelijkheid toegevoegd om ook in te reizen met een negatieve uitslag van een antigeentest die ten hoogste 24 uur voor vertrek is afgenomen. Dit is in lijn met het inreisbeleid van Europees Nederland en Bonaire.

Stapsgewijze opening van horeca en evenementen

In de regeling van Sint Eustatius worden extra opties opgenomen voor maatregelen ten aanzien van eet- en drinkgelegenheden, sportevenementen, groepsgrootte en mondkapjes. Dit betreffen maatregelen die lichter zijn dan de maatregelen die nu gelden. De gezaghebbers kunnen plaatsen aanwijzen waar de maatregelen gelden, de maatregelen zijn gekoppeld aan een risiconiveau. Op deze manier kunnen de maatregelen stapsgewijs versoepeld worden en kunnen ze ook weer stapsgewijs aangescherpt worden indien nodig. Dit is in lijn met adviezen van het RIVM, waarbij een risicoanalyse is uitgevoerd van de epidemiologische situatie op de eilanden. Vanwege de snelle verspreiding en daarmee lastigere beheersbaarheid van de omikronvariant waren volgens het RIVM – naast de basale hygiëne- en bestrijdingsmaatregelen – stevigere maatregelen vereist om de verhoogde incidentie in te dammen. Het RIVM adviseerde daarom om verdere verspreiding sterk te reduceren door het fors beperken van groepsgrootte en etablissementen met betrekking tot uitgaan en het nachtleven te sluiten, zeker in de avond, zodat risicovormende momenten voorkomen worden. Met deze regeling worden verschillende sluitingstijden toegevoegd en worden verschillende opties ten aanzien van groepsgroottes toegevoegd. Ook op Bonaire wordt een aantal extra opties toegevoegd om stapsgewijze opening van de samenleving mogelijk te maken. Hierbij wordt o.a. de mogelijkheid toegevoegd om bioscopen te openen met een sluitingstijd van 22.00 uur en sportevenementen te organiseren met maximaal vijftig procent bezettingsgraad aan bezoekers. Op deze manier wordt de verspreiding van het virus nog steeds zoveel mogelijk geremd maar wordt er tegelijkertijd toegewerkt naar een samenleving waarin het leven zoveel als mogelijk doorgang kan vinden.

Coronatoegangsbewijs op basis van negatieve testuitslag bij hoogrisico-evenementen Bonaire:

Het coronatoegangsbewijs (hierna: ctb) wordt op Bonaire op dit moment nog niet ingezet. Het doel is om het ctb samen met testen-voor-toegang in de komende periode te introduceren. Het ctb zal niet over de brede linie van de samenleving worden ingezet. Het toegangssysteem zal enkel worden gebruikt om zogenaamde hoogrisico-evenementen weer mogelijk te gaan maken. Dit zijn afgesloten evenementen waarbij grotere groepen (minimaal 151 personen) aanwezig zijn en waarbij veel onderlinge interactie plaatsvindt zoals met zang en dans. Uit recent onderzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is gebleken dat zogenaamd 3G-beleid (gevaccineerd, genezen of getest), sinds de introductie van de omikronvariant minder effectief is bij het voorkomen van superspreadevents. Een 1G-beleid (alleen getest) biedt hierin aanzienlijk meer bescherming. Aangezien het doel van de inzet van het ctb op Bonaire gericht is op het zoveel mogelijk beperken van de risico's voor grootschalige evenementen, is het dan ook doelmatiger om bij de introductie van het ctb direct in te zetten op het gebruik van 1G. De noodzaak voor bezoekers om voorafgaand aan een hoogrisico-evenement te testen, is minder belastend wanneer dit enkel voor hoogrisico-evenementen noodzakelijk is, dan wanneer testen voor toegang breed geïmplementeerd zou worden in de samenleving. Alleen voor specifieke evenementen, waarbij zingen, schreeuwen en dansen toegestaan zijn en waarvan van tevoren duidelijk is dat er getest moet worden, zal om een coronatoegangsbewijs worden gevraagd. In Europees Nederland zal het 1G beleid toegepast worden bij evenementen met meer dan 500 personen. Vanwege de kleinschaligheid van Bonaire, de beperkte zorgcapaciteit en het risico op snelle verspreiding van het virus wegens het insulaire karakter van het eiland zal het 1G beleid ingezet worden bij evenementen met meer dan 150 personen.

Op dit moment wordt het ctb niet toegepast op Bonaire. Er wordt door de Nederlandse testaanbieder Hestia – die ook actief is op Bonaire – een afsprakenportaal ontwikkeld voor het testen voor toegang. Indien een of meerdere van de overige drie testaanbieders aangeven ook diensten aan te willen bieden voor testen voor toegang, kunnen zij aansluiten op dit portaal. Op dit moment geven de testaanbieders aan dat niet te willen. Hestia heeft voldoende capaciteit om het testen voor toegang uit te voeren.

Voor de verdere discussie over 1G wordt verwezen naar de discussie hierover die in het kader van de Europees Nederlandse maatregelen wordt gevoerd.

Bij de concrete inzet van de maatregelen hebben de respectieve gezaghebbers hun gebruikelijke rol. Zij wijzen de plaatsen aan waar een maatregel geldt.

15 FEB. 2022 2

Handtekening bewindspersoon

5.1.2e

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Rijksoverheid

Aanbiedingsformulier voor MCC-19

Van 1 *	Aanbieding Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Van 2	N.v.t.
Mede namens 1	N.v.t.
Mede namens 2	N.v.t.
Mede namens 3	N.v.t.
Type voorstel *	Notitie

Titel *	Titel en inhoud Verzoeken om een besluit te nemen over het beschikbaar stellen van de financiële middelen uit de onderuitputting van Testen voor Toegang van januari en februari voor de testcapaciteit voor Testen voor Toegang vanaf maart tot juni.
---------	--

Inhoud en doelstelling van het voorstel *	U wordt verzocht akkoord te gaan met het beschikbaar stellen van de financiële middelen uit de onderuitputting van Testen voor Toegang van januari en februari voor de testcapaciteit voor Testen voor Toegang vanaf maart tot juni.
---	--

Voorgesteld besluit *	Het voorstel te aanvaarden.
-----------------------	-----------------------------

Datum aanbieding *	Behandeltraject 15 februari 2022
Kenmerk *	00000
Hamerstuk *	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee
Voorgaande behandeling *	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee

Gevolgen en juridisch kader

- Gevolgen rijksbegroting * Ja Nee
- Gevolgen apparaatsuitgaven * Ja Nee
- Gevolgen voor regeldruk * Ja Nee
- Overeenstemming met JenV inzake wetgevingstoets en effectenanalyse * Ja Nee, met bijlage Nee, zonder bijlage N.v.t.
- Overeenstemming met JenV inzake fouten- en misbruiksignalering * Ja Nee, met bijlage Nee, zonder bijlage N.v.t.
- Aan EU Notificatie voldaan * Ja Nee N.v.t.
- Verplichting int. verdragen en/of Europese regelgeving * Ja Nee

Interdepartementale afstemming

- Overeenstemming BZK inzake beoordelingskader financiële/ bestuurlijke consequenties decentrale overheden en/of Caribisch Nederland * Ja Nee N.v.t.
- Overeenstemming Aruba, Curaçao en Sint Maarten * Ja Nee N.v.t.
- Ambtelijk afgestemd * Ja Nee N.v.t. in DOC-19 en met financiën
- Overeenstemming bereikt op ambtelijk niveau * Ja Nee N.v.t.
- Overeenstemming bereikt met AZ BZK EZK I&W SZW VWS LNV
 BZ Def Fin OCW JenV BH&OS
- Omschrijving geschilpunten Alle departementen waren akkoord met doorleiding.

Contactpersonen

- | | Contactpersoon 1 | Contactpersoon 2 |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Naam * | 5.1.2e | |
| Afdeling * | PDC-19 | PDC-19 |
| Telefoonnummer * | 5.1.2e | |
| E-mailadres * | 5.1.2e @minvws.nl | 5.1.2e @minvws.nl |

Begroting sectie A (uitgaven)

Budgetdisciplinesector *	<input type="checkbox"/> Budgettair Kader Zorg <input type="checkbox"/> Sociale zekerheid en arbeidsmarktbeleid <input checked="" type="checkbox"/> Rijksbegroting in enge zin <input type="checkbox"/> N.v.t.						
Initiële jaar *	2022	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Begrotingshoofdstuk	Uitgaven 1 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport						
Beleidsartikel nummer	1	Naam Volksgezondheid					
Bedrag	0	0	0	0	0	0	0
Begrotingshoofdstuk	Uitgaven 2 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport						
Beleidsartikel nummer	1	Naam Volksgezondheid					
Bedrag	0	0	0	0	0	0	0
Begrotingshoofdstuk	Uitgaven 3 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport						
Beleidsartikel nummer	1	Naam Volksgezondheid					
Bedrag	0	0	0	0	0	0	0
Totale uitgaven		0	0	0	0	0	0

Begroting sectie A (ontvangsten)

Initiële jaar *	2022	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Begrotingshoofdstuk	Ontvangsten 1 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport						
Beleidsartikel nummer	1	Naam Volksgezondheid					
Bedrag	0	0	0	0	0	0	0
Begrotingshoofdstuk	Ontvangsten 2 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport						
Beleidsartikel nummer	1	Naam Volksgezondheid					
Bedrag	0	0	0	0	0	0	0
Begrotingshoofdstuk	Ontvangsten 3 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport						
Beleidsartikel nummer	1	Naam Volksgezondheid					
Bedrag	0	0	0	0	0	0	0
Totale ontvangsten		0	0	0	0	0	0
Saldo uitgaven en ontvangsten		0	0	0	0	0	0
Toelichting	<p>Voor januari en februari 2022 is er een bedrag geraamd van 215 miljoen euro voor testcapaciteit voor Testen voor Toegang. De onderuitputting hiervan wordt, met akkoord op deze notitie, gebruikt voor de testcapaciteit voor Testen voor Toegang vanaf maart tot juni.</p>						

MCC-notitie Onderuitputting gebruiken TvT testcapaciteit

Doel notitie

MCC verzoeken om een besluit te nemen over het beschikbaar stellen van de financiële middelen uit de onder uitputting van Testen voor Toegang van januari en februari voor de testcapaciteit voor Testen voor Toegang vanaf maart tot juni.

Beslispunten

- 1) Gaat u akkoord met het beschikbaar stellen van de financiële middelen uit de onder uitputting van Testen voor Toegang van januari en februari voor de testcapaciteit voor Testen voor Toegang vanaf maart tot juni.

Achtergrond

Inzet ctb

- Het ctb kan worden gehanteerd in oa de horeca, culturele locaties (zoals musea en bioscopen), evenementen, beurzen en congressen, bruiloften of een publieke locatie, doorstroomevenementen, plekken waar kunst of cultuur worden beoefend, sportlocaties binnen en professionele wedstrijden (voor publiek).
- Tijdens de persconferentie van 18 januari 2022 werd aangekondigd dat de samenleving weer meer open gaat met het gebruik van het ctb.
- Maatregelen worden tot nu toe steeds voor korte periodes afgekondigd om op die manier goed in te kunnen spelen op het verloop van de pandemie en het effect van versoepelingen.
- Deze korte termijn besluitvorming verhoudt zich echter niet goed met de continuïteit die gewenst is in het behoud van voldoende testcapaciteit, zodat deze te allen tijde in het verlengde van de besluitvorming kan worden ingezet.
- Door akkoord te gaan met het beschikbaar stellen van de financiële middelen uit de onder uitputting van Testen voor Toegang in januari en februari voor de testcapaciteit voor Testen voor Toegang vanaf maart tot juni wordt enkel de continuïteit van de testcapaciteit gewaarborgd zodat het mogelijk blijft om toegangsbewijzen in te zetten.
- Uiteraard is er te allen tijde vrijheid in het veranderen van geldende ctb maatregelen.
- Daarbij wordt de testcapaciteit vergoed op basis van daadwerkelijk afgenomen testen.

Risicobeheersing

- Stichting Open Nederland coördineert de testcapaciteit tot september 2022. SON dient maandelijks een begroting in bij VWS. In deze begroting wordt uitgegaan van een geschatte testvraag op basis van geldende ctb maatregelen (P*Q).
- Testen voor Toegang is gebaseerd op marktwerking waarbij er betaald wordt per afgenomen test. Hierdoor is er geen risico op betalingen wanneer er geen testvraag is.

Begroting

- Eerder (in de MCC van 25 januari 2022) is aangegeven dat de kosten voor het aantal benodigde testen voor de inzet van het ctb's worden gereserveerd tijdens besluitvormings-

momenten voor de inzet van het ctb. Als de besluitvorming elke keer voor korte periodes gepland staat, dan is het niet haalbaar om steeds voor z'n korte periode geld te reserveren.

- Voor januari en februari is er een bedrag geraamd van 215 miljoen euro voor testcapaciteit voor Testen voor Toegang.
- Kijkend naar de cijfers van SON (wat betreft testafname) is de verwachte realisatie in januari 11 miljoen euro en voor de maand februari is er 35 miljoen begroot. Hierdoor verwachten we een onder uitputting van 170 miljoen.
- Verwacht wordt dat de onder uitputting vanuit het geraamde bedrag dekkend is voor de kosten voor de testcapaciteit van Testen voor Toegang van maart tot juni.

ACC

- ACC was akkoord met doorgeleiding van de notitie, waarbij Financiën heeft aangegeven dat zij een prijsonderzoek willen naar de huidige prijs in open house 3. Iedereen heeft hiermee ingestemd.
- VWS zal hierover het overleg met Financiën verder voeren.

15 FEB. 2022 3

5.1.2e



Rijksoverheid
Aanbiedingsformulier
 voor MCC-19

Van 1 *	Aanbieding Minister voor Langdurige Zorg en Sport
Van 2	N.v.t.
Mede namens 1	Selecteer
Mede namens 2	N.v.t.
Mede namens 3	N.v.t.
Type voorstel *	Notitie
Titel *	Tijdelijke impuls behoud langdurig zieke zorgverleners
Inhoud en doelstelling van het voorstel *	<p>Het voorstel is</p> <p>(1) het voorstel voor de in de notitie beschreven subsidieregeling te aanvaarden,</p> <p>(2) deze aan te kondigen in de covid-brief van 15 februari, en</p> <p>(3) de kosten € 49,2 mln te dekken uit de generale covid-middelen.</p> <p>Ten aanzien van dit voorstel is in de bijgevoegde notitie een drietal dilemma's geschetst die politieke weging vergen in de MCC.</p>
Voorgesteld besluit *	Het voorstel te aanvaarden.
Datum aanbieding *	Behandeltraject 11 februari 2022
Kenmerk *	000000
Hamerstuk *	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee
Voorgaande behandeling *	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee

Gevolgen en juridisch kader

- Gevolgen rijksbegroting * Ja Nee
 Gevolgen apparaatsuitgaven * Ja Nee
 Gevolgen voor gelddruk * Ja Nee
 Overeenstemming met JenV inzake wetgevingstoets en effectenanalyse * Ja Nee, met bijlage Nee, zonder bijlage N.v.t.
 Overeenstemming met JenV inzake fouten- en misbruiksignalering * Ja Nee, met bijlage Nee, zonder bijlage N.v.t.
 Aan EU Notificatie voldaan * Ja Nee N.v.t.
 Verplichting int. verdragen en/of Europese regelgeving * Ja Nee

Interdepartementale afstemming

- Overeenstemming BZK inzake beoordelingskader financiële/ bestuurlijke consequenties decentrale overheden en/of Caribisch Nederland * Ja Nee N.v.t.
 Overeenstemming Aruba, Curaçao en Sint Maarten * Ja Nee N.v.t.
 Ambtelijk afgestemd * Ja Nee N.v.t. in ACC
 Overeenstemming bereikt op ambtelijk niveau * Ja Nee N.v.t.
 Geen overeenstemming bereikt met AZ BZK EZK I&W SZW VWS LNV
 BZ Def Fin OCW JenV BH&OS
 Omschrijving geschilpunten Er is een aantal dilemma's benoemd dat om een politieke weging in de MCC vraagt. Deze zijn in de notitie opgenomen.

Contactpersonen

	Contactpersoon 1	Contactpersoon 2
Naam *	5.1.2e	
Afdeling *	MEVA/coronateam	MEVA/directie
Telefoonnummer *	5.1.2e	
E-mailadres *	5.1.2e @minvws.nl	5.1.2e @minvws.nl

3 van 3

Aanbiedingsformulier voor MCC-19

Begroting sectie A (uitgaven)

Budgetdisciplinesector *	<input type="checkbox"/> Budgettair Kader Zorg <input type="checkbox"/> Sociale zekerheid en arbeidsmarktbeleid <input checked="" type="checkbox"/> Rijksbegroting in enge zin <input type="checkbox"/> N.v.t.						
Initiële jaar *	2022	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Begrotingshoofdstuk	Uitgaven 1						
Beleidsartikel nummer	XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport						
Bedrag	4	Naam Zorgbreed beleid					
		44,2	5	0	0	0	0
Begrotingshoofdstuk	Uitgaven 2						
Beleidsartikel nummer	XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport						
Bedrag	4	Naam Zorgbreed beleid					
		0	0	0	0	0	0
Begrotingshoofdstuk	Uitgaven 3						
Beleidsartikel nummer	XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport						
Bedrag	4	Naam Zorgbreed beleid					
		0	0	0	0	0	0
Totale uitgaven		44,2	5	0	0	0	0

Begroting sectie A (ontvangsten)

Initiële jaar *	2022	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Begrotingshoofdstuk	Ontvangsten 1						
Beleidsartikel nummer	XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport						
Bedrag	4	Naam Zorgbreed beleid					
		0	0	0	0	0	0
Begrotingshoofdstuk	Ontvangsten 2						
Beleidsartikel nummer	XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport						
Bedrag	4	Naam Zorgbreed beleid					
		0	0	0	0	0	0
Begrotingshoofdstuk	Ontvangsten 3						
Beleidsartikel nummer	XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport						
Bedrag	4	Naam Zorgbreed beleid					
		0	0	0	0	0	0
Totale ontvangsten		0	0	0	0	0	0
Saldo uitgaven en ontvangsten		-44,2	-5	0	0	0	0

Toelichting

Op basis van het aantal mensen dat de WIA instroomt, is de verwachting dat maximaal 7.000 zorgverleners gebruik kunnen maken van deze regeling. Werkgevers ontvangen gemiddeld €6.600 per zorgverlener als zij de zorgverlener nog een half jaar loon doorbetalen. Voor uitvoeringskosten wordt 3 mln geraamd.

Tijdelijke impuls behoud zorgverleners met langdurige klachten (COVID).

Doelstelling: *behoud van langdurig zieke zorgverleners voor de zorg, door middel van een impuls op het gebied van herstel en re-integratie*

Achtergrond

De zorg kampt met grote personeelstekorten en nu dreigt een groep langdurige zorgverleners uit te stromen, waar vanwege de COVID-pandemie re-integratiekansen gemist zijn.

In de periode maart-december 2020 heeft een groep zorgverleners COVID opgelopen en daaraan langdurige klachten overgehouden of zijn anderszins ziek geworden als gevolg van de uitzonderlijke omstandigheden waarin zij door COVID werkten. Bijvoorbeeld omdat zij onder hoge druk hebben gestaan door het werken terwijl nog onvoldoende kennis bestond over de aard en verspreiding van het virus en wat daar tegen de goede bescherming was of doordat veel patiënten voor wie zij zorgden aan het virus overleden. In de media en ook de Tweede Kamer komt naar voren hoe schrijnend het is dat juist de zorgverleners die in de frontlinie hebben gestaan bij de zorg voor COVID-patiënten, daardoor langdurige klachten hebben. Als zij nu nog steeds ziek zijn, krijgen hun gezondheidsklachten veelal ook gevolgen voor hun werk en inkomen. Ze dreigen daarmee verloren te raken voor de zorg, terwijl er juist sprake is van grote personeelstekorten.

Na een bespreking van een two-pager in de ministerraad in de zomer van 2021 is de toenmalige minister van Medische Zorg en Sport gevraagd een verkenning te doen. De taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgprofessionals heeft het kabinet ondertussen geadviseerd over een tijdelijke impuls voor het behoud en herstel van desbetreffende groep.

Tijdelijke impuls voor herstel en reïntegratie

Het advies is op korte termijn werkgevers te ondersteunen om zorgprofessionals met long COVID te behouden totdat het onderzoek van het programma COVID en werk naar long COVID is afgerond. Werkgevers zijn bereid deze zorgprofessionals een langere periode te bieden om te re-integreren om hen te behouden voor de zorg. De minister van Langdurige Zorg en Sport wil hen daarin steunen door een tijdelijke impuls te geven aan het herstel en de re-integratie van zorgverleners die vanaf het begin van de pandemie langdurig ziek zijn geworden, om hen daarmee te behouden voor het werk in de zorg. Met deze impuls bieden we hen behoud van werk en inkomen tot uiterlijk eind 2022. En houdt de werkgever zicht op re-integratie van gekwalificeerd zorgpersoneel. Gezien de personeelstekorten in de zorg is behoud van deze groep gewenst.

Afbakening groep: werkgevers in zorg en welzijn

Eén van de hoofddoelstellingen tijdens de crisis was het borgen van de zorgcontinuïteit. Met elkaar hebben we een beroep gedaan op zorgverleners om in de beginfase van de pandemie hun werk te blijven doen. Dit ondanks dat nog weinig bekend was over (de verspreiding van) het virus en hoe zorgverleners goed te beschermen. In de zorg werd gewerkt met COVID-patiënten en kon vaak geen 1,5 meter worden gehouden. Inherent daaraan is dat daar ook de grootste risico's zijn gelopen in direct contact met besmette mensen. Daar komt bij dat in de eerste fase van de pandemie ook in protocollen in de zorg opgenomen was dat zorgmedewerkers werden opgeroepen door te werken bij klachten, ten behoeve van de zorgcapaciteit. In veruit de meest andere sectoren werd juist opgeroepen om bij klachten thuis te blijven, waardoor personeel weinig risico's heeft gelopen. In deze sectoren was het risico vergelijkbaar met het reguliere maatschappelijke verkeer.

Werkgevers in de zorg hebben ook onder druk gestaan en daardoor zijn in sommige gevallen re-integratiekansen gemist gedurende de periode van loondoorbetaling bij ziekte. Daardoor kampen zij met het risico op een hoge uitstroom. Hen ondersteunen extra te investeren in re-integratie kan tevens bijdragen aan het verlichten van de gevolgen die langdurige ziekte als gevolg van het werken in de zorg tijdens de corona-pandemie voor zorgverleners heeft, zich extra inspannen om die gevolgen - waar mogelijk - voor hen te beperken. Als met wat extra inzet / tijd voor re-integratie terugkeer naar een passende functie in de zorg toch mogelijk is, is dat positief voor

zowel de zorg waar grote personeelstekorten zijn, als voor de medewerker (werk, inkomen, zingeving, sociale contacten etc.).

We kiezen een tijdelijke impuls voor zorgverleners die in de periode maart-december 2020 ziek zijn geworden en nog steeds klachten hebben. Vanwege de specifieke omstandigheden in deze periode achten we de kans dat voor deze groep re-integratiemogelijkheden gemist zijn groter dan voor andere groepen. In het najaar gaat het kabinet zich beraden op nadere acties naar aanleiding van de inzichten uit het onderzoek van het programma COVID-19 en werk (ondersteund door SZW en C-support).

Afbakening periode

De tijdelijke subsidieregeling heeft betrekking op mensen die in de periode maart-december 2022 anders in de WIA zouden instromen omdat ze twee jaar dermate klachten hebben dat dit werken in de weg staat. Vanwege de specifieke omstandigheden in deze periode achten we de kans dat voor deze groep re-integratiemogelijkheden gemist zijn groter dan voor andere groepen. Ondertussen vindt er een aantal trajecten plaats waaruit nadere informatie zal volgen over de combinatie long COVID en werk. De inzichten hierin zijn nu nog beperkt.

Terugrekenend sluit de subsidieperiode aan bij het tijdvak (maart-december 2020) waarin de kennis van de aard en de verspreiding van het Corona-virus beperkt was. De toenemende kennis werd benut voor (aanvullingen in de) uitgangspunten voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en andere maatregelen. Zo was het preventief gebruik van mondneusmakers gedurende 2020 steeds meer de praktijk en boden de uitgangspunten daarvoor ook ruimte; het preventief gebruik van mondneusmakers buiten het ziekenhuis werd op 3 november 2020 expliciet verankerd in de uitgangspunten. Er waren toen reeds langere tijd voldoende maskers beschikbaar voor breed preventief gebruik (via reguliere kanalen en LCH). Gaandeweg konden werkgevers hun verantwoordelijkheid voor veilig werken waarmaken.

Tijdelijk impuls

De tijdelijke impuls (subsidie) richt zich op zorgmedewerkers die aan het begin van de pandemie (1 mrt – 31 dec 2020) langdurig ziek zijn geworden, en maakt gebruik van de bestaande mogelijkheden in het stelsel van ziekte en arbeidsongeschiktheid:

- de **werkgever** verlengt in samenspraak met de werknemer de periode van twee jaar loondoorbetaling bij ziekte. Dit betekent dat de werknemer in dienst blijft¹;
- **werkgever en werknemer** maken afspraken over ieders inzet t.b.v. het herstel en de re-integratie;
- **UWV** toetst na afloop van de periode van vrijwillige loondoorbetaling de re-integratie inspanningen op de reguliere wijze;
- het **ministerie van VWS** biedt werkgevers een subsidie van gemiddeld **€6.600** per werknemer ten behoeve van inzet op herstel en re-integratie, onder de voorwaarde dat werkgevers de loondoorbetaling met minimaal 6 maanden verlengen.. Als bewijsstuk kan de werkgever bij zijn subsidieaanvraag de bevestiging van de vrijwillige loondoorbetaling uploaden die hij van UWV ontvangt.

Budget

Zonder een financiële impuls vanuit het Rijk is de verwachting (voortkomend uit de Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners) dat voor veel werkgevers de kosten te groot zijn. Daarom is het idee om vanuit het Rijk een financiële impuls beschikbaar te stellen.

Uitgangspunten bij het bepalen van het benodigde maximale budget zijn:

- een gemiddeld bedrag van €6.600 per medewerker;
- inschatting is dat er ca. 7.000 zorgverleners in aanmerking kunnen komen voor deze impuls.

Benodigd budget: € 46,2 mln + € 3 mln uitvoeringskosten = €49,2 mln (Coronabegroting).

¹ Zie de bijlage voor het kader vanuit de WIA.

Dilemma's bij dit voorstel, ter bespreking in de MCC:

- 1) De **timing**: vanaf maart bereiken de mensen die aan het begin van de crisis ziek zijn geworden de 2 jaar ziekte. Zij kunnen nu al, in aanloop naar die mijlpaal, een WIA-aanvraag indienen. De werkgever kan na 2 jaar ziekte een ontslagprocedure starten. De subsidieregeling richt zich feitelijk op deze uitstroombeslissing. Als het Rijk met de voorgestelde impuls deze medewerkers voor de zorg wil behouden, is spoedige communicatie nodig. Tegelijkertijd vergt het komen tot een definitieve subsidieregeling nog nadere uitwerking en geeft dit ook enige onzekerheid. Hoe weegt de MCC dit?
- 2) De **precedentwerking/afbakening**: deze impuls richt zich specifiek op de zorg, maar in de ACC kwam ook terug dat meer sectoren de ontwikkelingen in de zorg op dit vlak met interesse volgen. Om de redenen genoemd onder 'afbakening periode' is VWS van mening dat de afbakening tot de zorg goed verdedigbaar is. Hoe weegt de MCC het risico op precedentwerking?
- 3) De **financiën**: de effectiviteit van de impuls is in belangrijke mate afhankelijk van de financiële omvang ervan. Gekozen is voor een omvang van de impuls waarbij er ook van werkgevers nog een financiële inzet wordt gevraagd. Hoe weegt de MCC in dit licht de gekozen omvang van de impuls en de voorgestelde dekking uit generale middelen, aangezien de regeling niet gericht is op de COVID-bestrijding?

Bijlage WIA

Werkgevers zijn verplicht het loon van zieke werknemers gedurende een periode van twee jaar door te betalen. Daarbij hebben werkgever en de zieke werknemer re-integratieverplichtingen ten behoeve van de terugkeer in het arbeidsproces. Na de periode van twee jaar loondoorbetaling *kan* de werknemer een WIA-aanvraag indienen. Voorafgaand aan de WIA-beoordeling toetst UWV of de re-integratie inspanningen voldoende zijn geweest. Bij voldoende inspanningen volgt daarna de WIA-claimbeoordeling waarin UWV beoordeelt of werknemers voldoen aan de voorwaarden van een WIA-uitkering.

Op verzoek kan de loondoorbetalingsperiode bij ziekte door UWV worden verlengd. Een aanvraag tot een vrijwillige verlenging van de loondoorbetalingsperiode wordt door een werknemer en werkgever samen gedaan. Zij kunnen dit verzoek indienen bij UWV, als het er bijvoorbeeld naar uitziet dat de werknemer binnenkort (volledig) terug kan keren in zijn oude werk, of als zij een andere oplossing willen zoeken bij de bestaande of een andere werkgever. De loondoorbetalingsperiode wordt dan met minimaal dertien weken verlengd, tenzij er zwaarwegende omstandigheden zijn die zich daartegen verzetten.

Als gevolg van het verzoek tot vrijwillige verlenging van de loondoorbetalingsperiode wordt de toetsing van re-integratie inspanningen en beoordeling van een eventueel recht op een WIA-uitkering door UWV uitgesteld. De lasten van een vrijwillige verlenging van de loondoorbetalingsperiode komen, net als de periode van twee jaar, voor rekening van werkgevers.

Na afloop van de periode van vrijwillige verlenging van de loondoorbetalingsperiode toetst UWV de re-integratie inspanningen. Indien de inspanningen onvoldoende worden beoordeeld, volgt er een loonsanctie. Dit betekent dat de werkgever maximaal 52 weken het loon moet door betalen. Bij voldoende inspanningen volgt de WIA-beoordeling.

Werkgevers kunnen alleen voor de loondoorbetalingsperiode een vrijwillige verlenging aanvragen. Dit kan niet voor de periode van de Ziektewet voor (ex-)werknemers. Een werkgever die eigenrisicodrager is voor de Ziektewet betaalt ook na afloop van het tijdelijke contract van de zieke medewerker het loon (Ziektewetuitkering) door zo lang er sprake is van ziekte. Dit is maximaal twee jaar vanaf de eerste ziektedag.

15 FEB. 2022

4

Handtekening bewindspersoon

N.v.t.



Rijksoverheid

Aanbiedingsformulier voor MCC-19

Van 1 *	Aanbieding
Van 2	N.v.t.
Mede namens 1	N.v.t.
Mede namens 2	N.v.t.
Mede namens 3	N.v.t.
Type voorstel *	Stuk ter kennisneming

Titel *	Uitwerking domeinoverstijgende herstelopgaven DG Samenleving en Covid-19
Inhoud en doelstelling van het voorstel *	<p>Domeinoverstijgende herstelopgaven DG Samenleving en Covid-19</p> <p>In opdracht van het SGO is door DG Samenleving en Covid-19, als follow up van het dialoogtraject "Nederland na de crisis", met betrokken ministeries en vertegenwoordigers van verschillende bestuurslagen, in samenwerking met betrokken ministeries en vertegenwoordigers van verschillende bestuurslagen en instanties in de vorm van domeinoverstijgende "herstelopgaven" op de thema's Kwetsbare groepen, Sociale en mentale veerkracht, Gezonde en veilige leefomgeving en Voorbereiding toekomstige pandemische crisis een overkoepelend beeld opgesteld en aanbevelingen geformuleerd om bij nieuw beleid te betrekken. Daarnaast is in de essaybundel "Institutionele verhoudingen tijdens en na crisistijd" in elf essays van wetenschappers en key-players teruggebleekt op de coronacrisis en worden op basis van rode draden lessen geleerd die input vormen voor toekomstig beleid. Over 'de Toekomst van Hybride Werken' is de SER advies gevraagd, op basis waarvan (verwacht voorjaar 2022) het kabinet een beleidsreactie zal opstellen (trekker SZW), om onder andere te komen tot een 'agenda voor de toekomst van hybride werken'. Daarnaast worden - ingevolge het Coalitieakkoord- afspraken (IenW, SZW) met het bedrijfsleven en overheden gemaakt over het stimuleren van vitaal hybride thuiswerken en om de uitstoot van de mobiliteitssector omlaag te brengen.</p>

Voorgesteld besluit *	Anders nl.
Eigen formulering	Kennis nemen van de uitwerking van de herstelopgaven en de voorziene publicatie daarvan op Rijksportaal

Datum aanbieding *	Behandeltraject
Kenmerk *	11-feb-2022
Hamerstuk *	-
Voorgaande behandeling *	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee

2 van 2
Aanbiedingsformulier voor MCC-19

Gevolgen en juridisch kader

- Gevolgen rijksbegroting * Ja Nee
- Gevolgen apparaatsuitgaven * Ja Nee
- Gevolgen voor regeldruk * Ja Nee
- Overeenstemming met JenV inzake wetgevingstoets en effectenanalyse * Ja Nee, met bijlage Nee, zonder bijlage N.v.t.
- Overeenstemming met JenV inzake fouten- en misbruiksignalering * Ja Nee, met bijlage Nee, zonder bijlage N.v.t.
- Aan EU Notificatie voldaan * Ja Nee N.v.t.
- Verplichting int. verdragen en/of Europese regelgeving * Ja Nee

Interdepartementale afstemming

- Overeenstemming BZK inzake beoordelingskader financiële/ bestuurlijke consequenties decentrale overheden en/of Caribisch Nederland * Ja Nee N.v.t.
- Overeenstemming Aruba, Curaçao en Sint Maarten * Ja Nee N.v.t.
- Ambtelijk afgestemd * Ja Nee N.v.t. in ACC-19 23 december 2021
- Overeenstemming bereikt op ambtelijk niveau * Ja Nee N.v.t.

Contactpersonen

- | | Contactpersoon 1 | Contactpersoon 2 |
|------------------|--------------------|--------------------|
| Naam * | 5.1.2e | |
| Afdeling * | DGSC-19 | DGSC-19 |
| Telefoonnummer * | 5.1.2e | |
| E-mailadres * | 5.1.2e @minjenv.nl | 5.1.2e @minjenv.nl |

15 FEB. 2022 TKN



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

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven |

5.1.2e

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Datum 14 februari 2022
Onderwerp Advies n.a.v. 142e OMT

Geachte 5.1.2e

Op 11 februari riep het Centrum Infectieziektebestrijding (Cib) van het RIVM het Outbreak Management Team (OMT) bijeen om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-pandemie. Naast de vaste OMT-leden, vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB), de Nederlandse Vereniging van Internist-infectiologen (NVII), de Nederlandse Vereniging van Medische Microbiologie (NVMM) en het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI), waren er leden van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), de Vereniging van de Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso), de Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde (NVK), de Nederlandse Vereniging voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG, verschillende experts (internist-infectioloog, viroloog, epidemioloog, arts-microbioloog, een regionaal arts-consulent, ouderengeneeskundige, arts M&G), vertegenwoordigers van referentielaboratoria en vertegenwoordigers van diverse centra van het RIVM aanwezig.

A. Aanleiding OMT en doelstelling

Het OMT komt periodiek bij elkaar om de medisch-inhoudelijke stand van zaken betreffende COVID-19 vast te stellen en te duiden, voor de opvolging van acties en voor de beantwoording van vragen van de Nederlandse overheid.

Het OMT geeft vervolgadvisen over de effecten van de maatregelen die tot op heden zijn ingesteld en over de versoepeling van maatregelen op grond van drie pijlers zoals eerder benoemd door het kabinet:

- een acceptabele belastbaarheid van de zorg – ziekenhuizen moeten kwalitatief goede zorg aan zowel COVID-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg kunnen leveren;
- het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;
- het zicht houden op en het inzicht hebben in de verspreiding van het virus.

Op 9 februari heb ik de adviesaanvraag ontvangen waarin u het OMT namens het kabinet vraagt te adviseren over een aantal vraagstukken.

Hieronder volgen een samenvatting van de situatie en de adviezen van het OMT.

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

KvK Utrecht 30276683

T 5.1.2e

F 5.1.2e@rivm.nl

Ons kenmerk
0008/2022 LCI 5.1.2e

Behandeld door
LCI

T 5.1.2e

F 5.1.2e@rivm.nl

B. Actuele situatie

Verloop van de epidemie

Het OMT is geïnformeerd over het verloop van de epidemie en de resultaten van de modellering.

Datum
14 februari 2022

Ons kenmerk
0008/2022 LCI 5.1.2e

Adviesvraag VWS:

Wat is het algemene beeld van de epidemiologische situatie? Wat is uw verwachting voor de komende weken, voor de belasting van de gehele zorgketen en de continuïteit van de samenleving?

Epidemiologische situatie

Sinds 8 februari is de meldingsachterstand van GGD aan RIVM, die in de afgelopen weken ontstond door de hoge dagelijkse aantallen positieve coronatesten, ingelopen. De positieve SARS-CoV-2-testuitslagen worden vanaf 8 februari rechtstreeks vanuit CoronIT en het Meldportaal van GGD GHOR aan het RIVM gemeld en niet meer zoals voorheen via het GGD-systeem HPZone.

In de afgelopen week (3 t/m 9 februari) zijn 564.757 positieve testuitslagen gerapporteerd vanuit de GGD-teststraten vergeleken met 609.976 de week ervoor, een afname van 7%. Het aantal testen met uitslag nam af van 1.006.906 naar 954.291, een afname van 5%. Op basis van deze cijfers lijkt het aantal nieuwe besmettingen op landelijk niveau gezien gestabiliseerd, mogelijk zelfs over de piek heen. Echter, mogelijk geeft het aantal (positieve) testen een minder goed beeld van het verloop in het aantal besmettingen dan eerder in de epidemie, door wijzigingen in het quarantainebeleid en doordat het aannemelijk is dat een kleiner aandeel mensen zich laat testen bij de GGD.

Er zijn verschillen in het beeld tussen regio's. Het aantal meldingen van positieve testuitslagen neemt nog toe in bepaalde regio's terwijl deze recent daalt in andere regio's, inclusief in de 4 grote steden. Ook zijn er verschillen naar leeftijd. Het aantal meldingen is de afgelopen kalenderweek verder gedaald voor de leeftijdsgroepen onder de 18 jaar, vergeleken met de week ervoor. Echter, bij oudere leeftijdsgroepen was een stabilisatie of toename zichtbaar. Bij alle leeftijdsgroepen vanaf 50 jaar nam het aantal meldingen toe. De toename bij de leeftijdsgroepen met de hoogste kans op ernstige ziekte en ziekenhuisopname, vanaf ongeveer 60 jaar, is op dit moment nog beperkt. Het is onbekend of dit komt omdat zij nog minder blootgesteld worden, bijvoorbeeld door inachtneming van de maatregelen, door beschermend effect van de recente boostervaccinatie, of wellicht door een combinatie van factoren.

In de rioolwatersurveillance werd in week 5 een verdere toename van de virusvrucht gezien. In week 5 (31 jan – 6 feb) is de landelijk gewogen gemiddelde virusvrucht (gebaseerd op 306 meetlocaties) gestegen met 11,6% ten opzichte van week 4. De gemiddelde virusvrucht in Nederland stijgt al 6 weken op rij en in week 5 wordt wederom het hoogste weekgemiddelde tot nu toe waargenomen. Tot aan week 3 werden de hoge virusvruchten veelal in het westen van het land waargenomen, met name in het grootstedelijk gebied. De hoge virusvruchten zijn in week 5 verspreid door vrijwel heel Nederland waargenomen.

Afgelopen kalenderweek werden 1.266 patiënten met een SARS-CoV-2-besmetting in het ziekenhuis opgenomen. Een stijging van 7% vergeleken met de week er voor. Ook op de IC steeg het aantal nieuwe opnames naar 118 (+42%).

Het aantal ziekenhuisopnames nam toe in alle leeftijdsgroepen, behalve in de groep <20 jaar.

Datum

14 februari 2022

Ons kenmerk

0008/2022 LCI 5.1.2e

De NICE-registratie faciliteert sinds 25 januari de vastlegging van de opnamereden van nieuwe patiënten met een bevestigde SARS-CoV-2-besmetting in het ziekenhuis en op de IC. Zo kan er beter onderscheid worden gemaakt tussen patiënten die vanwege COVID-19 zijn opgenomen en patiënten die positief zijn getest op corona, maar om een andere reden in het ziekenhuis zijn opgenomen. Gezien de korte tijd dat deze uitbreiding mogelijk is, zijn de data over de opnamereden van patiënten met opnamedatum nog niet compleet. In de periode 25 januari t/m 7 februari werden 2.303 patiënten met een SARS-CoV-2-besmetting in het ziekenhuis opgenomen, en geregistreerd bij NICE. Daarvan was van 1.410 (61%) patiënten de opnamereden bekend. COVID-19 was de belangrijkste of één van de redenen van ziekenhuisopname bij 81% van de patiënten met bekende opnamereden. Bij 54% was COVID-19 de primaire reden van opname, bij 27% een secundaire reden (de SARS-CoV-2-besmetting ontregelde een bestaande aandoening en zonder de infectie zou opname niet nodig zijn geweest).

In de periode 25 januari t/m 7 februari werden 166 patiënten met een SARS-CoV-2-besmetting op de IC opgenomen. Daarvan was van 152 (92%) patiënten de opnamereden bekend. COVID-19 was de belangrijkste of één van de redenen van IC-opname bij 79% van de patiënten met bekende opnamereden. Bij 62% was COVID-19 de primaire reden van IC-opname, bij 17% de secundaire reden. In de ruim twee weken dat deze registratie mogelijk is, is er geen verschuiving zichtbaar naar een groter aandeel opnames waarbij COVID-19 niet een van de redenen van opname is. Het aandeel ziekenhuisopnames vanwege COVID-19 (81%) waargenomen in Nederland in week 4-5 ligt beduidend hoger dan in Denemarken, waar dit in week 3 2022 op 55% lag. Mogelijk heeft dit te maken met een andere fase van de uitbraak of ander opnamebeleid. Zo screenen sommige ziekenhuizen in Nederland voorafgaand aan opname, en wordt deze bij een positieve test zo mogelijk uitgesteld, bijvoorbeeld bij een geplande ingreep.

Het aantal nieuwe locaties van verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen die coronabesmettingen melden, is de afgelopen week gestegen; het aantal meldingen bij personen bekend als bewoners hiervan steeg niet. Hier kan echter een veranderd testbeleid aan ten grondslag liggen, waarbij alleen nog bij klachten getest wordt. Gegevens uit de gehandicaptenzorg laten ook een toename zien van het aantal besmettingen.

Recente gegevens uit Nederland maken duidelijk dat de boostervaccinatie helpt om de bescherming tegen een infectie met de omikron-BA.1-variant te verhogen van 33% naar 68%. Mensen die zowel gevaccineerd waren én eerder een infectie hebben doorgemaakt, zijn nog iets beter beschermd dan mensen die alleen gevaccineerd zijn of alleen eerder besmet waren.

Recente gegevens uit het Verenigd Koninkrijk tonen een vaccineffectiviteit van boostervaccinatie van 95% tegen sterfte na besmetting met de omikronvariant bij personen vanaf 50 jaar, vergeleken met 59% na de basisserie vaccinaties zonder booster. De vaccineffectiviteit tegen symptomatische infectie is vergelijkbaar voor de omikronvarianten BA.1 en BA.2, zowel na de basisserie als na de booster.

In de tweede week van 2022 was er geen oversterfte in Nederland, in geen enkele leeftijdsgroep (bron: CBS).

Reproductiegetal, prognoses ziekenhuizen en IC

De meest recente schatting van het reproductiegetal R_t , zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 27 januari op basis van Osiris: gemiddeld 1,09 (95%-interval 1,08 – 1,10) besmettingen per geval. De schatting van het reproductiegetal op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames per dag kent een aanzienlijk grotere onzekerheid, omdat ze berekend wordt op veel geringere aantallen, het is gemiddeld 1,03 (95%-interval 0,86 – 1,20); voor IC-opnames lag het wat hoger, op 1,12.

Datum
14 februari 2022

Ons kenmerk
0098/2022 LCI 5.1.2e

Op basis van het aantal meldingen met positieve testen verwachten we voor de komende week dat het aantal ziekenhuis- en IC-opnames stabiel blijft of kan stijgen tot ongeveer 250 ziekenhuisopnames per dag en 25 IC-opnames per dag. Een stijging wordt dan voornamelijk verwacht voor patiënten ouder dan 60 jaar. Doordat de kans op ziekenhuisopname per melding en de kans op IC-opname per ziekenhuisopname variëren in de tijd, kennen deze prognoses ruime onzekerheidsmarges.

De simulaties met een transmissiemodel dat wekelijks gefit wordt op het aantal waargenomen IC-opnames per dag, en waar de beschikbare informatie over vaccinaties (CIMS, GGD'en) en het geplande aantal boostervaccinaties, de effectiviteit van vaccins, en de geschatte opbouw van immuniteit door doorgemaakte infectie in wordt meegenomen, geven een vergelijkbare prognose voor de komende week. Ze geven aan dat naar verwachting de bezetting van ziekenhuizen en de IC met COVID-19-patiënten de komende week verder stijgt en voor het begin van maart een piek bereikt heeft.

De relatieve toenamesnelheid van de omikron-BA.2-variant ten opzichte van de omikron-BA.1-variant in de kiemsurveillance wordt geschat op 0,12 per dag. De dag van monsterafname waarop voor het eerst meer dan 50% van alle besmettingen door omikron-BA.2 veroorzaakt worden in heel Nederland is geschat op 15 februari (96%-interval 12- 18 februari 2022). Deze schattingen zijn gebaseerd op de nationale kiemsurveillance. In de representatieve steekproeven van de kiemsurveillance is het aandeel BA.2 toegenomen van 3,8% in week 3 naar 6,5% in week 4. Het aandeel BA.1 was respectievelijk 94,4% en 92,2%. Gegevens tot in week 6 afkomstig van diverse laboratoria die gebruik maken van een PCR-test die een aanwijzing geeft voor de aanwezigheid van BA.2, zijn in lijn met deze trend. Uit de kiemsurveillancemonitoring van genetische variatie in SARS-CoV-2 in Nederland is gebleken dat in tegenstelling tot bijvoorbeeld in Denemarken, BA.2 in Nederland opkomt in een achtergrond van voornamelijk subvariant BA.1.1. Er komt steeds meer informatie met betrekking tot de omikron-BA.2 beschikbaar, onder andere aanwijzingen dat bepaalde therapieën met monoklonalen minder effectief zijn voor BA.2 dan voor BA.1.

Het transmissiemodel geeft aan dat het verder loslaten van maatregelen vanaf 16 februari een klein effect op de piekbezetting in de ziekenhuizen kan hebben, en ervoor kan zorgen dat de daling in bezetting enkele dagen later inzet. Het maatregelenpakket dat in deze modelstudie werd geëvalueerd is vergelijkbaar met het maatregelenpakket dat eerder (eind september 2021) is ingevoerd, en verschilt bijvoorbeeld in de sluitingstijd van de nachthoreca van het voorstel in de adviesvraag. De reden waarom het effect van versoepelingen in dit scenario relatief gering is in deze modelstudie, is dat de maatregelen worden losgelaten nadat in het model een piek in infecties is bereikt. In hoeverre dit scenario de epidemie in Nederland beschrijft, is onzeker.

In de verschillende uitgewerkte scenario's blijkt de piekbezetting in ziekenhuizen erg gevoelig voor de vaccineffectiviteit. Op basis van een scenario met lage vaccineffectiviteit, overeenkomend met recente schattingen van de vaccineffectiviteit vanuit het Verenigd Koninkrijk, is een piekbezetting mogelijk van 6000 ziekenhuisbedden. Op basis van een scenario met hoge vaccineffectiviteit, overeenkomend met gunstigere recente schattingen op basis van data verkregen in Nederland zelf, is een piekbezetting mogelijk van 3000 ziekenhuisbedden. Het effect van versoepelingen, mits deze vallen na de piek in infecties, is beperkt. Echter, als het aantal infecties per dag op dit moment nog niet op of over de top zou zijn is wel een groter effect van het loslaten van maatregelen op de ziekenhuisbezetting te verwachten.

Datum
14 februari 2022

Ons kenmerk
0008/2022 LCI/ 5.1.2e

Bij de model- en scenarioberekeningen is aangenomen dat de ziektelast van BA.2 en de vaccineffectiviteit tegen BA.2 vergelijkbaar is als tegen BA.1. De beide omikronvarianten circuleren tot nu toe weinig onder mensen ouder dan 60 jaar, waardoor er nog geen nauwkeurige schattingen zijn van de kans op infectie en de kans op ziekenhuisopname gegeven infectie in deze leeftijdsgroepen. Hierdoor is de onzekerheid in de prognoses groot.

Bij eerdere versoepelingen werd soms een extra toename in contacten na de versoepelingen gezien (vgl. 'Dansen met Janssen'). Een dergelijk, veelal tijdelijk, gedragseffect is niet meegenomen in de modellen.

Het verwachte aantal infecties per dag in de bevolking tijdens de piek met de omikronvariant is veel groter dan het aantal infecties per dag tijdens de vorige piek met de deltavariant van begin december 2021. Analyse van verzuimgegevens van HumanTotalCare over de tweede helft van 2021 laten zien dat er een duidelijke positieve correlatie is tussen het aantal positieve testen per dag en verzuim, voor alle bedrijfstakken. Het verwachte verzuim bij een gegeven aantal positieve testen is relatief hoog in de bedrijfstak 'Gezondheids- en welzijnszorg'. Daarbovenop komt nog de uitval door quarantaine. Bij het bepalen van de beschikbare capaciteit in de zorg moet niet alleen worden gekeken naar verzuim door besmetting met SARS-CoV-2 (isolatie), maar ook naar verminderde inzetbaarheid (isolatie + quarantaine). De verwachting is dat er in de hele zorgketen problemen kunnen ontstaan door de verminderde inzetbaarheid tijdens een piekperiode van het aantal infecties per dag.

C. Adviezen

Maatregelen

Adviesvraag VWS:

In de Kamerbrief van 25 januari jl. heeft het kabinet aangegeven dat het huidige maatregelenpakket in principe geldt tot 9 maart aanstaande, waarbij een heroverwegingsmoment plaatsvindt op 15 februari aanstaande. Op het aangekondigde weegmoment zal het kabinet een afweging maken over welke maatregelen gegeven de epidemiologische situatie noodzakelijk zijn.

In verband met de sociaal-maatschappelijke effecten van de geldende beperkingen is het wenselijk om zo snel mogelijk na 15 februari verdere versoepelingen door te kunnen voeren. Het kabinet is voornemens voor het weekend in een ministeriële regeling onder de Twm een pakket versoepelingen na te hangen bij beide Kamers. De versoepelingen die door het kabinet overwogen worden zijn:

- Sluitingstijden verruimen naar 01.00 uur.
- CTB-plicht met inzet van 3G in huidige CTB-plichtige sectoren handhaven.

- *Met inzet van CTB (3G) kan in CTB-plichtige sectoren de veilige afstandsnorm, placeringsplicht en mondkapjesplicht los kan worden gelaten tot een maximum van 500 bezoekers. Bij meer dan 500 bezoekers geldt een placeringsplicht en mondkapjesplicht bij verplaatsing.*

Datum
14 februari 2022

Ons kenmerk
0008/2022 LCI/ 5.1.2e

Gegeven deze maatregelen is het wenselijk ook de maximale capaciteit van 75 personen per collegezaal (die nu geldt als mitigerende maatregel om daar de 1,5m te kunnen loslaten) te laten vervallen. Tevens volgt uit deze maatregelen dat de maximale capaciteit van 1250 bezoekers bij geplaatste activiteiten op binnenlocaties komt te vervallen. Kan het OMT aangeven welke mitigerende maatregelen gegeven de epidemiologische situatie getroffen moeten worden bij doorvoeren van deze versoepelingen met ingang van vrijdag 18 februari? Het kabinet overweegt daarnaast het thuiswerkadvies te versoepelen naar maximaal de helft van de tijd naar het werk, het thuisbezoekadvies van maximaal 4 personen per dag en het binnenlandse reisadvies met ingang van woensdag 16 februari aanstaande los te laten. Kan het OMT aangeven hoe u deze versoepelingen beoordeelt in het licht van de epidemiologische situatie.

Kunt u aangeven of en welke mitigerende maatregelen nodig zijn om vanaf vrijdag 25 februari aanstaande verder te versoepelen en meer mogelijk te maken voor ongeplaatste activiteiten met meer dan 500 personen met inzet van CTB 1G of 3G? En is hierbij voor wat betreft de keuze tussen 1G en 3G een onderscheid te maken tussen settings binnen en buiten? Daarbij wordt gedacht om de inzet CTB o.b.v. 1G te verplichten bij meer dan 500 bezoekers per ruimte binnen bij ongeplaatste activiteiten. Het kabinet overweegt tevens de verplichting van 1,5 meter afstand generiek los te laten. Kan het OMT aangeven of verwacht kan worden dat er epidemiologische ruimte is om de 1,5 meter generiek vanaf vrijdag 25 februari 2022 los te laten.

Het OMT heeft kennis genomen van de voorgenomen versoepelingen. Omdat de scenariomodelleringen voor het bekend worden van details van deze versoepelingen moesten worden ingezet, vallen de voorgenomen versoepelingen nu niet geheel samen met de wijze waarop de verschillende scenario's van versoepelingen zijn berekend. Aan de andere kant was het aantal vrijheidsgraden van keuzes beperkt, en komen ze voldoende overeen om uit de scenarioberekeningen de orde van grootte van de effecten van de voorgenomen versoepelingen af te lezen. Versoepelen betekent altijd meer contacten, die door hun duur en intensiteit ook altijd kunnen leiden tot meer besmettingen. En meer infecties na meer besmettingen hebben invloed op verzuim door ziekte en door quarantaine van contacten, de druk op de gehele zorgketen en op het aantal ziekenhuisopnames. De fase van de uitbraak maakt dat immuniteit opgebouwd door (zeer veel) recente infecties of door booster van een basisvaccinatieroom een belangrijk deel van zulke contacten kan beschermen tegen infectie en ernstige ziekte. In dit verband is het belangrijk of het aantal infecties in Nederland al op of zelfs net over de piek is, of nog vóór de piek. En afgeleid, of de afname die momenteel wordt waargenomen van infecties onder jongeren een voorbode is van een afname onder alle leeftijdsgroepen, of dat onder ouderen de incidentie nog langer doorstijgt. Versoepelingen genomen nadat de piek bij alle groepen bereikt is zullen namelijk veel minder negatieve consequenties hebben – door een bredere immuniteit onder de bevolking – dan versoepelingen genomen vóórdat de piek bereikt is.

Ervan uitgaande dat we medio volgende week een piek bereikt hebben, laten de modelleringsstudies zoals hierboven beschreven zien dat de voorgenomen

versoepelingen waarschijnlijk slechts een beperkt effect hebben op de piekbezetting in de ziekenhuizen en op de IC. Op deze eindpunten vindt het OMT de versoepelingen zoals voorgesteld daarom verantwoord; dit uiteraard met de disclaimer van de opkomst van een weer nieuwe virusvariant. Wel wil het OMT een aantal kanttekeningen maken, omdat naast te verwachten aantallen patiënten, de capaciteit van de hele zorgketen, inbegrepen huisartsen, SEH, ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg ook te maken krijgt met belasting door uitval van zorgmedewerkers en mantelzorgers zelf!

Datum
14 februari 2022

Ons kenmerk
0008/2022 LCI/ 5.1.2e

Enkele punten die in het OMT besproken zijn:

1. De voorgenomen versoepelingen zullen tot een snellere verspreiding en groter aantal infecties leiden. Er zullen daardoor meer mensen in thuisisolatie moeten, omdat ze een infectie krijgen. Tevens moeten nauwe contacten in quarantaine. Dit kan zorgen voor uitval van personeel in diverse sectoren, zoals ook nu al het geval in o.a. de zorgsector. Een deel kan opgevangen worden door een actualisering van de isolatieregels, zoals hieronder nog aan bod komt. De maatschappij moet zich ook breed op dit probleem oriënteren en voorbereidingen treffen.
2. Door maatregelen te versoepelen bij de huidige hoge infectiedruk, komt er een grotere verantwoordelijkheid naar, én bij, kwetsbare personen. De gehele bevolking zou met kwetsbaren rekening moeten houden, door afstand houden en dergelijke. Maar er ligt ook een verantwoordelijkheid bij kwetsbare personen om zichzelf te beschermen, door bijvoorbeeld drukte te vermijden, een neusmondmasker te gebruiken, en dergelijke. Het verschaffen en faciliteren van een handelingsperspectief voor deze groep is hierbij belangrijk (zie: [Tips voor ouderen en mensen met een kwetsbare gezondheid | Coronavirus COVID-19 | Rijksoverheid.nl](#)). De groep kwetsbaren moet hierover goed worden geïnformeerd. Om kwetsbare personen de mogelijkheid te bieden om afstand te houden, bijv. in een supermarkt, is het belangrijk om op dergelijke plaatsen en in openbare ruimten de 1,5-meterafstandregel te controleren en handhaven zolang de infectiedruk hoog is. Daarnaast moeten kwetsbare werkenden ook altijd in de gelegenheid worden gesteld om zich optimaal te kunnen beschermen. Bijvoorbeeld, in een eerder advies (OMT 133) hebben we er al nadrukkelijk op gewezen dat een medewerker in de zorg zich afhankelijk van de context kan beschermen met een type IIR- of FFP-2-mondneusmasker. Dit geldt natuurlijk ook voor kwetsbaren buiten de zorg.
3. In de voorgenomen versoepelingen is een belangrijke rol toebedeeld aan het CTB, om in CTB-plichtige sectoren de veilige afstandsnorm, placheringsplicht en mondkapjesplicht onder condities los te kunnen laten. Dit vereist dat het CTB, zoals nu toegepast, een bepaalde effectiviteit heeft om overdracht van infecties te voorkomen. In dit kader zijn de berekeningen van de TU Delft en UMCU opnieuw uitgevoerd, nu rekening houdend met het huidig effectief reproductiegetal en in Nederland vastgestelde vaccin- en boostereffectiviteit tegen de omikronvariant. Toegang met CTB is gebaseerd op volledige vaccinatie of doorgemaakte infectie, met de aanname dat een groot deel van de gevaccineerden ook een booster heeft ontvangen. Het OMT heeft hier kennis van genomen. Uit de geactualiseerde berekeningen, die nadrukkelijk gelden voor de huidige fase van de epidemie waarin de omikronvariant dominant is, blijkt dat, zelfs met incorporatie van de boostervaccinatie, 3G een geringe bijdrage kan leveren aan het terugdringen van het

reproductiegetal ten opzichte van een situatie met dezelfde versoepelingen maar zonder inzet van het CTB. Bij de berekeningen is er vanuit gegaan dat het CTB in alle daarvoor in aanmerking komende situaties (m.u.v. het werk en school) wordt ingezet. Het betreft bovendien het maximaal haalbare effect, als alles open gaat en er geen compenserend gedrag (of bijv. fraudering) is. Een 2G-strategie kan een aanzienlijk hogere reductie opleveren. Hiervoor geldt ook weer dat deze strategie effectiever is na een basisserie én een booster. Een 1G-beleid is het meest effectief.

Datum
14 februari 2022

Ons kenmerk
0008/2022 LCI/ 5.1.2e

Het OMT adviseert derhalve om in de huidige fase van de epidemie, de boostervaccinatie in het CTB te incorporeren (m.a.w. CTB op te plussen met de boostervaccinatie), voor gebruik in die CTB-plichtige sectoren waarin overwogen wordt de veilige afstandsnorm, placeringsplicht en mondkapjesplicht onder condities los te laten.

Daarnaast adviseert het OMT om 1G te gebruiken voor grote, hoogrisico-evenementen (ongeplaceerd, meer dan 500 personen) zolang er sprake is van een epidemiologische situatie met hoge incidentie zoals momenteel het geval.

4. Het OMT adviseert om de basismaatregelen, zoals thuisblijven bij klachten, handen wassen, hoesten in de elleboog, en goede ventilatie van ruimtes te handhaven, ook op de langere termijn. Tevens dienen maatregelen te allen tijde weer opgeschaald kunnen worden als de situatie daartoe noodzaak geeft, zoals bijv. het ontstaan van een nieuwe variant.
5. Het OMT adviseert om de zelftesten breed beschikbaar te stellen, omdat zelftesten een belangrijke plaats gaan innemen in de bestrijding van de epidemie in de middellangetermijnstrategie. Het wil benadrukken dat zelftesten, net als de huidige GGD-testen, zonder drempel ter beschikking zouden moeten worden gesteld zoals ook geadviseerd in OMT 130 en 139. Gedragsonderzoek laat zien dat het thuis op voorraad hebben van zelftesten een grote invloed heeft op bereidheid tot zelftesten. Uit recent gedragsonderzoek blijkt daarnaast dat 40% van de deelnemers de zelftesten (heel) duur vinden, ook mensen met midden en hoog opleidingsniveau die in de regel meer financiële draagkracht hebben. Hoogopgeleide mensen zelftesten wel wat vaker dan midden- en laagopgeleide mensen. Veel mensen ervaren dus een drempel voor testen bij klachten, ook mensen met voldoende financiële draagkracht. Het zonder drempel beschikbaar stellen van zelftesten zal het gebruik daarvan bevorderen.
6. Het OMT adviseert om het thuiswerkadvies niet ineens, maar gefaseerd af te bouwen. De eerste stap, naar 50% zoals nu in de voorgenomen versoepelingen overwogen wordt, komt daarmee overeen. Daarnaast kan piekdruk op de werkvloer voorkomen worden door het aantal werknemers gelijkmatig over de week te verspreiden; ook blijft in werksituaties speciale aandacht voor de 1,5-meterafstandsnorm nodig, omdat dit in situaties van omgang met bekenden als moeilijk wordt ervaren.

Langdurige zorg

Het OMT is geïnformeerd over het effect van boostervaccinaties in de langdurige zorg. Eerste analyses van recente data uit verpleeghuizen laat zien dat geboosterde verpleeghuis bewoners over het algemeen milde klachten ontwikkelden bij een SARS CoV-2-infectie met de omikronvariant. De kans op

overlijden van ouderen binnen 30 dagen na een infectie is teruggelopen van 22% (in eerdere golven) naar 8% in de huidige omikrongolf, voor degenen die een boostervaccinatie hebben ontvangen. Dit geeft aan dat ook in de verpleeghuispopulatie een evident positief effect gezien wordt van de boostervaccinatie.

Datum
14 februari 2022

Ons kenmerk
0008/2022 LCI/ 5.1.2e

Verpleeghuisbewoners die minder dan 3 maanden geleden, eind vorig jaar, een infectie met de deltavariant hebben doorgemaakt, zijn vanwege die recente besmetting nog niet in aanmerking gekomen voor een boostervaccinatie. Deze groep, maar ook verpleeghuisbewoners die om een andere reden nog niet geboosterd zijn, lopen meer kans op een ernstig ziektebeeld en overlijden bij een SARS CoV-2-besmetting met de omikronvariant. Om deze verpleeghuisbewoners toch optimaal te beschermen, nu de infectiedruk nog erg hoog is, adviseert het OMT te overwegen om de tijd tussen doorgemaakte infectie en de booster voor deze specifieke groep te bekorten tot 8 weken en hen zo snel mogelijk een boostervaccinatie te geven.

Testen

Op 4 februari heeft het OMT een eerste visie over het toekomstige testlandschap besproken. In bijlage 1 is dit verder uitgewerkt.

Het testbeleid staat echter niet op zichzelf, maar moet worden beschouwd in samenhang met de doelen en methoden met betrekking tot de surveillance, en het BCO en de meldplicht. Een meer samenhangende visie over de lange termijn aanpak op deze gebieden, waarin het doel van het beleid centraal staat, zal verder worden uitgewerkt en in het volgende OMT worden besproken.

Isolatieduur

Adviesvraag VWS:

Op dit moment zijn er grote maatschappelijke effecten van isolatie, bovenop de (inmiddels beperktere) ontwrichtende effecten van quarantaine. Het ECDC heeft een nieuwe aanbeveling uitgebracht over isolatieduur. Is het, gezien het ziekteverloop van de omikronvariant, wenselijk om de richtlijnen voor de isolatieduur aan te passen en in te korten? Maakt het daarbij uit wat de immuunstatus van de besmette persoon is? En kan een (zelf)test een rol spelen bij het verkorten van de isolatieduur?

Het OMT adviseert de isolatieduur van een positief getest persoon, conform de recente adviezen van de ECDC, in te korten van 7 dagen naar 5 dagen, mits deze persoon dan ook minimaal 24 uur klachtenvrij is. Bij aanhoudende klachten geldt een maximale isolatieduur van 10 dagen. Bij een asymptomatische infectie wordt een isolatie van 5 dagen na de positieve testdatum aangehouden.

Het OMT realiseert zich dat het verkorten van de isolatieduur bij deze omikronvariant een nog onbekend, maar momenteel naar verwachting beperkt risico met zich meebrengt in de verspreiding van deze variant in de bevolking. Het OMT adviseert om, conform het advies van de ECDC, gedurende de daaropvolgende 5 dagen een medisch mondneusmasker (minimaal type II) te dragen en de 1,5 m-afstandsnorm op te volgen. Concreet betekent dit dat iedereen vanaf 13 jaar in de eerste 5 dagen na de isolatieperiode, met nog meer aandacht een medisch mondneusmasker draagt op plaatsen waar nu ook het advies is een mondneusmasker te dragen. Te weten: in alle publieke binnenruimtes, zoals de supermarkt, het openbaar vervoer en in het onderwijs, en buiten op plaatsen waar geen 1,5 meter afstand gehouden kan worden. Het

OMT adviseert dit specifieke mondneusmaskeradvies voor personen die net uit isolatie zijn, ongeacht het eventueel afschaffen van de mondkapjesplicht voor de algemene bevolking op publieke plaatsen in de toekomst.

Datum
14 februari 2022

Ons kenmerk
0008/2022 LCI/ 5.1.2e

NB. Voor zorgmedewerkers werkzaam in ziekenhuizen is de FMS-richtlijn leidend. Voor hen geldt vooralsnog een standaard isolatieduur van 7 dagen, indien symptomatisch, voordat werkzaamheden in de zorg hervat mogen worden. Er zijn echter ook uitzonderingen en (strikte) voorwaarden opgenomen om positief geteste medewerkers zonder klachten eerder te laten werken bij schaarste van personeel, als de medewerker onmisbaar is. Voor argumentatie verwijzen wij naar de FMS-richtlijn.

Voor immuungecompromitteerde patiënten en patiënten binnen een instelling waar personen verblijven met een hoger risico op ernstig beloop, kan de isolatieduur eveneens bekort worden tot 5 dagen, mits 24 uur klachtenvrij, met een maximale isolatieduur van 10 dagen bij aanhoudende klachten. Hiervoor is gekozen omdat het erg complex is om onderscheid te maken tussen bewoners en zorgmedewerkers en hun naasten, met daarnaast het argument dat het grootste deel van de kwetsbaren in een instelling gevaccineerd én geboosterd is. Met een eenduidig advies voor alle groepen wordt tenslotte ook het draagvlak voor het opvolgen van het isolatieadvies vergroot. Wel is er extra aandacht nodig voor signalering en uitvraag van klachten bij deze groep binnen een instelling waarbij klachten actief gemonitord worden.

Samenvattend kan de isolatie verkort worden op basis van aanwijzingen over kortere uitscheiding waarbij varianteigenschappen en immuniteit een rol spelen. Op dit moment kan er nog geen sprake zijn van het geheel afschaffen van de isolatie of vervangen van isolatie door dagelijks zelftesten bijvoorbeeld. Voor zorgmedewerkers werkzaam in ziekenhuizen is de FMS-richtlijn leidend.

Voor het aanpassen van de isolatieduur vraagt het OMT implementatietijd om werkinstructies en informatiematerialen aan te passen, zodat er geen tegenstrijdige informatie te vinden is. Bij voorkeur zou dit beleid in gaan op woensdag 16 februari, de nodige wijzigingen zullen uiterlijk vrijdag 18 februari verwerkt zijn.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

5.1.2e



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

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de korte en langere termijn

Overwegingen en aandachtspunten voor de toekomst

Bijlage bij advies aan VWS na OMT 142

RIVM

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

T 5.1.2e
1.2@rivm.nl

Het OMT geeft vervolgadvisen op grond van drie pijlers zoals benoemd door het kabinet:

- een acceptabele belastbaarheid van de zorg – ziekenhuizen moeten kwalitatief goede zorg aan zowel COVID-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg kunnen leveren;
- het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;
- het zicht houden op en het inzicht hebben in de verspreiding van het virus.

Doel van dit document

Dit document is visievormend, waarin richting wordt gegeven voor de denkwijze waarop herinrichting van het testlandschap op de korte en langere termijn vorm zou kunnen krijgen. De visie in dit stuk dient nog geïntegreerd te worden in de totaalvisie van de COVID-19 pandemie voor de komende periode.

In dit stuk worden de volgende vragen beantwoord:

- Hoe kan het huidige testbeleid verantwoord worden aangepast voor de korte termijn tijdens de omikronverheffing en wat zijn de verwachtingen voor de langere termijn?
- Hoe kan daarbij zicht worden gehouden op het virus?

Samenvatting

Het publieke testbeleid zoals nu uitgevoerd dient drie doelen: testen en traceren als belangrijke pijler van bestrijding van corona, zicht op het virus en testen ten behoeve van een Corona Toegangsbewijs (CTB) of Digitaal Coronacertificaat (DCC).

In de fasen voor afbouwen van grootschalig testen op SARS-CoV-2 ziet het OMT een groter wordende rol voor zelftesten passend bij toenemende individuele verantwoordelijkheid in de pandemie. Het is echter belangrijk om bestaande opgebouwde teststructuur via GGD'en niet te snel af te bouwen, en te borgen dat dat deze snel en flexibel opschaalbaar is, al dan niet met behulp van de landelijke functionaliteit infectieziekten, mochten veranderende omstandigheden in de pandemie daarom vragen.

Het OMT onderscheidt 4 fasen:

1. Korte termijn, tijdens omikronverheffing:
 - GGD testen ten doel: publiek: testen en traceren, zicht op het virus en testen ten behoeve van een CTB of DCC. Patiëntenzorg: eerstelijns diagnostiek.
 - GGD-testen beschikbaar voor iedereen, zelftesten voor niet-risicogroepen, die indien testcapaciteit het toelaat nog wel

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de middellange en lange termijn

- geconfirmeerd worden (zoals geadviseerd in OMT139, huidige situatie).
2. Middellange termijn, in dalende been omikronverheffing:
 - GGD testen ten doel: publiek: testen en traceren (uitbraken), testen ten behoeve van een CTB of DCC. Patiëntenzorg: eerstelijns diagnostiek.
 - GGD-testen aangeboden voor kwetsbare mensen met symptomen die passen bij SARS-CoV-2, bij mensen die in aanraking komen met kwetsbaren, bij uitbraken in instellingen of bijzondere uitbraken op advies van de GGD, om quarantaine op te heffen, ter verkrijging van CTB/DCC of ten behoeve van reguliere patiënten zorg.
 - Voor overige mensen met milde klachten worden zelftesten geadviseerd, deze hoeven niet geconfirmeerd te worden.
 - Testinfrastructuur via reguliere routes (huisartsen, ziekenhuis) moeten worden geïmplementeerd vooruitlopend op fase 3.
 3. Langere termijn:
 - GGD testen ten doel: publiek: testen en traceren (uitbraken). Patiëntenzorg: eerstelijns diagnostiek.
 - Professioneel testen ten behoeve van individuele patiëntenzorg en op advies GGD
 - Voor overige mensen worden zelftesten geadviseerd, deze hoeven niet geconfirmeerd te worden.
 - Mogelijk via afgeschaalde vorm van GGD teststraten en via reguliere routes.
 4. Post-pandemisch: Terug naar situatie van voor de pandemie:
 - Alleen nog professioneel testen ten behoeve van individuele patiëntenzorg en op advies GGD via reguliere routes.
 - Voor overige mensen geen advies tot zelftesten meer.

Het OMT stelt voor om naar fase 2 te gaan op het moment dat het dalende been van de omikronpiek is bereikt. Om dat betrouwbaar te kunnen bepalen blijft de monsterstroom vanuit de teststraten belangrijk. In de tussentijd moeten wel voorbereidingen worden getroffen voor fase 2. De belangrijkste voorwaarden om daarop over te kunnen gaan zijn het voor iedereen gratis beschikbaar komen van zelftesten (zie OMT 130 en 139) en duidelijke communicatie over het handelingsperspectief na een positieve zelftest, waaronder het zelf uitvoeren van bron en contactonderzoek (BCO). Het zelfmeldportaal voor zelftesten, dat al deels ontwikkeld is, zou zo snel mogelijk geïmplementeerd moeten worden en kan hier ook een rol in spelen.

Met ingang van fase 2 zal het zicht op het virus in de algemene bevolking verder afnemen, daarom is het nodig de surveillance anders in te richten. Op korte termijn moeten de surveillancesystemen die nu al deels operationeel zijn hiervoor geoptimaliseerd worden. Hier worden enkele voorbeelden genoemd, maar nieuwe initiatieven kunnen ook een rol krijgen. Surveillance via Nivel-peilstations van de huisartsen wordt op het moment al uitgebreid, maar hier moet meer haast achter gezet worden, zodat dit bij het ingaan van fase 2 op grotere schaal operationeel is. De rioolwatersurveillance kan als instrument worden gebruikt om de trends in de landelijke en regionale infectiedruk te volgen, maar sampling is niet overall nauwkeurig genoeg om besmettingen per gebouw (bijvoorbeeld verpleeghuizen) te meten. Het model van de rioolwatersurveillance correleert goed met vindpercentages in de algemene bevolking, voor de correlatie met ziekenhuisopnames wordt het model momenteel herijkt met de komst van de omikronvariant. Ook het genoemde zelfmeldportaal voor zelftesten zal een indicatie geven van de infectiedruk, via welke

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de middellange en lange termijn

(steekproefsgewijs) data verzameld kan worden voor zicht op de omstandigheden van besmettingen en reishistorie. Bijzondere uitbraken worden aan GGD'en gerapporteerd conform artikel 26.

Voor ziektelast zijn opnamegegevens via stichting NICE en blijven virologische weekstaten beschikbaar. Sinds kort kan in de gegevens van stichting NICE geregistreerd worden welke patiënten dóór en welke patiënten mét SARS-CoV-2 opgenomen worden. Koppeling van NICE-data met sequencing is ook wenselijk, voor monitoring van nieuwe varianten op de ernst van de ziekte.

Uit de GGD-samples, uit de monsters van de Nivel-peilstations, uit steekproeven via het zelfmeldportaal of de infectieradar en uit ziekenhuissamples kan een steekproef voor kiemsurveillance genomen worden.

Wanneer de langere termijn testfasen 3 en 4 in kunnen gaan is op dit moment niet goed te voorspellen. Voor kwetsbare mensen bestaat de indicatie voor optimaal testen zo lang dit consequenties heeft voor eventuele vroegbehandeling (eventueel via de huisarts). De meldingsstatus van SARS-CoV-2 voor patiënten buiten het ziekenhuis wordt mogelijk aangepast. Ook de nationale en internationale afspraken omtrent CTB en DCC maken professionele testen nodig. Zo lang personen met een SARS-CoV-2 infectie wordt geadviseerd in isolatie te gaan en zelf-BCO uit te voeren, blijft (zelf)testen nodig. Een nieuw opkomende variant kan de situatie ook weer veranderen. De komende weken/maanden zal een integraal beeld van de pandemie gevormd worden en de langetermijnvisie van de testfasen maakt hier deel van uit.

Onderbouwing

A. Doelen van het huidige testbeleid

Het publieke testbeleid zoals nu uitgevoerd dient drie doelen: testen en traceren, zicht op het virus en testen ten behoeve van een Corona Toegangsbewijs (CTB) of Digitaal Coronacertificaat (DCC). Daarnaast wordt er getest ten behoeve van individuele patiëntenzorg, voor huisartsen is dat via de GGD, voor ziekenhuizen is dat meestal binnen de eigen muren:

Testen & traceren

Een van de hoofddoelen van het testen is om besmette mensen snel te kunnen detecteren, zodat deze personen isolatiemaatregelen kunnen treffen en hun contacten kunnen waarschuwen. Hiermee wordt de virusverspreiding geremd. Als met name personen met een hoger risico op een ernstig beloop hiermee minder kans lopen op een besmetting, kan worden voorkomen dat het aantal personen dat een ziekenhuis- of IC-opname behoeft, niet de zorgcapaciteit overschrijdt. Ook kan testen in het individuele belang zijn, zoals bij personen die zelf verhoogde kans op een ernstig beloop hebben, en snel aanvullende behandeling kunnen ontvangen.

Belangrijke voorwaarde voor snel detecteren is dat de drempel om je te laten testen zo laag mogelijk is. Dat heeft geresulteerd in vele vaste en mobiele testlocaties verspreid over het land. Op dit moment kan daarmee iedereen die het wil, in aanmerking komen voor een professioneel afgenomen test. De meest laagdrempelige test is een test die mensen zelf kunnen uitvoeren, daarom wordt aan mensen die niet onder een risicogroep vallen met milde klachten geadviseerd om eerst een zelftest af

te nemen. Een positieve uitslag kan vervolgens worden geconfirmeerd met een professioneel afnemen test bij de GGD.

Zicht op het virus (surveillance/kiemsurveillance)

In OMT 115 (28 mei 2021) zijn de surveillancedoelen van het testen gedefinieerd:

1. Zicht op aantal positief geteste mensen en het percentage positieve testen in Nederland, inclusief naar regio, leeftijd, contactstatus, aanwezigheid van symptomen, vaccinatiestatus, beroepsgroep, etc.
2. Bepalen van R.
3. Monitoren van introducties van varianten.
4. Monitoren van verspreiding van varianten in clusters.
5. Monitoren van verspreiding van varianten t.b.v. de Nationale Kiemsurveillance
6. Karakteriseren van virusvarianten om vast te stellen of door eerdere infectie en vaccin geïnduceerde immuniteit effectief is tegen deze varianten.

Op dit moment worden voor de surveillancedoelen alle positieve uitslagen vanuit de teststraten gemeld aan de GGD'en en daarna (al dan niet verrijkt met aanvullende epidemiologische gegevens) doorgegeven aan het RIVM. Hiermee zou in theorie op landelijk en regionaal niveau een beeld te krijgen zijn van specifieke risicogroepen of -settings.

In de kiemsurveillance wordt een steekproef van de positieve PCR-monsters (zowel teststraten als klinische samples) verder getypeerd om genetische variatie van het virus monitoren. Naast de kiemsurveillance worden via enkele aan SeqNet verbonden laboratoria ook variant-PCR'en ingezet om nog sneller varianten te kunnen detecteren.

Corona Toegangsbewijs (CTB) en Digitaal Coronacertificaat (DCC)

Het verkrijgen van een CTB voor toegang tot geselecteerde locaties (horeca, theater, musea, sportevenement) kan op dit moment voor niet-immune mensen middels het laten afnemen van een antigeentest via Testen voor Toegang. Een negatieve antigeentest leidt tot een 24 uur geldig CTB. Een bewezen doorgemaakte infectie is toereikend voor een langer geldend herstelbewijs.

Voor het internationale reisverkeer is het voor toegang tot veel landen nodig om een bewijs van vaccinatie of doorgemaakte infectie te overhandigen. Binnen de Europese Unie is dit vormgegeven in het DCC, waar alle lidstaten zich aan hebben geconfirmeerd. Het DCC maakt vrij verkeer van personen mogelijk en moet verspreiding van het virus tussen lidstaten bemoeilijken. Een positieve PCR-uitslag is op dit moment als enige toereikend voor Europees geldend herstelbewijs.

B. Reflectie op het huidige testbeleid ten behoeve van deze doelen

Testen & traceren

Met de opkomst van de omikronvariant en daarmee samenhangend het grote aantal besmettingen, wordt het steeds lastiger om nieuw besmette personen snel te detecteren in de GGD-teststraten vanwege beperkingen in de testcapaciteit. De capaciteit van de teststraten is afgelopen week weer verbeterd vanwege de uitzonderingen op de quarantaine adviezen voor mensen die een boostervaccinatie hebben ontvangen, recent een infectie hebben doorgemaakt en voor kinderen (OMT 138 en 139). Met het vervallen van het quarantaine advies voor deze groepen, vervalt ook het advies om asymptomatisch te testen op dag 5 na de blootstelling. Het verder afbouwen van maatregelen in de komende weken zal het aantal besmettingen en de druk op de teststraten echter weer doen stijgen. Met

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de middellange en lange termijn

oplopende wacht- en doorlooptijden is tijdige isolatie en het op tijd informeren van contacten steeds uitdagender. Als mensen zichzelf testen en bij een positief resultaat zelf de eerste maatregelen treffen en hun contacten informeren, zou dat het proces aanzienlijk kunnen versnellen. Dit speelt extra bij de omikronvariant omdat de generatietijd korter is, wat ervoor kan zorgen dat personen zelf al besmettelijk zijn, nog voordat hun bron in beeld is gekomen.

Er is geen goed beeld van het totaal aantal afgenomen zelftesten, en de enige manier om een zelftest te laten registreren is door deze te melden aan de GGD, of om deze te confirmeren met een professioneel afgenomen test.

Door het grote aantal besmettingen is het bron- en contactonderzoek door de GGD al maanden fors afgeschaald en krijgt het merendeel van de indexen alleen een email van de GGD met de benodigde informatie. De GGD'en implementeren momenteel een aselechte steekproef waarbij nog wel een uitgebreider BCO wordt gedaan. Ook bij specifieke groepen waarbij extra aandacht nodig is, wordt waar mogelijk nog een uitgebreider BCO uitgevoerd.

Zicht op het virus (surveillance/kiemsurveillance)

Het is maar zeer de vraag in hoeverre de GGD-teststraten op dit moment nog een goed beeld geven van het aantal besmettingen. Het vindpercentage is, mede door confirmatietesten en minder asymptomatische testen, enorm toegenomen sinds eind 2021 (62,7% op 31 januari). Aan de andere kant is de testbereidheid vermoedelijk afgenomen door de opgelopen wacht- en doorlooptijden van de GGD-teststraten, waardoor mogelijk ook veel besmettingen niet meer in beeld komen bij de GGD. Daarnaast zijn er steeds meer signalen dat mensen hun positieve zelftest niet meer laten confirmeren. Het is duidelijk dat het virus overal in de samenleving aan een opmars bezig is, waarschijnlijk nog meer dan teststraten laten zien. Toch geven de cijfers uit de teststraten een goed genoeg beeld van de trends in de infectiedruk. Er is geen goed alternatief operationeel om de infectiedruk te meten. Het aanbod van positieve samples is op dit moment ruim voldoende voor de kiemsurveillance.

CTB en DCC

Voor testen ten behoeve van een CTB of DCC is de testcapaciteit op dit moment toereikend. Verder openen van de samenleving zal de vraag naar testen in het kader van een CTB doen toenemen. Als testen zijn afgenomen bij andere aanbieders dan de GGD, levert dit op dit moment veel extra administratieve last op voor de GGD'en om voor individuen een herstelcertificaat te genereren.

C. Wat zijn alternatieven voor het behalen van de testdoelen?

Testen & traceren

In OMT130 (nov 2021) is de rol van zelftesten in het testlandschap besproken. Het OMT is van mening dat bij de karakteristieken van de omikronvariant (hoge prevalentie, lagere virulentie) zelftesten volstaan voor vrijwel iedereen met klachten. Met name in de bestrijding hebben zelftesten het grote voordeel van laagdrempeligheid en (bij juiste afname) een snellere detectie van het virus, waarmee iemand een betere kans heeft om snel contacten te informeren. Voor risicogroepen en zorgmedewerkers hebben foutnegatieve uitslagen grotere consequenties en moeten PCR-testen laagdrempelig aangeboden blijven. Voor deze beperkte groep zou een andere logistiek van monsterafname (bijvoorbeeld de inzet via huisartsen, ziekenhuizen of eigen werkgever) in

de toekomst een goed alternatief kunnen zijn voor de grootschalige teststraten. Deze routes moeten wel goed uitgewerkt en zo nodig versterkt worden.

Belangrijke voorwaarden voor het afschalen van bestaand testbeleid met grootschalige inzet van zelftesten zoals weergegeven onder 'D' zijn:

- Beschikbaarheid zelftesten. Zoals eerder in OMT130 en OMT139 geadviseerd zouden zelftesten gratis beschikbaar gesteld moeten worden door de overheid. Op deze manier is de kwaliteit van de gebruikte testen geborgd, is vanuit gedragswetenschappelijk inzicht de grootste inzet te verwachten en is een zelftest voor iedere burger financieel gelijkgesteld aan een GGD-test.
- Communicatie over handelingsperspectief. Er moet duidelijke communicatie aan burgers zijn ten aanzien van het handelingsperspectief na een positieve zelftest.
- Inzetten tools en bestaande capaciteit. Er zijn nu al tools ontwikkeld die mensen kunnen helpen bij het waarschuwen van hun contacten, die moeten breder onder de aandacht gebracht worden. Er moet ook capaciteit blijven voor het ondersteunen van personen die niet zelf het contactonderzoek kunnen uitvoeren.
- Implementeren zelfmeldportaal, al dan niet gecombineerd met een zelf-BCO-portaal (zie verder onder surveillance).

Zicht op het virus (surveillance/kiemsurveillance) op korte termijn

Hoewel het momenteel al de vraag is in hoeverre de teststraten nog een representatief beeld geven van besmettingen in de algemene bevolking, zal door de grotere focus op zelftesten en uiteindelijk het uitschakelen van de teststraten, het zicht op het virus in de algemene bevolking verder gaan vertroebelen. Daarnaast komt een groot deel van het BCO in de huidige vorm te vervallen. Voor het huidige maatregelenpakket, dat grotendeels gestoeld is op de belasting van de zorgsector, is dat geen probleem. Omdat de resultaten vanuit teststraten wel worden gebruikt voor het bepalen van de vaccinatie-effectiviteit tegen infectie, zal daarvoor naar alternatieven gezocht moeten worden.

Het is de verwachting dat ziekenhuizen vooralsnog breed blijven testen in het kader van individuele patiëntenzorg, maar ook om het virus zo veel mogelijk buiten het ziekenhuis te houden en beperkte isolatiekamers/afdelingen zo efficiënt mogelijk te kunnen benutten, zoals vóór COVID-19 ook al voor influenza werd gedaan. Ook worden momenteel nog veel eigen medewerkers door de ziekenhuizen zelf getest indien zij klachten hebben, of wordt er in sommige centra preventief getest waarna positieve zelftesten worden geconfirmeerd.

Om ook zonder grote aantallen professioneel afgenomen testen zicht te houden op algemene populatie, moet ingezet gaan worden op alternatieven die nu al geïmplementeerd zijn of (bijna) gereed zijn voor implementatie.

Hieronder staan deze initiatieven voor de (zeer) korte termijn verder uitgewerkt.

- Implementatie van het zelfmeldportaal voor positieve zelftesten. Een dergelijk portaal was in 2021 al in ontwikkeling en moet nu alsnog geïmplementeerd worden. In het portaal wordt aan burgers gevraagd om de positieve uitslag met een beperkt aantal demografische gegevens te melden. In Groot-Brittannië is een dergelijk portaal al bijna een jaar functioneel en kunnen getesten ook negatieve uitslagen melden. De ervaringen daar zijn dat vooral positieve zelftesten worden

gemeld, maar goede data over alle ingezette zelftesten ontbreken. Het meldportaal in Groot-Brittannië is wel een toegeleiding naar een officiële PCR-test, wat de meldingsgraad kan hebben verhoogd. Een dergelijk initiatief in Nederland zou ook kunnen, bijvoorbeeld als personen in aanmerking willen komen voor een CTB.

Omdat zelftesten zonder confirmatie niet meer direct leiden tot een BCO en daarmee registratie van epidemiologische gegevens (zoals settings van besmetting, vaccinaties etc.), is het wenselijk om voor de groep zelfmelders ook een zelf-BCO-portaal te hebben, of dit met het meldportaal te integreren. Zelfmelders kunnen dan naast hun positieve uitslag ook deze aanvullende gegevens melden.

- Rioolwatersurveillance.** Vanaf 8 november 2021 worden vier keer in de week SARS-CoV-2 analyses uitgevoerd op rioolwater afkomstig van alle 313 rioolwaterzuiveringsinstallaties (17 miljoen aangesloten inwoners). Virusvrachten in het rioolwater zijn onafhankelijk van testbereidheid, -beschikbaarheid en -beleid. De trend van de virusvracht gemeten in het rioolwater komt al maanden goed overeen met de trend van het percentage positieve testen, ook na introductie van de omikronvariant. De rioolcijfers correleren daarentegen nu wel anders met het aantal positieve testen, mogelijk door een ander uitscheidingspatroon. Ook kennen de rioolcijfers een sterke correlatie met ziekenhuis- en IC-opnames. In de periode voor de omikronvariant konden de ziekenhuisopnames worden verklaard aan de hand van de rioolcijfers met behulp van een model waarin de leeftijdsspecifieke vaccinatiegraad als extra verklarende variabele werd meegenomen. Dit model moet wel opnieuw geijkt worden met het verschijnen van de omikronvariant. Met een doorlooptijd van 3-5 dagen (afhankelijk van het moment in de week) is hiermee goed lokaal (gemeente- en RWZI-niveau) en regionaal inzicht (VR- en GGD-niveau) in de besmettingsdruk ter plaatse. Sampling voor rioolwatersurveillance kan niet overal in Nederland zó nauwkeurig gebeuren, dat gebouw-specifiek (bijvoorbeeld een verpleeghuis) gemonitord kan worden. Het virus wordt in de ontlasting gemiddeld iets eerder gezien dan dat eventuele klachten ontstaan, wat relevant is voor de kortere generatietijd van de omikronvariant. Met het typeren van virusvrachten is het monitoren van introductie en verspreiding van het virus en verschillende varianten ook mogelijk, zij het met enige vertraging.
- Nivel-peilstations.** De respiratoire surveillance van de Nivel-Peilstations levert al sinds 1970 landelijke informatie over het aantal patiënten dat zich in de eerste lijn presenteert met griepachtige verschijnselen (influenza-achtig ziektebeeld, IAZ). Sinds 1992 wordt bij een aantal patiënten met IAZ of een andere acute respiratoire infectie (ARI) een keel- en neuswat afgenomen, die in het virologielaboratorium van het RIVM worden onderzocht. De focus is historisch op het influenzavirus, aangevuld met RSV en rhino/enterovirus. Sinds begin 2020 worden alle monsters ook onderzocht op SARS-CoV-2 en sinds begin 2021 op een uitgebreid panel respiratoire virussen (influenzavirus, para-influenzavirus, RSV, rhinovirus, enterovirus, hMPV, seizoenscoronavirussen en SARS-CoV-2). Vanwege de huidige COVID-19 maatregelen gaan mensen met luchtwegklachten over het algemeen (eerst) naar een GGD testlocatie. Het aantal patiënten dat door een huisarts gezien wordt, is daarom laag en daardoor is ook het aantal ontvangen monsters van huisartsen in de Peilstations op dit moment laag. De verwachting is dat dit, na versoepelen van de maatregelen en het wegvallen van primair testen bij de GGD, snel zal terugkeren naar het oude niveau. Het aantal peilstations van voor de

SARS-CoV-2 pandemie is te klein voor een representatief beeld van verspreiding het virus over Nederland, mede omdat het grootste deel van de huidige teststraatbezoekers niet voldoet aan de definitie van een ILI en dus straks niet bij de huisartsen in beeld zal komen. Daarom wordt het aantal peilstations in opdracht van VWS sinds januari 2022 fors uitgebreid van circa 40 naar 140 praktijken (op 2 februari zijn er reeds 37 extra praktijken aangesloten).

- Artikel 26-meldingen. Het wegvallen van de positieve uitslagen uit de teststraten en daarmee ook een groot deel van het BCO, betekent dat mogelijke clusters of uitbraken minder actief in beeld komen, omdat deze niet meer bij meldingen worden uitgevraagd en via de clusterexport worden door gemeld aan het LCI. Dit betekent dat GGD'en een grotere rol krijgen bij het herkennen en rapporteren van clusters in de eigen regio, zoals dat voor COVID-19 ook al het geval was.
- Virologische weekstaten. Testuitslagen over een breed aantal pathogenen van 21 ziekenhuislaboratoria worden op dit moment gemonitord door middel van de virologische weekstaten. Dit geeft een goed beeld van virologische patronen, maar in de oorspronkelijke opzet zijn er beperkingen: alleen uitslagen werden gedeeld, niet de indicaties voor een test of het soort test (minder relevant bij COVID-19). Ook is er geen beeld van het totaal aantal Ingezette testen, waardoor het lastig is om incidenties te schatten. Echter, voor SARS-CoV-2 is een apart onderdeel ingericht waarbij van 55 ziekenhuizen en andere laboratoria het aantal patiënten getest voor SARS-CoV-2 en het aantal SARS-CoV-2 detecties worden gemonitord en gerapporteerd. Dit systeem moet in stand gehouden worden en bij voorkeur worden geïntegreerd in de reguliere weekstaten. Tegelijkertijd dient er aan uitbreiding van de reguliere weekstaten met SARS-CoV-2, meer deelnemende laboratoria en opnemen van noemer gewerkt te worden. Kiemsurveillance kan op basis van de SARS-CoV-2 detecties gerapporteerd worden in de weekstaten.
- Kiemsurveillance/SeqNet kiemsurveillance. De kiemsurveillance en de bij SeqNet aangesloten laboratoria verschaffen op dit moment een goed representatief beeld van de varianten van het SARS-Cov-2 virus. Met het wegvallen van de teststraatsamples wordt de kiemsurveillance wellicht minder representatief, maar voor de korte termijn lijkt dat minder relevant. Dit zou op termijn weer opgevangen kunnen door een toegenomen monsterstroom vanuit de 1e lijn (regulier en peilstations), of PCR-testen die blijven worden gedaan in het kader van herstelbewijzen.

Zicht op het virus (surveillance/kiemsurveillance) op langere termijn

In sectie A is al beschreven dat in OMT 115 de surveillance-doelen van het testen zijn opgesteld. In juni is in OMT 116/117 daarnaast uitgewerkt hoe de surveillance op de langere termijn er uit zou kunnen zien. Met de komst van de omikronvariant en de recente ontwikkelingen is een deel van de destijds genoemde punten al aangepast of reeds geïmplementeerd, en in dit stuk genoemd bij de alternatieven voor de korte termijn.

Als de omikronpiek voorbij is en het aantal besmettingen in de bevolking en zorg weer gaat afnemen, blijft het belangrijk om het zicht op het virus te houden. Omdat de opkomst van een eventuele nieuwe variant vaak het eerste wordt gezien in de algemene bevolking in niet in de zorgsector, moet gekeken worden naar alternatieve methoden voor het verkrijgen van voldoende PCR-monsters voor de kiemsurveillance. De COVID-

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de middellange en lange termijn

pandemie heeft daarnaast net als eerdere pandemieën duidelijk gemaakt dat er grotere stappen gezet moeten worden in de (syndroom)surveillance in de ziekenhuizen. Op deze manier zou meer real-time data beschikbaar komen vanuit de ziekenhuizen. Het belang van het opzetten van routinematige surveillance van COVID-19 en andere respiratoire infecties wordt daarom door de European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) onderstreept. Volgens het ECDC dient de surveillance volledig te zijn, niet alleen gericht op primaire zorg, maar inclusief acute respiratoire infecties waarvoor ziekenhuis en IC-opname nodig is (1).

Het OMT is van mening dat er op korte termijn moet worden gestart met het opnieuw formuleren van de surveillance-doelen van testen, zodat ook gekeken kan worden welke systemen daarvoor het meest passend zijn. In bijlage 1 staan een aantal ideeën of lopende initiatieven voor de verdere toekomst.

Corona Toegangsbewijs (CTB) en Digitaal Coronacertificaat (DCC)

Zolang de capaciteit het toelaat kunnen deze testen via de GGD-teststraten afgenomen blijven worden, dit scheelt ook veel administratieve lasten voor de GGD'en. De implementatie van het zelfmeldportaal kan ook een rol gaan spelen voor het aanmelden voor confirmatietesten voor een herstelbewijs. Of deze testen in de toekomst ook via de GGD blijven lopen hangt af van het in stand blijven van de CTB en DCC in Nederland en in Europa, en in hoeverre deze testen kosteloos worden aangeboden.

D. Hoe zou het bestaande testbeleid verantwoord kunnen worden opgebouwd, met in stand houden van de doelen

In de fasen voor afbouwen van grootschalig testen op SARS-CoV-2 ziet het OMT een grotere rol voor zelftesten passend bij toenemende individuele verantwoordelijkheid in de pandemie. Het OMT onderscheidt 4 fasen.

1. Korte termijn, tijdens omikronverheffing:
 - GGD testen ten doel: publiek: testen en traceren, zicht op het virus en testen ten behoeve van een CTB of DCC. Patiëntenzorg: eerstelijns diagnostiek.
 - GGD-testen beschikbaar voor iedereen, zelftesten voor niet-risicogroepen, die indien testcapaciteit het toelaat nog wel geconfirmeerd worden (zoals geadviseerd in OMT139, huidige situatie).
2. Middellange termijn, in dalende of dalende omikronverheffing:
 - GGD testen ten doel: publiek: testen en traceren (uitbraken), testen ten behoeve van een CTB of DCC. Patiëntenzorg: eerstelijns diagnostiek.
 - GGD-testen aangeboden voor kwetsbare mensen met symptomen die passen bij SARS-CoV-2, bij mensen die in aanraking komen met kwetsbaren, bij uitbraken in instellingen of bijzondere uitbraken op advies van de GGD, om quarantaine op te heffen, ter verkrijging van CTB/DCC of ten behoeve van reguliere patiëntenzorg.
 - Voor overige mensen met milde klachten worden zelftesten geadviseerd, deze hoeven niet geconfirmeerd te worden.
 - Testinfrastructuur via reguliere routes (huisartsen, ziekenhuis) moeten worden geïmplementeerd vooruitlopend op fase 3.

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de middellange en lange termijn

3. Langere termijn:

- GGD testen ten doel: publiek: testen en traceren (uitbraken).
Patiëntenzorg: eerstelijns diagnostiek.
- Professioneel testen ten behoeve van individuele patiëntenzorg en op advies GGD
- Voor overige mensen worden zelftesten geadviseerd, deze hoeven niet geconfirmeerd te worden.
- Mogelijk via afgeschaalde vorm van GGD teststraten en via reguliere routes.

4. Post-pandemisch: Terug naar situatie van voor de pandemie:

- Alleen nog professioneel testen ten behoeve van individuele patiëntenzorg en op advies GGD via reguliere routes.

Voor overige mensen geen advies tot zelftesten meer.

Voor de komende fase 2, in het dalende been van de omikronverheffing, zou de RIVM testtabel er als volgt uit komen te zien:

Personen met (recente) klachten - immuun én niet-immuun

		FASE 1 (nu)	FASE 2
1	Ernstig zieke personen (kwetsbaar en niet-kwetsbaar) die zich melden bij de gezondheidszorg (bijvoorbeeld huisarts, Spoedeisende Hulp)	1) PCR/polymerase chain reaction/TMA-test 2) (TNO-)LAMP- of antigeentest – negatieve uitslag bevestigen met PCR-test N.B. Zelftest NIET voor deze groep geadviseerd	1) PCR/TMA-test 2) (TNO-)LAMP- of antigeentest – negatieve uitslag bevestigen met PCR-test N.B. Zelftest NIET voor deze groep geadviseerd
2	In instelling en kwetsbaar	1) PCR/TMA-test 2) (TNO-) LAMP- of antigeentest – negatieve uitslag bevestigen met PCR-test N.B. Zelftest NIET voor deze groep geadviseerd	1) PCR/TMA-test 2) (TNO-)LAMP- of antigeentest – negatieve uitslag bevestigen met PCR-test N.B. Zelftest NIET voor deze groep geadviseerd
3	Niet in instelling en kwetsbaar	1) PCR/TMA-test 2) Een (TNO-) LAMP- of antigeentest is mogelijk bij kwetsbare personen met recente milde klachten zoals lichte verkoudheidsklachten. N.B. Zelftest NIET voor deze groep geadviseerd	1) PCR/TMA-test 2) Een (TNO-) LAMP- of antigeentest is mogelijk bij kwetsbare personen met recente milde klachten zoals lichte verkoudheidsklachten. N.B. Zelftest NIET voor deze groep geadviseerd

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de middellange en lange termijn

Personen met (recente) klachten - immuun en niet-immuun			
		FASE 1 (nu)	FASE 2
4	Werkt met of is in contact met kwetsbare personen (zorgmedewerkers, mantelzorgers, bezoekers aan instellingen waar kwetsbare personen verblijven)	<p>1] PCR/TMA-test</p> <p>2] (TNO-) LAMP- of (herhaalde) antigeentest. Bij zorgmedewerkers dient een negatieve uitslag van de (TNO-) LAMP-antigeentest bevestigd te worden met PCR-test.</p> <p>3] Bij hoge uitzondering kan bij zorgpersoneel dat onmisbaar is voor de continuïteit van zorg, de zelftest worden gebruikt om te bepalen of iemand ingezet kan worden in afwachting van de PCR-uitslag. Bij een negatieve zelftest kan dan gewerkt worden met PBM (persoonlijke beschermingsmiddelen).</p>	<p>1] PCR/TMA-test</p> <p>2] (TNO-) LAMP- of (herhaalde) antigeentest. Bij zorgmedewerkers dient een negatieve uitslag van de (TNO-) LAMP-antigeentest bevestigd te worden met PCR-test.</p> <p>3] Bij hoge uitzondering kan bij zorgpersoneel dat onmisbaar is voor de continuïteit van zorg, de zelftest worden gebruikt om te bepalen of iemand ingezet kan worden in afwachting van de PCR-uitslag. Bij een negatieve zelftest kan dan gewerkt worden met PBM (persoonlijke beschermingsmiddelen)</p>
5	Niet-kwetsbare personen	<p>PCR/TMA-, (TNO-) LAMP-, antigeen- of zelftest.</p> <p>Toepassingen zelftest:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij milde klachten (al dan niet in BCO): een zelftest dient zo snel mogelijk na aanvang klachten gedaan te worden. Bij positieve zelftest laten bevestigen middels professioneel afgenomen (GGD) test. - Indien klachten aanhouden tweede zelftest op dag 2. 	<p>Zelftest</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij milde klachten (al dan niet in bron- en contactonderzoek): een zelftest dient zo snel mogelijk na aanvang klachten gedaan te worden. - Indien klachten aanhouden tweede zelftest op dag 2.

Personen zonder recente klachten - immuun en niet-immuun			
		FASE 1 (nu)	FASE 2
6	Met bekende blootstelling (i.h.k.v. bron- en contactonderzoek & Coronamelder-notificatie)	<p>Zie <u>protocol BCO</u></p> <p>Uitgangspunten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zelftest niet voor opheffen quarantaine. Vervroegd opheffen quarantaine kan alleen na negatieve GGD test op dag 5. - GGD testen: PCR/TMA- of (TNO-) LAMP- of antigeentest. 	<p>Zie <u>protocol BCO</u></p>

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de middellange en lange termijn

Personen zonder recente klachten - immuun én niet-immuun

		FASE 1 (nu)	FASE 2
7	Screening in instellingen waar kwetsbare personen verblijven (i.h.k.v. uitbraakonderzoek)	PCR/TMA-, (TNO-) LAMP- of (herhaalde) antigeentest. Een negatieve (TNO-)LAMP-, antigeentest moet bevestigd worden met een PCR-test.	PCR/TMA-, (TNO-) LAMP- of (herhaalde) antigeentest. Een negatieve (TNO-)LAMP-, antigeentest moet bevestigd worden met een PCR-test.
8	Screening in geval van andere clusters (i.h.k.v. uitbraakonderzoek in andere instellingen, scholen, werksituaties, etc.)	PCR/TMA-, (TNO-) LAMP- of (herhaalde) antigeentest	PCR/TMA-, (TNO-) LAMP- of (herhaalde) antigeentest
9	Terugkeer uit het buitenland	Hangt van het reisadvies per land af en van de immuunstatus van de reiziger. Zie: Testen na aankomst in Nederland .	Hangt van het reisadvies per land af en van de immuunstatus van de reiziger. Zie: Testen na aankomst in Nederland .
10	Zonder bekende blootstelling	Testkeuze is afhankelijk van het testdoel en of het om wel of niet kwetsbare personen gaat. Zelftesten zijn inzetbaar bij gezonde personen, zie: Situaties waarin u wel of geen corona zelftest gebruikt . De geldigheidsduur van een negatieve testuitslag is 24 uur.	Voorafgaand aan bezoek zelftest geadviseerd
11	Ter verkrijging van CTB of DCC	Afhankelijk van de voorwaarden gesteld voor het type toegangsbewijs: PCR/TMA-, (TNO-) LAMP-, of antigeentest uitgevoerd door een GGD, Toegang of commerciële testaanbieder.	Afhankelijk van de voorwaarden gesteld voor het type toegangsbewijs: PCR/TMA-, (TNO-) LAMP-, of antigeentest uitgevoerd door een GGD, Toegang of commerciële testaanbieder.

Toelichting bij tabel:

- *Krijg je na een negatieve testuitslag opnieuw klachten, of worden de klachten erger? Laat je dan opnieuw testen of test jezelf opnieuw. Bij personen in BCO-monitoring is dan een test bij de GGD aanbevolen. Of bel je huisarts indien nodig.*
- *Mocht het voordoen dat wachttijden bij de GGD-diagnostiek bij groepen 1, 2, 3 en 4 vertragen, kan overwogen worden alvast een zelftest te doen. Positieve en negatieve uitslag dient in deze groepen bevestigd te worden middels PCR-test.*

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de middellange en lange termijn

E. Op welk moment kan begonnen worden met het afbouwen van het huidige testbeleid

Monitoring van de SARS-CoV-2 infectiedruk is nodig zo lang de geldende maatregelen worden afgebouwd, zodat het mogelijk blijft om een voorspelling op de zorgbelasting te doen en indien nodig in te kunnen grijpen. COVID-19 is een groep A meldingsplichtige ziekte, waarbij ook besmettingen buiten het ziekenhuis vooralsnog gemeld moeten worden. Op dit moment is er geen alternatieve methode van het melden van een positieve zelftest dan via belien naar de GGD (beperkt) of te confirmeren via een GGD-test. Voor bestrijding en voor surveillance doeleinden zijn alternatieven genoemd onder D nu nog onvoldoende ingericht. Daarom stelt het OMT dat de overgang van fase 1 naar fase 2 plaats kan vinden zodra we ons in het dalende been van de omikronverheffing bevinden. Dit geeft ook de kans om de (gratis) beschikbaarheid van de zelftesten te vergroten en de kans om surveillancesystemen te optimaliseren.

Wanneer de langere termijn testfasen 3 en 4 in kunnen gaan is op dit moment niet goed te voorspellen en kan mogelijk nog een tijd duren. Voor kwetsbare mensen bestaat de indicatie voor optimaal testen zo lang dit consequenties heeft voor eventuele vroegbehandeling (eventueel via de huisarts). De meldingsstatus van SARS-CoV-2 voor patiënten buiten het ziekenhuis wordt mogelijk aangepast. Ook de nationale en internationale afspraken omtrent CTB en DCC maken professionele testen nodig. Zo lang personen met een SARS-CoV-2 infectie wordt geadviseerd in isolatie te gaan en BCO uit te voeren, blijft (zelf)testen nodig. De komende weken/maanden zal een integraal beeld van de pandemie gevormd worden en de lange termijnvisie van de testfasen maakt hier deel van uit.

Zoals eerder aangegeven is het van groot belang om testcapaciteit bij veranderende omstandigheden in de pandemie weer snel en flexibel op te schalen.

Internationaal

Denemarken (via media)

Per 31 januari zijn alle maatregelen losgelaten, echter testinfrastructuur blijft voorlopig overeind. Via EWRS is uitgevraagd wat verdere plannen zijn, nog geen officiële reactie. Isolatie- en quarantainebeleid wel versoepeld nu omikron qua ernst lijkt mee te vallen. Verschillen met NL: geen massale teststraten, maar veel meer kleinschaliger locaties (435 momenteel), vaak bij reguliere zorgaanbieders. Veel testen via huisartsen die vaak direct aan ziekenhuizen verbonden zijn.

GB

Alle maatregelen losgelaten, echter op website gov.uk lijkt testsysteem in stand te blijven. Via EWRS is uitgevraagd wat plannen zijn, reactie is dat men bezig is (eind februari duidelijkheid verwacht) maar nog niets kan delen in verband met gevoelige informatie.

Verschillen met NL: sinds eind 2020 al ruime inzet zelftesten, sinds voorjaar 2021 ook voor algemene bevolking. Zeer kleinschalige mogelijkheid afname PCR-testen, ook zelfafname kits, via apotheken, lokale zorgaanbieders. Meldportaal voor zelftesten in operationeel, maar invoer valt erg tegen (persoonlijke communicatie)

Spanje

Uitgevraagd en beantwoord via EWRS: men is druk bezig met omvormen

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de middellange en lange termijn

surveillance-systeem. Moet uiteindelijk vergelijkbaar worden met influenza en RSV met sterke focus op sentinels (ook ziekenhuizen). Qua testen en maatregelen nu vooral focus op kwetsbaren en ernstig zieken. Voor kiemsurveillance idee om aandeel samples via sentinels te verhogen en ook rioolwatersurveillance te intensiveren. Officiële cijfers van Spanje zijn topje van de ijsberg, vanwege negatieve consequenties laten mensen zich ook minder testen bij klachten (persoonlijke communicatie).

Noorwegen (uit WHO meeting)

Geen PCR testen bij mensen die geboost zijn of die na de primaire vaccinatie reeks opnieuw geïnfecteerd zijn geweest. In deze groep wordt zelftesten geadviseerd. Positiviteit in deze groep wordt hierdoor ook niet meer meegenomen in de officiële case counts van Noorwegen.

Referenties

1. ECDC technical report: COVID-19 surveillance guidance. Transition from COVID-19 emergency surveillance to routine surveillance of respiratory pathogens, October 2021.

Bijlage 1: eerste uitwerking surveillance-systemen voor de langere termijn

Steekproeven in de algemene bevolking. Een mogelijke bron van PCR-testen uit een over het algemeen gezonde groep zou gevormd kunnen worden door de testen die ziekenhuizen afnemen bij de eigen medewerkers met klachten of in het kader van preventief testen. Deze testen worden nu nog op grote schaal gedaan, maar de toekomst van deze teststructuur is onzeker, omdat deze vaak op kosten van de zorginstellingen zelf worden uitgevoerd.

Voor representatieve sampling voor surveillance en kiemsurveillance zou ook ingezet kunnen worden op bevolkingsbrede steekproeven waarin PCR-tests worden afgenomen, al dan niet met zelfafname. Bij het project Infectieradar van het RIVM (www.infectieradar.nl), wordt momenteel onderzocht of als toevoeging aan de vragenlijsten er ook zelftest-kits opgestuurd kunnen worden naar deelnemers met klachten, naar analogie van het Britse REACT-onderzoek (<https://www.imperial.ac.uk/medicine/research-and-impact/groups/react-study/the-react-1-programme/>). Het huidige aantal deelnemers de Infectieradar is 10.000 mensen, wanneer de incidentie van SARS-CoV-2 weer afneemt is dit mogelijk een te beperkte groep. Daarom wordt er momenteel werk van gemaakt om dit aantal uit te breiden.

Sentinel-surveillance in de ziekenhuizen. Vergelijkbaar met de Nivel-huisartsendata, is het mogelijk om informatie over ziektebeelden geaggregeerd uit ziekenhuisinformatiesystemen te halen. Al sinds de uitbraak van de pandemische griep in 2009 wordt in Nederland gewerkt aan een surveillance van Severe Acute Respiratory Infections (SARI). Dit houdt in dat gegevens uit ziekenhuissystemen op gestructureerde wijze, bij voorkeur (semi-)geautomatiseerd worden gerapporteerd op nationaal niveau. In Nederland hebben op dit moment maar 3 ziekenhuizen SARI-surveillance (gedeeltelijk) geïmplementeerd, waardoor de SARI-surveillance op dit moment geen representatief beeld geeft van de respiratoire problematiek in ziekenhuizen. Uitbreiding naar meerdere regio's, bij voorkeur met een goede landelijke spreiding is wenselijk, in andere landen (zoals Spanje) is al met succes een dergelijke ziekenhuis-peilstationssysteem geïmplementeerd. Het koppelen van verschillende ziekenhuisinformatiesystemen aan landelijke systemen is echter complex en soms slechts met handmatige stappen mogelijk, wat zowel voor de zendende als ontvangende partij extra logistiek oplevert. Omdat daarbij ook informatie over verwekkers wenselijk is, zal vaak ook nog het laboratoriumsysteem aan het ziekenhuis EPD gekoppeld moeten worden.

Real-time surveillance via de Stichting NICE. Een mogelijke geschikte bron van gegevens uit meerdere ziekenhuizen zou de langlopende registratie van de stichting NICE kunnen zijn, de stichting die de kwaliteit van de IC-zorg in Nederland monitort. Deze langlopende NICE registratie biedt een solide basis als databron die ook gebruikt kan worden voor infectieziekten-surveillance. Daarvoor moet de registratie wel worden aangepast naar een real-time datasysteem. Via de speciaal ontwikkelde COVID-19 module levert de stichting NICE nu al dagelijks informatie aan

Het SARS-CoV-2-testlandschap op de middellange en lange termijn

het RIVM, deze aparte gegevensverzameling geeft echter een grote dagelijkse registratielast voor IC's. Daarom wordt door de stichting NICE en het RIVM gewerkt aan het omvormen van de langlopende registratie, naar een geautomatiseerd systeem dat dagelijks informatie kan geven over de surveillance van respiratoire infectieziekten op de IC's in Nederland. Naar verwachting kan er in 2022 op een paar IC's een pilot gaan lopen, waarna vanaf 2023 mogelijk meer IC's kunnen aansluiten.