

To: [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Mon 11/22/2021 11:52:18 AM
Subject: RE: Document1
Received: Mon 11/22/2021 11:52:18 AM

Dank!

Van: [redacted] 5.1.2e <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: maandag 22 november 2021 12:52
Aan: [redacted] 5.1.2e <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Document1

Samenvatting, op effectiviteit CTB viel het niet meer om hem korter te maken

[redacted] 5.1.2e

Effectiviteit CTB

Het OMT wil benadrukken dat voor het beperken van het aantal besmettingen het opvolging geven aan de basisregels en de collectieve maatregelen essentieel is. Alleen daarmee kunnen de nauwe contacten met hoogste risico op virusoverdracht verminderen. Een CTB-modaliteit is een middel om risico's te beperken bij opening van sectoren, en géén maatregel om virusverspreiding te voorkomen en een epidemie te bestrijden, zoals de basisregels en collectieve maatregelen dat wel zijn. Bij een hoge prevalentie van SARS-CoV-2 in de maatschappij, zoals momenteel het geval is, zijn de absolute risico's op verdere verspreiding, ook bij gebruik van een CTB-modaliteit, nog steeds relevant. Om het aantal risicovolle contacten en virusoverdracht te verminderen in settings waar de basisregels niet of maar beperkt nageleefd kunnen worden, en collectieve maatregelen zoals mondneusmaskers en afstand geen oplossing bieden, is door regering en parlement besloten gebruik te maken van een CTB. Maar bij toepassing van een CTB geldt nog steeds dat iemand met klachten thuis moet blijven en zich moet laten testen, ook als deze persoon gevaccineerd is of een SARS-CoV-2-infectie heeft doorgemaakt. Bovendien kunnen CTB alleen een risico-verminderend effect hebben als ze juist toegepast worden, gecontroleerd worden en als daarop handhaving is. Daar waar een test onderdeel is van het CTB is een essentiële randvoorwaarde een juiste timing van uitvoeren van de toegangstest, in relatie tot toegang tot de activiteit (d.i. max 24 uur). Daarnaast is het effect van een CTB-modaliteit op het voorkómen van besmettingen en ziekenhuis- en IC-opnames sterk afhankelijk van de setting waar het wordt toegepast (d.i. aantal, duur en intensiteit van contact) en de bezoekers van die setting (zoals leeftijd, groepsgrootte, mix van gevaccineerden en niet-gevaccineerden, en de aanwezigheid van personen met verhoogd risico op ernstig verloop van COVID-19).

Om toch een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van de verschillende CTB-modaliteiten is onder standaard omstandigheden door middel van modellering gekeken wat het maximaal haalbare effect van deze modaliteiten is op de reductie van het aantal infecties en ziekenhuisopnames onder de aanwezigen. Het doel hierbij is dus om een volgorde vast te stellen in de trends in het terugdringen van het aantal infecties en ziekenhuisopnames. Dit is verder uitgewerkt in de bijgevoegde notitie.

Vergeleken met het huidige 3G-systeem, dringt een 2G-systeem het aantal besmettingen op die locaties met ongeveer 50% terug en het aantal ziekenhuisopnames ten gevolge van besmettingen op de locatie met ongeveer 82%. Een 3G+1G-systeem zal infecties met ongeveer 35% reduceren ten opzichte van 3G, en ziekenhuisopnames ook met 35%. Afschaffen van het 3G-systeem leidt tot een toename van ongeveer 59% in infecties en ziekenhuisopnames. Een 2G+1G-systeem waarbij ook een test vereist is voor gevaccineerden en recent herstelden, leidt tot een reductie van ongeveer 79% in infecties en ongeveer 93% in ziekenhuisopnames, vergeleken met het huidige 3G-systeem. De precieze percentages zijn afhankelijk van de gebruikte waarden voor vaccineffectiviteit en testsensitiviteit. Bij de huidige waarden is 2G dus beter dan 3G+1G, 3G+1G is beter dan 3G, en 3G is beter dan geen maatregelen in het voorkomen van besmettingen op de locatie. Van belang is dat de volgorde niet afhangt van de prevalentie van SARS-CoV-2-besmettingen, dus ook bij halvering van het aantal besmettingen wordt dezelfde relatieve uitkomst verwacht. Uiteraard heeft dit wel gevolgen voor de absolute vermindering van het aantal gevallen, en de afweging of een toepassing van de CTB-modaliteit zinvol en proportioneel is.

Wanneer gekeken wordt naar waar de verschillen tussen de drie systemen door veroorzaakt worden, dan blijken 3G+1G en 2G bij de aangenomen testsensitiviteit ongeveer even effectief in het buiten houden van besmettelijke personen. Wat 2G hieraan toevoegt is het reduceren van de gemiddelde vatbaarheid van de mensen op de locatie: als mensen zonder bescherming door vaccinatie of recente infectie niet binnen mogen, worden er minder infecties en vooral minder ziekenhuisopnames verwacht.

Het effect van testen bij zowel 3G+1G als 2G+1G en 3G hangt af van welke test gebruikt wordt en wat de testsensitiviteit is. Voor deze berekeningen wordt uitgegaan van een antigeentest, met een sensitiviteit van 59% bij een testpopulatie die geen klachten heeft. Een PCR-test heeft een hogere gevoeligheid en dit leidt tot een hogere effectiviteit van systemen waar testen een onderdeel van is: 3G, maar vooral bij 3G+1G en bij 2G+1G. Bij hogere waarden van testsensitiviteit gaat de volgorde verschuiven: bij een sensitiviteit van meer dan ongeveer 69% is 3G+1G beter dan 2G in voorkomen van besmettingen; de sensitiviteit moet meer dan ongeveer 88% zijn om 3G+1G beter dan 2G te laten presteren tegen ziekenhuisopnames.

Het maximaal haalbare effect van 2G+1G is dus groter dan 2G alleen. Het effect van 2G is vervolgens beter dan 3G+1G, en vervolgens is 3G+1G beter dan 3G. Dit geldt voor zowel het voorkomen van infecties als van ziekenhuisopnames ten gevolge van infectie op de locatie, als de sensitiviteit van de test lager is dan ongeveer 69%. Deze resultaten moeten gezien worden als het maximaal haalbare, omdat daarbij aangenomen wordt dat de opvolging en de controle en de handhaving optimaal zijn. Ook wordt alleen het effect op de verspreiding op deze

locaties zelf beoordeeld. Het bredere epidemiologische effect op de transmissie in de gehele bevolking is gerelateerd aan het aandeel van de infecties dat buiten deze locaties plaatsvindt, maar vooral aan of mensen die niet worden toegelaten alsnog elders samenkomen.

Door de Gedragsunit zijn gedragsreflecties hierbij aangeleverd.

- A: 2G of 2G+1G heeft negatieve effecten, maar zou uitlegbaar zijn indien a) het véél effectiever tegen ziekenhuisopnames dan 3G, b) de maatregel van tijdelijke aard is, en c) de sectoren/locaties zonder 2G dicht moeten, omdat er echt geen inclusievere strategieën zijn waarmee de sectoren opgehouden kunnen worden.
- B: 2G en 2G+1G hebben mogelijk negatieve effecten op naleving basismaatregelen en testgedrag.
- C: substantiële positieve effecten op vaccinatie zijn onwaarschijnlijk.
- D: 3G+1G en 2G+1G betekent beperken vrijheid van grote groep mensen die gevaccineerd zijn.

Kortom, het realiseren van een maximale risicobeperking door gebruik van de CTB-modaliteiten, anders dan de huidige 3G, is complex, en vraagt eigenlijk om een individuele beoordeling per setting met haar eigen bezoekersmix van gevaccineerden, personen met doorgemaakte infectie, en niet-gevaccineerden, waarbij ook de leeftijd van de deelnemers en het bij de activiteit aantal aanwezigen (voorafkans op aanwezigheid virus bij bepaalde incidentie) doorslaggevend is voor de beoordeling welke CTB-modaliteit zinvol en proportioneel is.

Rol van zelftesten in het testlandschap

Het OMT adviseert om zelftesten in de toekomst breder in te gaan zetten voor personen met klachten. Dit vergt echter goede voorbereidingen en duidelijke publiekscommunicatie. Daarnaast is er meer onderzoek nodig naar de sensitiviteit van zelftesten onder de huidige epidemiologische omstandigheden bij (gevacineerde) personen zonder klachten.

Hoewel zelftesten op dit moment nog niet geadviseerd worden voor mensen met klachten, blijkt uit data van de gedragsunit en de teststraten dat deze al wel frequent (32%) worden toegepast door mensen met klachten. Tevens blijkt uit data van de gedragsunit dat 35% van de mensen met klachten zich helemaal niet laat testen. De GGD'en hebben hun maximale testcapaciteit bereikt, terwijl het testen en traceren essentieel is om COVID-19 onder controle te krijgen. Frequent en laagdrempelig zelftesten kan een belangrijke aanvulling zijn op het huidige pakket, ook voor mensen met klachten, en zou kunnen helpen de drempel voor testen te verlagen en bereidheid te verhogen.

Het OMT is van mening dat plaatsbepaling van de zelftest in het huidige testlandschap het gebruik ervan bij de *juiste indicaties* kan bevorderen. De sensitiviteit van de zelftest is lager dan de PCR-test, maar de detectiekans kan vergroot worden door de zelftest kort na het ontstaan van de klachten af te nemen en door de volgende dag opnieuw te testen. Voor bredere toepassing van zelftesten gelden kaders (zoals gebruik door niet-kwetsbare personen, bevestiging door professioneel afgenomen PCR-test) en voorwaarden (voldoende kwaliteit, laagdrempelig mogelijk maken, mag niet ten kosten gaan van de fijnmazigheid van GGD-teststraten, heldere communicatie). De inpassing van de zelftesten in het testbeleid in Nederland moet eerst worden verwerkt in de testtabel en zal beschikbaar worden gesteld op de website van het RIVM. Het gebruik van zelftesten en mogelijke effecten hiervan zal geëvalueerd moeten worden en de plek van de zelftest kan in een later stadium van de epidemie bijgesteld worden.

In tegenstelling tot hoe de situatie momenteel is ingericht voor professionele antigeentesten is er op Europees niveau niet dezelfde data-evaluatiestructuur en overeengekomen minimale prestatiecriteria voor antigeenzelftesten. Het verdient aanbeveling dat de mogelijkheden om een dergelijke structuur verder in te richten onderzocht worden. Voorts gaat het OMT ervan uit dat verzuimbeleid en bedrijfs- en zorgcontinuïteit een primaire werkgeversverantwoordelijkheid zijn. Het huidige beleid is dat personen met klachten die passen bij COVID-19 thuisblijven. Zelftesten kunnen worden ingezet bij cruciale medewerkers met milde klachten die niet in contact komen met kwetsbare personen, leraren inclusief. Met een negatieve zelftest kan de cruciale medewerker aan het werk, indien mogelijk met PBM. Dit gaat alleen om situaties waarbij werkzaamheden niet vanuit huis kunnen worden gedaan.

Sluitingstijd horeca

Het OMT heeft kennisgenomen van het voorstel om de sluitingstijden in de horeca te verruimen, maar na 20 uur geen nieuwe bezoekers meer in de gelegenheden toe te laten. Omdat het risico op besmetting ook afhankelijk is van de contactduur tussen de bezoekers en de intensiteit van het contact, zal door het voorstel het aantal besmettingen toenemen. Daarom adviseert het OMT de sluitingstijd niet te verruimen.

Van: [redacted] 5.1.2e) < [redacted] 5.1.2e @minvws.nl >

Verzonden: maandag 22 november 2021 12:21

Aan: [redacted] 5.1.2e . < [redacted] 5.1.2e @minvws.nl >

Onderwerp: RE: Document1

Toppie!

Van: [redacted] 5.1.2e . < [redacted] 5.1.2e @minvws.nl >

Verzonden: maandag 22 november 2021 12:20

Aan: [redacted] 5.1.2e) < [redacted] 5.1.2e @minvws.nl >

Onderwerp: Document1

Alvast in word ipv in pdf en de adviesvraag eruit, ik ga aan ctb, testen en horeca werken