

3eFTB2021

Derde fase testbeleid 2021

5.1.2e

08122020

Vooraf

Het Nederlandse Covid-19 testbeleid is toe aan een derde fase waarbij de eerste fase sterk werd gekenmerkt door een grote schaarste aan testcapaciteit (zowel testafname als testverwerking), exclusieve gerichtheid op mensen met klachten en het beschikken over slechts een test, de RT PCR. De huidige tweede fase kenmerkt zich door een sterk opgevoerde testcapaciteit, een diversificatie aan testmethoden (naast RT PCR het beschikbaar komen van gevalideerde antigeentesten, LAMP PCR en een 5.1.2c) en de eerste start met het testen van urgente categorieën burgers zonder klachten (de hoog risico groep afkomstig uit BCO en App en de inkomende reizigers).

Door de beschikbaarheid van een grotere testcapaciteit en hoge volumina van goed gevalideerde sneltests, zowel voor mensen met klachten als voor mensen zonder klachten, is het nu mogelijk aanvullende invalshoeken te kiezen voor het testen. Die mogelijkheid laat zich beschrijven als het gericht screenen (in beginsel dekkend testen van een volledige (sub)populatie, ongeacht of ze symptomen hebben) van grote groepen burgers, gebaseerd op urgente gebieden, locaties/activiteiten, sectoren en instellingen/bedrijven.

De ratio voor een doelmatige inzet van de publieke testmiddelen en het maximaal accommoderen van de private inzet van testmiddelen wordt in deze notitie omschreven.

De derde fase biedt ook de mogelijkheid om een andere balans te vinden tussen gezondheidsurgentie en andere maatschappelijke urgenties. In deze notitie wordt er van uitgegaan dat het invoeren van het vaccinatieprogramma in 2021 in het huidige voorziene tempo betekent dat het aanvullend testen van delen van de bevolking tot zeker in augustus 2021 nodig en zinvol zal blijven.

Het is zelfs mogelijk dat gevaccineerde mensen lichte klachten krijgen en virus uitstoten en daarom (gericht?) getest zouden moeten worden op besmettelijkheid.

Keuze opties derde fase en een nieuwe rol- en taakverdeling.

Voor de derde fase is van belang dat in deze nieuwe fase het mogelijk wordt een gehele (sub)populatie te testen (screenen) en dat tegelijkertijd door de testtechnologie en de testnabijheid een veel grotere testbereidheid cq testdeelname percentage bereikt kan worden.

De derde fase continueert een publieke testinfrastructuur en testcapaciteit die alle mensen met klachten en de al toegevoegde generieke hoog risico groepen van een snelle testuitslag kan voorzien (liefst overal binnen 24 uur).

De derde fase gaat uiteenlopen voor het publieke domein en het private domein, voor wat betreft de extra mogelijkheden die kunnen worden geopend.

Voor **het publieke domein** worden er gericht en tijdelijk hoog risico gebieden, situaties en doelgroepen aan het testbeleid toegevoegd. Wanneer het besmettingsrisico evident bovengemiddeld is gaat er worden gescreend (en wordt er dus tijdelijk en gericht extra publieke testcapaciteit beschikbaar gesteld).

De meest voor de hand liggende opties zijn hierbij:

- Gebieden/steden/wijken met een hardnekkige hoge prevalentie en een lage testbereidheid (voorbeeld: Rotterdam-Zuid)
- Publieke instellingen met een hoge prevalentie die met het reguliere testen (en BCO) niet snel omlaag te brengen is en waar gedragsmaatregelen minder of ongewenst zijn (voorbeeld: Middelbare school; voorbeeld: operationele Defensie unit).

- Gebieden met een te lage vaccinatiegraad vanwege geloofsovertuiging en/of ideologische bezwaren.

De afkapwaarden in termen van risico's moeten zodanig worden gekozen dat de extra test/screening capaciteit die deze subcategorieën tezamen oproept behapbaar is voor de publieke testcapaciteit (en testvoorraden) en het screenen effectief is. Hieraan moet ex ante gerekend worden en een capaciteitsafname prognose moet worden geconfronteerd met de testcapaciteit (LCT advies).

Een tweede optie voor de publieke taak is een testinfrastructuur en testcapaciteit voor het toegangstesten.

Gebaseerd op de aanwezigheid van voldoende gevalideerde testcapaciteit, denk aan de 5.1.2c, op een fors aantal publieke teststraten. Een negatieve uitslag op de 5.1.2c (dan wel PCR of LAMP) zou een 48 uren geldigheid kunnen krijgen, die in combinatie met een temperatuurscan, een toegangsbewijs verschaft voor beleidsmatig te kiezen evenementen, horeca instellingen, etc.

Je zou er ook voor kunnen kiezen deze aanvullende infrastructuur en capaciteit volledig privaat tot ontwikkeling te laten komen. De publieke taak is dan nog slechts het toezicht houden op deze ontstane private infrastructuur.

Het **private domein**, thans spoor 2 genoemd, zou (zoals nu al in een enkele bedrijfstak gebeurd) het eigen personeel veel frequenter kunnen of moeten testen, zeker als door de aard van het werk contacten moeilijk te vermijden zijn. Denk aan de slachterijen.

Als de bedrijven de testinfrastructuur en testcapaciteit hiervoor geheel privaat realiseert en via eigen inkoop van testmaterialen en testafnamecapaciteit gebruik maakt van de voor Nederland gevalideerde testen en testmethoden, dan zou je dit volledig los kunnen laten. Door om de vier dagen al het personeel volledig te testen hou je het

ziekteverlof zeer laag en zou je binnen het bedrijf meer contacten kunnen toestaan (geen 1.5 meter: bubble concept).

Als de bedrijven een beroep gaan doen op de publieke testmiddelen (bijvoorbeeld de antigeen test voorraad bij LCH) en/of de publieke test infrastructuur, wordt de minister cq het kabinet gedwongen prioriteiten te stellen omdat deze capaciteitsbehoefte dan opgeteld moeten worden bij hetgeen boven is genoemd als publiek gemotiveerde hoog risico gebieden, sectoren en instellingen.

Je zou dan ook door een aanvullende surveillance (via bedrijfs(tak) gerichte teststeekproeven) veel specifiekere zicht moeten krijgen op de hoog risico bedrijven. Immers, slechts bij gemeten/gebleken hoog risico krijgt het bedrijf recht op publieke testmiddelen.

4. Een vingeroefening kwantitatief

Als voor het huidige testbeleid van mensen met klachten en de reeds toegevoegde categorieën hoog risico groepen ca 100.000 testen per dag als capaciteit wordt gereserveerd, dan zou er vanaf maart voor het screenen ca 100.000 testen per dag beschikbaar moeten blijven (

5.1.2c

5.1.2c

). De grootste onzekere factor voor de voortzetting van de huidige doelgroepen zijn de mensen met klachten (aard van het griepseizoen) en de ontwikkeling van de inkomende reizigersvraag (hoeveel landen om ons heen blijven in rood).

Als je na Rotterdam en Urk zou willen inzetten op een aantal steden/wijken van zeg 30.000 inwoners en je zou die binnen 7 dagen geheel gescreend zou willen hebben, dan kom je bij 15 steden/wijken gelijktijdig in de "bewassing" op ca 60.000 tests per dag.

Als je voor de overige capaciteit een aantal instellingen geheel zou willen screenen, dan zou je bijvoorbeeld ruimte kunnen geven voor 20 scholen/instellingen van ca 1000 personen gedurende 1 week en dat kost je ca 30.000 tests per dag.

De laatste 10.000 tests per dag hou je gereserveerd voor onverwachte locaties/settings/risicogroepen.

Mijn advies

Ik zou waar het de private opties betreft, inclusief het toegangstesten en evenementen testen volledig uitgaan van de eigen verantwoordelijkheid van de private markt. De dienstverleners hebben dan niet alleen de verantwoordelijkheid voor hun personeel maar ook de verantwoordelijkheid voor hun klanten cq evenement bezoekers, zoals het normaal ook al het geval is.

Beperkt je als VWS/Publiek domein tot de mensen met klachten en selectief tot de hoog risico categorieën die je met screenen (proactief en populatie breed testen) beter en sneller onder controle krijgt met het reactief selectief testen.