

Notulen overleg testen basisonderwijs 21/01/2021

1) Voorstelronde

2) Reden van overleg (5.1.2e): afgelopen zaterdag bestuurlijk advies overleg waarin advies OMT werd besproken. Al weken wordt er gesproken over het gesloten basisonderwijs en sommigen hebben hier toch wel veel buikpijn van. Het gevoel heerst dat de maatregelen niet goed worden opgevolgd en dat kinderen hier de dupe van worden. Wat zijn de mogelijkheden om kinderen snel veilig naar school te laten gaan? Doel van dit overleg is om nu alvast na te denken wat hiervoor nodig is, ook al kan de heropening van het onderwijs nog lang duren door de verschillende mutaties van het virus. Het kan niet zo zijn dat de sluiting maar opgeschoven wordt zonder plan B hoe het wel zou moeten. Het zou mooi zijn als de scholen in Leiden, het LUMC en de GGD bereid zijn om een snelstmogelijkheid op te richten, schoolbesturen zijn hier voor en er is ook al een locatie voor bedacht. Het is daarnaast een mooie samenwerking met de GGD en het LUMC. Tijdens het bestuurlijk adviesoverleg is het aan het RIVM, OC&W bekend gemaakt dat Leiden hiertoe bereid is om dit in het PO te testen (in Groningen lopen al proeven in het VO). Vraag is met name hoe dit logistiek te regelen is.

3) Presentatie (5.1.2e): doel van dit overleg volgens de GGD is elkaar informeren, verwachtingen kenbaar maken en brainstormen over hoe nu verder. De huidige stand van zaken:

- *Bijdrage kinderen aan besmettingen*: landelijk beeld zoals gisteren gepresenteerd door (5.1.2e) op technische briefing: primair onderwijs draagt niet veel bij aan het aantal meldingen. Op moment van onderzoek hiernaar was testbeleid onder kinderen wel alleen nog op indicatie, nu is dit wel uitgebreid. Alsnog lijken besmettingen van kinderen van 0-12 jaar alsnog geen grote bijdrage te leveren aan het aantal meldingen. Het primair onderwijs maakt daarnaast ook maar een klein deel uit van de totale hoeveelheid clusters. Wel zien we dat het percentage positieven onder kinderen van 0-20 jaar hoger is dan in de rest van de groepen, omdat kinderen dus als worden getest bij ernstigere klachten dan volwassenen en dus de voorafkans op corona veel hoger is.
- *Redenen van uitbraken op scholen*: als oorzaken zien wij als GGD HM onder andere dat leraren onderling met kinderen geen afstand (kunnen) houden (bijv. kleuterklas), leraren die met klachten toch naar werk komen door invoelbare redenen (bijv. personeelsproblematiek) en dan geen afstand houden tot elkaar in pauze/vergaderingen. Bij VO zien we ook clusters door leerlingen onderling, bij PO is dit minder en eerder van volwassenen naar kinderen dan kinderen onderling
- *Testmogelijkheden onder de 18 jaar*: de gouden standaard is de PCR via de nasopharynx. Andere mogelijkheden zijn PCR op sabbelwat (hiervoor dient 20 minuten gesabbeld te worden) en een antigeentest (de sneltest) waarbij ook een neus en/of keelwab afgenomen moet worden en die niet onderzocht is bij kinderen onder de 18 jaar. Op zich zou het qua ontwikkeling van ziekte bij kinderen ook een betrouwbare test kunnen zijn, maar de afname is bij jongere kinderen wel moeilijker gezien ze moeilijker te instrueren zijn en ze kunnen tegenstribbelen. De laatste mogelijkheid is de ademtest, maar deze is ook nog niet getest bij kinderen onder de 18 jaar en staat sowieso nog erg in de kinderschoenen. Hiervoor is een juiste ademhalingstechniek is noodzakelijk, dat voor PO-leerlingen lastig is en bovendien is het mondstukje dat nu gebruikt wordt misschien wel te groot.
- *Groeps grootte Hollands Midden*: er zijn in HM 300 PO-scholen en 84 VO-scholen, waarbij het aantal leerlingen op VO 42.526 leerlingen zijn waarvan 2938 leerlingen op speciaal onderwijs.

Dit geeft de enorme omvang alleen al in Hollands Midden aan, kosten en personele inzet nog buiten beschouwing gelaten.

- *Logistieke problemen bij sneltesten op scholen:* hoe wordt de toestemming voor afname geregeld, waar wordt dit geregistreerd, wat doen we als kinderen en/of ouders geen toestemming geven (onder 12 jaar moeten ouders toestemming geven, van 12-15 jaar zowel ouders als kinderen en boven 16 jaar alleen kinderen). Daarnaast: gaan we testen met of zonder klachten en hoe maken we daar onderscheid in, en waar gaan we de testen afnemen?
- *Mogelijke interventies die we kunnen nemen om scholen veilig open te laten gaan:*
 - o Maatregelen op PO&VO: meer maatregelen dan er momenteel zijn, RIVM heeft hiervoor handreiking in de maak. Hier moet controle en handhaving op komen, bijvoorbeeld kinderen constant herinneren aan de anderhalve meter afstand.
 - o Leraren testen met pilot sneltesten. Hierdoor kunnen medewerkers spoedig worden ingezet als ze geen covid-19 hebben, besmetting van leraren op kind en op andere docenten wordt voorkomen en dit zou onrust kunnen verminderen.
 - o Leraren en bovenbouwleerlingen > 16 jaar (hierbij is geen toestemming nodig van ouders) testen, omdat zij leeftijdgewijs het meest risico lopen op besmetting. Dit zou ook nog uitbesteed kunnen worden aan een commerciële partij.
 - o Arbodienst inschakelen voor leraren in een risicogroep.
 - o Voorrang van leraren bij vaccineren, na de acute zorgmedewerkers en kwetsbare groepen in de samenleving. Dit is onwaarschijnlijk en gaan wij als GGD niet over, maar het is een voor te stellen interventie.
- *Conclusie:* er zijn qua testmogelijkheden geen echte andere opties dan degene die we nu uitvoeren. Sneltesten op PO zijn moeilijk gezien de instructie die het vereist, maar mogelijk komen er nog andere testmogelijkheden. Maatregelen op school gaan mogelijk wel helpen door uitbraken te voorkomen. We hebben zorgen over leraren met comorbiditeit van boven de 50 jaar die zich niet aan de regels kunnen houden.

4. Reacties/vragen op presentatie

- Leraren moeten toch al afstand houden? Dat klopt, maar dit blijkt vaak niet te gebeuren in pauzes en vergadermomenten. We moeten dus deze regels effectiever laten worden en handhaven van huidige maatregelen en dus mogelijk voor kinderen nieuwe maatregelen (ook anderhalve meter afstand onderling).
- Sneltesten zijn toch alleen geïndiceerd bij klachten? Het is inmiddels wel duidelijk dat de sneltest het niet zo goed doet als de PCR, maar soms wordt dat verschil in nauwkeurigheid voor lief genomen in ruil voor de snelheid. Bij veel virusload geeft de sneltest een goede uitslag, pas bij mindere virusload kan de sneltest verkeerd uitvallen. Als de besmettingsgraad in de samenleving daalt, kan deze betrouwbaarheid overigens wel veranderen. Het OMT heeft nu geadviseerd dat antigeentesten bij mensen zonder klachten wel ingezet kunnen worden maar met een soort houdbaarheidsstermijn van 48 uur, omdat er enige tijd voor nodig is voor de virusload om te stijgen. Antigeentest is niet zo gevoelig maar hij functioneert wel beter naarmate hij harder nodig is bij besmettelijke personen en is daardoor erg bruikbaar. PCR is heel gevoelig maar je richt ook schade aan omdat in de allerlaatste fase van de ziekte mensen positief testen maar niet meer besmettelijk zijn. Dus: sneltest geeft meer besmettelijkheid aan, PCR is gevoeliger. Sneltest is dus erg praktisch en kunnen we goed gebruiken in deze setting.
- Maar **5.1.2e**: je doet dus al een kleine concessie met de antigeentest, ook nog eens in een asymptomatische populatie en als je hem dan ook alleen nog meer in de keel afneemt

(omdat neusafname vervelend is voor kinderen) doe je wel veel concessies op de betrouwbaarheid. In een aantal studies wordt de antigeentest op sabbelwat bij asymptomaten afgeraden en wordt aangegeven dat de antigeentest alleen betrouwbaar is bij afname in neus en keel. Aan de andere kant doen we ook nu al concessies door kinderen met verkoudheid naar school te laten gaan, terwijl er ook stemmen opgaan voor een strenger testbeleid bij kinderen. Moeten we toch niet inzetten op meer communicatie naar ouders dat leerlingen toch echt thuis blijven bij klachten en alleen snelsten bij leraren uitvoeren?

- Waarom kan je geen temperatuur meten en alleen de jonge kinderen met verhoging testen en de rest van de kinderen toch naar school te laten gaan? Hoge temperatuur is geen klassieke presentatie, koorts is geen goede vervanger voor een test. Presymptomen en asymptomaten die besmettelijk zijn heeft juist de epidemie zo moeilijk gemaakt, waardoor temperatuur meten geen goede vervanger is.

5. Wat loopt er nu al?

Vanuit OCW zijn er nu 7 pilots in het VO waarbij herhaaldelijk risicogericht snelsten (op dag 0 en op dag 2-3 na contact) worden afgenomen bij leerlingen die overige contacten zijn van een positieve leerling of leerkracht. Over PO is OCW nog aan het nadenken over wat voor type pilots uitvoerbaar zijn: leerlingen in het PO wil je niet meerdere keren een sneltest aan doen want ze vinden het over het algemeen niet prettig en snappen het ook niet goed.

Bij GGD HM loopt een pilot snelsten onder symptomatische docenten. Die loopt goed, maar er is wel veel personele kracht voor nodig en dit is dus alleen maar bij symptomen. We kunnen dit intensiveren door het snelsten van docenten op scholen aan te bieden, ook onder asymptomaten? Dit is dan meer een soort screening en vraagt veel testen, zijn leraren hiertoe bereid? Wat levert deze laatste optie meer op terwijl het een stuk invasiever is?

Op dit moment lijken docenten lijken zich niet specifiek onveilig te voelen door de Britse variant, er is wel meer bewustwording over anderhalve meter afstand in de pauzes en vergaderruimtes. Dit gaat al veel beter dan voorheen. Meer angst wordt niet ervaren binnen de scholen, maar de onduidelijkheid zorgt er wel voor dat mensen voorzichtiger zijn en zich afvragen of de scholen überhaupt wel open kunnen. Bezorgdheid is er dus wel. Er is meer behoefte aan informatie over de Britse variant. Welke rol speelt de Britse variant in de statistieken? En als de scholen weer opengaan wordt er wel meer ongerustheid onder docenten verwacht.

Onder virologen heerst over de nieuwe varianten veel onrust, er zijn een paar clusters met de Britse variant maar verder is niet het idee dat er veel mensen besmet zijn met de Britse variant. Wel zijn er zorgen dat deze zich sneller gaat verspreiden, maar nog onbekend hoe snel. De Britse variant is met name ernstig door de grotere besmettelijkheid maar geeft geen ernstiger klinisch beeld en ook geen herinfecties bij mensen die al immuun zijn of gevaccineerd zijn. De hoge besmettelijkheid is beheersbaar; het leidt er alleen maar toe dat er meer besmette contacten zijn vanuit een index. Er zijn ook varianten, in Zuid-Afrika en Brazilië die kunnen leiden tot herinfecties bij mensen die al beschermd zouden zijn. Dit is nóg onwenselijker. Deze zijn nog niet aan de orde bij ons, maar dit is wel een reden voor de bezorgdheid en de huidige strenge maatregelen.

6. Voorstel RIVM

Het zou een mooie vergelijking zou het zijn als er op een aantal scholen een pilot wordt gestart om alle docenten 3-4x in de week asymptomatisch te testen nu er alleen nog noodopvang is en dit te vergelijken met de huidige pilot onder symptomatische docenten. Dan kunnen we vergelijken of de

inspanning die wordt geleverd het waard is (wat zijn de praktische implicaties, lukt het, is er testbereidheid?). Punten van aandacht:

- *Strenger testbeleid onder kinderen* dat er doorheen kan lopen. Verwachting is dat BCO op scholen toch ook meer gaat lijken op dat bij volwassenen, dus ook meer dag 5 testen bij kinderen in quarantaine.
- *Testbereidheid onder docenten* meenemen door te kijken hoeveel er van de PRIO-teststraat gebruik gemaakt wordt.
- *Communicatie*: de pilot onder symptomatische docenten was namelijk wel al moeilijk om onder de aandacht te brengen. Daarnaast is transparantie en feitelijkeheid naar docenten belangrijk, waarbij met name uitgelegd moet worden dat de besmettelijkheid van volwassen naar kinderen groter is dan kinderen onderling.
- *Alternatieve testen*: antigeentest kan ook vervangen worden door ademtest, maar de ademtest moet bij positieve uitslag wel altijd gevolgd worden door een PCR. Vanuit OCW is de ademtest geen optie omdat hij niet opschaalbaar is op landelijk niveau (vanwege de prijs), dus positieve resultaten van een pilot kunnen dan niet overal toegepast kunnen worden.
- *Alternatieve pilots*. Een alternatief kan nog zijn dat er laagdrempelig op school sneltesten worden aangeboden (of zelfs zelftesten?) aan docenten die die dag klachten kregen, waarbij ze regelmatig bij aanhoudende klachten kunnen terugkeren naar school voor herhaaldelijke sneltesten. De vraag is of je docenten met klachten wel naar school willen halen i.p.v. naar de teststraat? De vraag is dan wat je nog toevoegt aan het huidige beleid, waarbij iedereen zich al moet testen bij klachten. Het gaat er juist om degenen te pakken te krijgen die aan het incuberen zijn, degenen die je normaal mist. Het is goed om meerdere benaderingen naast elkaar te zetten, ook al is het belangrijk om te blijven kijken naar de houdbaarheid.

7. Conclusie

- Frequent testen van kinderen, zeker bij nasopharynx-afname, is niet wenselijk. Optie is wel om een pilot te draaien onder docenten gedurende de noodopvang (meerdere keren per week asymptomatisch te testen) en die te vergelijken met de huidige pilot onder de symptomatische docenten.
- Als we een pilot willen gaan uitproberen zoals hierboven voorgesteld is communicatie naar docenten belangrijk met daarin een transparant beeld over de pilot, over besmettelijkheid van volwassenen en kinderen en waarin vaccinatiebereidheid moet worden meegenomen.
- Als we de huidige pilot met een nieuwe pilot willen vergelijken dan hebben we wel informatie nodig vanuit de scholen en van de leerkrachten: is de testbereidheid groter als je sneltesten op scholen aanbiedt? Dit gaat meer van de scholen vragen. Moet je dit wel op alle scholen doen, dan wordt het wel een erg grote pilot? Nu wordt de gehele regio benaderd met sneltesten, maar zit de testlocatie waar dit gebeurt wel in Leiden. Mogelijk is er nu ook al een gedeelte van de regio dat geen gebruik maakt van de pilotsneltesten.
- Draagvlak uitvragen is wel belangrijk, want anders krijg je een oneerlijke pilot waarbij je alleen de scholen in je pilot hebt waar de testbereidheid al groot is.
- GGD zal initiatief nemen voor vervolgesprek voor verdere uitwerking.