

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Kenmerk**  
1746165-210318-PG

**Bijlage(n)**

2

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

Datum 18 september 2020  
Betreft OMT advies 14 september en maatregelen

Geachte voorzitter,

Zoals aangekondigd in mijn brief van 17 september jl.<sup>1</sup>, informeer ik u met deze brief, mede namens de minister van Justitie en Veiligheid, nader over de huidige epidemiologische situatie en de extra maatregelen die we in overleg met de veiligheidsregio's daarop nemen. Dit mede naar aanleiding van het advies dat het OMT heeft uitgebracht en bij deze brief is gevoegd. Voorts zal ik, zoals toegezegd in mijn brief van 11 september jl., over tijdelijke aanpassing testbeleid COVID-19<sup>2</sup>, ingaan op het advies van het OMT over het prioriteren van doelgroepen bij schaarste in de testcapaciteit. Tevens geef ik een laatste stand van zaken met betrekking tot voorrang bij testen van zorgmedewerkers en leraren en de ontwikkeling van extra testcapaciteit.

Tot slot geef ik op verzoek van uw Kamer een reactie op de emailprocedure inzake de overschrijding van signaalwaarden van het corona dashboard en de berichtgeving over het coronavirus op de website van Follow the Money van 11 september.<sup>3</sup>

Duiding van de epidemiologische situatie

Het aantal mensen dat met COVID-19 wordt gediagnosticeerd neemt toe. Inmiddels is ongeveer 1 op de 250 mensen besmettelijk. Besmettingen worden vooral gerapporteerd onder jongeren in de leeftijd van 20-29 jaar, met name 20-24-jarigen, gevolgd door de leeftijdsgroep 30-34 en 15-19 jaar. Uit recente clusters blijkt relatief vaker dan eerst betrokkenheid van studerende. De thuissituatie wordt in het bron-en contactonderzoek het meest genoemd als bron. Andere veelgenoemde situaties waar mensen besmet raken zijn het werk, familie of kennissen/vrienden, feesten/verjaardagen/borrels, vrijetijdsbesteding zoals sportclub en medereizigers. In de afgelopen week worden verpleeghuizen en de horeca vaker dan voorheen, genoemd. Voor studerende waren borrels, groepsbijeenkomsten in horecagelegenheden, studentenhuis en dispuutweekend in de afgelopen weken bron van besmetting. Ook school- en kinderopvang wordt, na beëindiging van de vakantieperiode, vaker genoemd. Echter, het heeft niet geleid tot een relevante toename van clusters onder de schooljeugd en leraren.

---

<sup>1</sup> Kenmerk 2020Z16479

<sup>2</sup> Tweede Kamer, 2020-2021, 25295 nr 537

<sup>3</sup> Kenmerk 2020Z16236

Zoals uw Kamer eerder is gemeld, is de R nu 1.38 en daarmee ruim boven de 1.0, hetgeen onwenselijk is.

Op regionaal niveau zien we met name in de regio's Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Hollands-Midden en Kennemerland veel besmettingen. Hierop wordt verderop in deze brief nader ingegaan.

Gelukkig zien we het aantal ziekenhuis- en IC-opnamen nog maar beperkt meebewegen met deze trend, alhoewel het aantal IC opnamen wel begint toe te nemen (in de afgelopen week zijn er 35 nieuwe bewezen COVID-19 IC opnames ten opzichte van 17 in de week ervoor). De vrees bestaat dat deze toename gestaag doorzet als het virus zich verder verspreidt in de samenleving. We moeten constateren dat de drie ankerpunten van onze strategie onder druk komen te staan. Zo zijn er meer besmettingen in verpleeghuizen, loopt het aantal ziekenhuisopnamen op en komt het bron-en contactonderzoek verder onder druk te staan, waarmee het zicht op het virus minder scherp wordt.

Er blijft dus sprake van een zorgelijke ontwikkeling en we moeten voorkomen dat er een tweede golf aanspoelt in de zorg. Dit leidt ertoe dat maatregelen en ander gedrag noodzakelijk zijn om de trend van een toenemend aantal besmettingen te keren.

#### Hoofdpijnen OMT-advies

Het OMT heeft op 14 september jl. een advies uitgebracht. Dit beslaat twee onderdelen:

1. Maatregelen om de toename in besmettingen te keren.
2. Prioritering van testen en alternatieve vormen van testen.

Het OMT geeft aan de hiervoor geschetste huidige epidemiologische situatie zorgelijk te vinden. Op grond van de duiding, adviseert het OMT om het belang van de huidige maatregelen extra te benadrukken en daarbij aandacht te besteden aan doelgroepgerichte communicatie voor jongeren en minderheidsgroepen. Verder benadrukt het OMT het belang van gerichte, regionale maatregelen gericht op de regionale epidemiologische ontwikkelingen, om de toename in enkele grote steden een halt toe te roepen.

Het OMT adviseert verder om te komen tot een prioritering van testen op basis van medische en epidemiologische gronden. Andere factoren, zoals maatschappelijke en economische gevolgen van prioritering van testen, zijn door het OMT buiten beschouwing gelaten.

Op die gronden adviseert het OMT:

- Het testen van kinderen jonger dan 13 jaar achterwege te laten als zij klachten hebben;
- Personen zonder klachten die komen uit een risicogebied niet meer te testen. Hetzelfde geldt voor personen zonder klachten die uit het bron-en contactonderzoek naar voren komen.

Deze deprioritering laat onverlet dat dezelfde strategie ten aanzien van bestrijding van het virus wordt gevolgd: zicht houden op het virus en het zo snel mogelijk aanpakken van (lokale) verheffingen.

#### BAO-advies

Naar aanleiding van het OMT-advies heeft op 15 september jl. een Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) plaatsgevonden.

Ten aanzien van de huidige epidemiologische situatie, deelt het BAO de zorg over de stijgende cijfers. Het BAO adviseert communicatie te richten op mensen met een migratie achtergrond, jongeren, studerende en daarbij de onderwijsinstellingen en studerende zelf te betrekken.

**Kenmerk**  
1746165-210318-PG

Verder deelt het BAO de noodzaak voor een sterk signaal, dus maatregelen die op korte termijn zichtbaar zijn en adviseert het kabinet daarbij ook lokaal maatwerk mogelijk te maken.

**Kenmerk**  
1746165-210318-PG

Ten aanzien van testen adviseert het BAO om het OMT-advies op te volgen en daarbij voldoende aandacht te besteden aan de uitvoerbaarheid. Uitvoerders hebben tijd nodig om dit goed in te regelen. Het BAO adviseert daarnaast in de communicatie heel helder te zijn over doel, keuzes en mogelijkheden van het testbeleid.

Ten aanzien van de ontwikkeling van sneltesten, neemt het BAO het advies van het OMT over om eerst de resultaten van de validatie van de verschillende sneltesten af te wachten. Het BAO adviseert om in de communicatie vanuit de overheid hier ook heel duidelijk over te zijn.

#### Opvolging van het advies: maatregelen

Het kabinet geeft opvolging aan het OMT-advies en anticipeert op de huidige epidemiologische situatie in de vorm van een aantal concrete maatregelen. Dit betreft regionale maatregelen om de regionale 'oplevingen' zo veel mogelijk regionaal 'de kop in te drukken', ondersteund met landelijke maatregelen. Deze hebben betrekking op maatregelen die in overleg met de veiligheidsregio's zijn uitgewerkt en communicatie. Ik licht dit hieronder toe.

#### *Maatregelen regionaal: extra maatregelen in zes veiligheidsregio's*

Het OMT en kabinet zien het virus in verschillende regio's zich harder verspreiden. Deze week heeft het kabinet daarom intensief overlegd met zes regio's waar de signaalwaarden sterk oplopend zijn: Amsterdam-Amstelland, Haaglanden, Hollands-Midden, Kennemerland, Utrecht en Rotterdam-Rijnmond. Deze regio's treffen nieuwe maatregelen om het virus de kop in te drukken. Daarbij geldt het devies dat we een maximale impact willen hebben op het virus, maar een minimale impact op de samenleving. Dat betekent dat we gericht ingrijpen: in de regio's waar het virus het meest de kop opsteekt en in situaties waarin nieuwe brandhaarden zich voordoen.

In deze regio's worden daarom vanaf zondagavond 20 september 18:00 uur de volgende regels van kracht:

- Voor horeca en organisaties met een horecaverunning geldt dat om 00.00 uur de muziek uit moet, na 00.00 uur er niemand meer naar binnen mag en vanaf 01.00 uur de gelegenheid gesloten is en er geen gasten meer binnen mogen zijn. Dit geldt ook voor de bijbehorende terrassen.
- Voor bijeenkomsten (binnen en buiten) van meer dan 50 mensen gaat een meldplicht gelden. In de melding moet duidelijk gemaakt worden hoe het professionele toezicht<sup>4</sup> op de naleving van de COVID-19 maatregelen geregeld is. Dit geldt niet voor onderwijsinstellingen en culturele instellingen, die structureel meer dan 50 mensen ontvangen, zoals hogescholen, bioscopen en theaters.
- Deelnemen aan gezelschappen mag niet met meer dan 50 personen. Dat geldt zowel buiten als binnen. Een gezelschap is een groep die bij elkaar hoort, zoals een familie of een groep vrienden, of die voor een gelegenheid als groep

---

<sup>4</sup> Hierbij valt te denken aan medewerkers crowdmanagement, stewards, suppoosten of anderszins daartoe aangewezen personen

bij elkaar is, zoals voor een afstudeerfeest, een bruiloft of een gezamenlijk uitje. Concreet betekent dit dat voor besloten feesten in een zaal of bijvoorbeeld in een park het gezelschap niet groter dan 50 mag zijn. Ook mogen geen reserveringen gemaakt worden voor meer dan 50 mensen. Uitzondering daarop zijn demonstraties, uitvaarten, religieuze bijeenkomsten, het beoefenen van theater, dans of muziek in de vorm van culturele uiting, of gezelschappen van personen in de uitoefening van beroep, bedrijf of vereniging. Daarbij gelden natuurlijk overal nog steeds de basisregels, zoals 1,5 meter afstand houden.

- De zes regio's gaan, in samenwerking met het Rijk, gericht communiceren naar doelgroepen waaronder de verspreiding op dit moment sterk oploopt, zoals jongeren, en naar groepen die verantwoordelijk zijn voor de naleving in situaties waar verspreiding plaatsvindt, zoals werkgevers. Daarin wordt zo goed mogelijk aangesloten bij de specifieke situatie in de doelgroep en in de regio, en zoveel mogelijk gecommuniceerd via kanalen die passen bij de doelgroep. Binnen de doelgroepen wordt gezocht naar gezaghebbende individuen of organisaties die kunnen helpen met het overbrengen van de boodschap.
- Tot slot gaan de betreffende veiligheidsregio's zelf door met het treffen van overige maatregelen binnen de eigen regio, en worden deze aangescherpt en geïntensiveerd. Sommige veiligheidsregio's hebben bijvoorbeeld aangegeven 'venstertijden' in te gaan stellen voor kwetsbare groepen in publieke gebouwen, anderen wijzen gebieden aan waartoe 's nachts toegang ontzegd, wordt, omdat hier illegale feesten worden gegeven. Elke regio zal duidelijk communiceren wat de maatregelen zijn die regionaal gelden. Intensieve handhaving, gericht op de prioriteiten die in de betreffende regio spelen, maakt overal onderdeel uit van de aanpak.

Een samenvatting van deze maatregelen is gevisualiseerd in bijlage 2.

*Maatregelen landelijk: communicatiecampagne gericht op jongeren*

We zien veel besmettingen in het bijzonder in de leeftijdsgroep 20-24 jaar. Zij zijn op dit moment de motor van de epidemie. Deze groep is weerbarstig: we weten niet precies waar ze worden besmet, omdat deze groep veel verschillende contacten heeft.

Het is begrijpelijk dat volhouden van de regels moeilijk is, maar het is wel nodig. Daarom is extra en specifieke aandacht nodig voor deze doelgroep en wordt de communicatie geïntensiveerd. De massamediale campagne 'alleen samen' wordt nog steeds ingezet en is ook voor deze doelgroep bedoeld. Maar het is niet voldoende. Daarom heeft het kabinet ook een aantal andere lijnen ingezet om de communicatie te versterken.

Allereerst verdienen het onderwijs en studenten een compliment hoe zij in het afgelopen halfjaar om zijn gegaan met de coronacrisis. Momenteel kijkt het kabinet naar de communicatie voor en door jongeren. Hierover is het kabinet in gesprek met de burgemeesters van studentensteden, met jongeren- en studentenorganisaties, met studentenhuysvestingsorganisaties en met de onderwijsinstellingen in het mbo, hbo en wo. De ministers van Justitie en Veiligheid en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap hebben alle burgemeesters van de twaalf universiteitssteden verzocht in overleg met vertegenwoordigers van studenten te treden om de toename van het aantal besmettingen aan te pakken. Daarbij heeft het kabinet ook opgeroepen om op zoek te gaan naar meer ruimte

voor fysiek onderwijs, waarbij de 1,5 meter afstand goed aangehouden kan worden en daarop samen te laten werken tussen de gemeenten en instellingen. De onderwijsinstellingen communiceren al met studenten over het belang van naleven van de basisregels. Het kabinet roept de gemeenten, de jongeren- en studentenorganisaties, de studentenhuysvestingsorganisaties en de onderwijsinstellingen op om deze communicatie verder uit te breiden. Het kabinet ziet gelukkig al veel partijen hun verantwoordelijkheid nemen. Zo hebben studentenverenigingen in Delft alle Delftse studenten per brief opgeroepen om de maatregelen en het testbeleid na te leven. Aanvullend initieert het kabinet tegelijk ook een landelijke jongerencampagne onder de noemer 'Daar doe ik het voor'.

**Kenmerk**  
1746165-210318-PG

Ten tweede vraagt het kabinet ook aan de gemeenten om daar waar dat kan extra te communiceren richting jongeren. Een groot aantal gemeenten heeft al campagnes lopen, in het ene geval zijn ze zelf de afzender, in het andere geval zijn lokale partners de afzender. Twee in het oog springende voorbeelden zijn de campagne 'niet lullen maar testen' die in Rotterdam studenten stimuleert om zich te laten testen en de campagne in Amsterdam die ingaat op de motivatie om je aan de basisregels te houden. Samen met de veiligheidsregio's delen we de goede voorbeelden van campagnes en aanpakken die aanslaan. Op zo'n manier voorkomen we dat elke gemeente het wiel zelf moet uitvinden.

Tot slot intensificeert het kabinet ook de eigen communicatie naar deze doelgroep. De communicatie die al loopt via de 'alleen samen'-campagne krijgt extra inzet op sociale media, speciaal gericht op jongeren. Daarnaast wordt de campagne verrijkt met twee nieuwe aanvullende communicatie-aanpakken:

- De eerste aanpak richt zich op het versterken van de motivatie van jongeren om zich aan de regels te houden. De succesvolle jongerencampagne van de gemeente Amsterdam wordt landelijk uitgerold. Deze campagne gaat over de motivatie om regels op (blijven) te volgen. Jongeren uit Amsterdam geven zelf aan wat voor hen de belangrijkste motivatie is om zich aan regels te houden. De campagne draait op sociale media en is te zien op posters in de gemeente. Ik ben inmiddels in contact met de veiligheidsregio's waar de meeste besmettingen onder jongvolwassenen te zijn. De meeste van deze veiligheidsregio's hebben aangegeven dat ze de campagne over zullen nemen met lokale jongeren die hun eigen motivatie delen. Eind september hebben de eerste veiligheidsregio's deze aanpak draaiend.
- De tweede aanpak is gericht op het 'hoe dan'. Het kabinet werkt samen met de belangrijkste media die zich op jongeren richten en bij jongeren het meest populair zijn (radio, Spotify, tijdschriften en sociale media kanalen). Deze media zijn zo geselecteerd dat het bereik onder jongeren optimaal is. Op deze kanalen komen inhoudelijke bijdragen, gemaakt door makers die vooral voor jongeren content maken. Daarmee borgen we dat deze bijdragen ook interessant zijn voor de doelgroepen en door hen relevant gevonden worden. In de bijdragen komen relevante dilemma's aan de orde: hoe kun je daten in tijden van corona?, wat doe je als je je oma wilt bezoeken en haar wilt beschermen?, hoe vier je een feestje en hou je je toch aan de basisregels? De aanpak is op 14 september gestart met een eerste bijdrage in de sociale media van een glossy, in de week van 21 september zijn de meeste andere kanalen ook aangesloten. Deze aanpak blijft de komende maanden doorlopen. Doordat er goed inzicht is in de bereikcijfers, zal deze aanpak voortdurend worden bijgestuurd en worden geoptimaliseerd.

Vanaf het begin van de crisis heeft het kabinet veel aandacht besteed aan het bereiken van iedereen in Nederland. Om die reden is veel van het communicatiemateriaal ook vertaald naar onder andere Turks en Marokkaans. Daarnaast is specifiek rondom een aantal grote islamitische feestdagen hierover gecommuniceerd. Het kabinet gaat door met de communicatieaanpak richting de migrantengroepen en intensiveert dit met extra communicatie-inzet. Centraal staan hier microlokale netwerken, dit zijn netwerken die in wijken van de steden opereren, het gaat daarbij om moskeeën, zelfhulporganisaties en buurthuizen. Gemeenten hebben goed zicht op deze netwerken, samen met de gemeenten spreken we de netwerken aan en faciliteren we deze netwerken om de migrantengroepen goed te bereiken.

**Kenmerk**  
1746165-210318-PG

#### *Toelichting Escalatieladder en regionale aanpak*

In mijn brief van 1 september jl<sup>5</sup>, informeerde ik u over de zogenaamde escalatieladder. Hieronder licht ik toe hoe dit werkt en hoe de escalatieladder de afgelopen weken voor het eerst is toegepast resulterend in de aanpak voor de zes regio's.

#### *Escalatieladder en regionale aanpak*

Een belangrijke les die we hebben getrokken uit de eerste periode in het bestrijden van het virus is dat we zo gericht mogelijk maatregelen willen nemen met zo weinig mogelijk maatschappelijke impact. Niet overal is de virusverspreiding hetzelfde. Dus niet overal doen we hetzelfde. Daarom gebeurt er zoveel mogelijk regionaal. Om maatregelen zo gericht mogelijk te nemen, hebben we de escalatieladder ingericht. Een middel om in gezamenlijke afstemming tussen Rijk en regio, op basis van zo goed mogelijke informatie en duiding per regio, te komen tot inschaling en afstemming en samenwerking op maatregelen.

#### *Inzichtelijk maken hoe regio's er voor staan*

De uitkomst van het toepassen van deze escalatieladder is vanaf 18 september te zien op het coronadashboard. Elke week wordt geduid hoe regio's zijn 'ingeschaald'. Er zijn drie niveaus. Staat het risiconiveau op 1, dan moeten we waakzaam zijn. Staat het risiconiveau op 2, dan nemen de besmettingen flink toe en is de situatie zorgelijk. En dat vraagt aanvullende, doorgaans regionale maatregelen, die moeten helpen om de verspreiding van het virus terug te dringen. Als de situatie ernstig is, dan delen we een regio in op risiconiveau 3. Dan zijn harde maatregelen nodig om kwetsbare mensen te beschermen en de zorg in de benen te houden. Dit wordt bepaald op basis van alle beschikbare informatie en op basis van de adviezen van experts van de GGD, de veiligheidsregio's en het RIVM. Met publicatie op het dashboard, is voor iedereen in één oogopslag duidelijk hoe het ervoor staat met het coronavirus in verschillende delen van het land. Daarbij wordt uitgelegd wat die inschaling mogelijk betekent voor de coronamaatregelen die in de regio gelden. Uit de inschaling en het 'stempel' waakzaam, zorgelijk of ernstig, volgt overigens niet automatisch een bepaalde maatregel. Dit is maatwerk en kan per regio verschillen.

#### *Hoe werkt de inschaling?*

De escalatieladder werkt zo dat in het wekelijkse inschalingsoverleg met Rijk, regio's en RIVM wordt gekeken of een regio extra aandacht vergt. Hiervoor wordt informatie gebruikt vanuit het coronadashboard, informatie van de RIVM en de GGD'en en informatie vanuit de veiligheidsregio's.

---

<sup>5</sup> Tweede Kamer, 2019–2020, 25 295, nr 508

In de e-mail procedure van 14 september 2020, heeft de vaste Kamercommissie van VWS mij gevraagd om in te gaan op de overschrijding van signaalwaarden op het coronadashboard.<sup>6</sup> Als een regio meer dan 50 besmettingen per 100.000 in de afgelopen week telde (van maandag tot maandag), geeft mij dat reden om de regio in het inschalingsoverleg te bespreken. Dit komt overeen met een overschrijding van de signaalwaarde van 7 positieve testen per 100.000 inwoners gedurende 7 dagen. Vervolgens wordt de epidemie in deze regio's nader onderzocht en worden maatregelen voorbereid. Indien de cijfers nog een tweede week boven de 50 besmettingen per 100.000 lijken uit te komen, wordt de regio in principe ingeschaald naar 'zorgelijk'. De methodiek wordt sinds deze week toegepast.

Uiteraard is het aantal positieve testuitslagen niet de enige indicator waarop besluitvorming plaatsvindt. Zo wordt ook landelijk gekeken naar het aantal ziekenhuis- en IC-opnamen en het reproductiegetal. Tevens wordt bekeken in hoeverre in een regio het bron- en contactonderzoek onder druk staat.

#### *Van inschaling naar instrumenten*

Als de situatie verslechtert, is dat aanleiding voor veiligheidsregio's en GGD'en om – op basis van de analyse en duiding – te bezien welke aanvullende instrumenten mogelijk zouden kunnen helpen. Hiervoor is ter inspiratie een instrumentenkist ontwikkeld die regio's kunnen gebruiken. Regio's en rijkoverheid gaan samen in gesprek over wat nodig is om de gekozen instrumenten te kunnen inzetten. Vaak kunnen regio's dit zelf. Soms vraagt dit om een aanwijzing vanuit de Minister van VWS op grond van de wet Publieke Gezondheid. Op het moment dat de situatie weer verbetert, kunnen de maatregelen weer worden versoepeld. Zo doen we zo precies mogelijk wat nodig is. Iedereen levert vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid een bijdrage aan het maatwerk per regio.

#### *Uitkomst van de eerste inschaling: zorgelijk beeld zes veiligheidsregio's*

Afgelopen week hebben we de eerste inschalingscyclus doorlopen. Ik heb veel lof voor de manier waarop de GGD'en, het RIVM en de veiligheidsregio's de afgelopen weken met de ministeries hebben samengewerkt om deze structuur neer te zetten en de juiste informatie te verzamelen.

Deze cyclus heeft er toe geleid dat vanaf vandaag zes regio's worden ingeschaald als 'zorgelijk'. Het gaat om Amsterdam-Amstelland, Haaglanden, Rotterdam-Rijnmond, Utrecht, Kennemerland en Hollands-Midden. In deze regio's Amsterdam-Amstelland, Rotterdam-Rijnmond en Haaglanden liepen enkele weken geleden de cijfers enorm op en zijn zorgen ontstaan over de besmettingen. Parallel daaraan is het aantal BCO's sterk gestegen, hetgeen een groot beroep doet op capaciteit. Ik ben toen gesprekken gestart samen met deze regio's, de GGD'en en het RIVM. Recenter zijn ook de cijfers in de regio's Utrecht, Kennemerland en Hollands-Midden boven de signaalwaarde uitgekomen. Daarom ben ik deze week ook met hen bestuurlijke gesprekken gestart.

Verder zien we in deze regio's de druk op het testen en het bron- en contactonderzoek in deze regio's toenemen en zien we dat de basisregels onvoldoende worden nageleefd. Aanvullende maatregelen zijn nodig om de

---

<sup>6</sup> Kenmerk 2020Z16236

verspreiding van het virus weer onder controle te krijgen en terug te keren naar een beheersbare situatie.

**Kenmerk**  
1746165-210318-PG

De andere veiligheidsregio's blijven vooralsnog op "waakzaam" staan, maar samen met de GGD'en, het RIVM en de veiligheidsregio's zelf, blijven we goed naar de ontwikkelingen in deze regio's kijken. In de tweede inschalingscyclus – die woensdag 16 september is begonnen – is de nieuwe signaleringssystematiek van het RIVM voor het eerst toegepast. Op basis daarvan vinden nu gesprekken plaats met meerdere andere regio's.

De inschaling van alle 25 veiligheidsregio's wordt vanaf nu getoond op het coronadashboard.

#### *Kwetsbare personen in verpleeghuizen*

In de regio's waarin sprake is van een verhoogde besmetting, vraagt de bescherming van kwetsbare personen, in het bijzonder in verpleeghuizen, om extra aandacht en afweging. De directeur Publieke Gezondheid van de desbetreffende regio's zal de bestuurders van de verpleeghuizen in hun regio informeren op het moment dat de risico-inschaling van de regio verandert. De directeur bespreekt met de verpleeghuizen bij het oplopen van besmettingen welke maatregelen zij treffen, dan wel kunnen treffen, die passend zijn bij de lokale situatie.

Deze maatregelen kunnen betrekking hebben op:

1. het uitvoeren van een gezondheidscheck en de registratie bij bezoek;
2. het frequenter testen van bewoners en zorgmedewerkers;
3. het preventief gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen, ook door bezoekers;
4. het beperken van sociaal contact en bezoek;
5. het verkleinen of scheiden van dagbestedingsgroepen.

Zorginstellingen maken bij het treffen van maatregelen gebruik van de handreiking die veldpartijen hebben opgesteld voor bezoek en sociaal contact<sup>7</sup>. In de handreiking wordt gebruik gemaakt van eenzelfde indeling in fasen als de escalatieladder (waakzaam-zorgelijk-ernstig). De handreiking is een hulpmiddel voor verpleeghuizen om een plan voor bezoek en sociaal contact te maken dat aansluit bij de gegeven situatie in de regio. Het gaat om maatwerk op elke zorglocatie, waarbij een goede balans tussen veiligheid en welbevinden op basis van professioneel inzicht het uitgangspunt is. Een belangrijk hulpmiddel hierbij is ook het behandeladvies van Verenso en NVAVG dat is aangepast naar aanleiding van OMT-advies van 27 augustus jl. Het betreft een aanpassing inzake het preventief gebruik van mondneusmaskers en het frequenter testen van bewoners en medewerkers.

Ook voor de gehandicaptenzorg geldt dat bestuurders op lokaal niveau en lokale uitbraakteams, conform hetgeen is weergegeven in mijn brief van 1 september jl.<sup>8</sup> over de geleerde lessen in de gehandicaptenzorg, waar nodig maatregelen treffen conform de bestaande protocollen rond infectiepreventie. Zij passen daarbij de maatregelen toe in een escalatiesystematiek. Hierin schuilt geen automatisme: een maatregel moet altijd aansluiten bij de lokale context en bij de analyse van de

<sup>7</sup> [https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2020/09/Handreiking\\_bezoek\\_sociaal-contact\\_corona\\_september2020.pdf](https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2020/09/Handreiking_bezoek_sociaal-contact_corona_september2020.pdf)

<sup>8</sup> Kenmerk 1709971-207318-LZ



lokale problematiek, maar ook de juiste balans vinden tussen veiligheid en kwaliteit van leven. Voor mensen met een beperking die thuis wonen, zullen vooral de algemene hygiëne- en gedragsmaatregelen van belang zijn.

**Kenmerk**  
1746165-210318-PG

### Testen

Met goede test- en traceermogelijkheden houden we zicht op de verspreiding van het virus. Het uitbreiden vraagt een nauw samenspel met vele partijen. Om die reden testen we vanaf 1 juni iedereen met klachten. Vanaf half augustus is de testvraag fors gestegen. Gezien de huidige krapte in laboratoriumcapaciteit, kan het nodig zijn om te prioriteren in wie er als eerste in aanmerking komt voor een test. Ik hecht eraan om dit te doen op basis van adviezen van de experts van het OMT.

Het kabinet neemt het advies van het OMT over om het testen bij bepaalde groepen tijdelijk risicogerichter te organiseren. Ik beschouw het advies van het OMT als een bevestiging van mijn besluiten om het testen van mensen zonder klachten in de teststraat op Schiphol te pauzeren en om enkel te testen bij klachten bij app meldingen van een nauw contact, zoals ik 11 september jl. meldde aan uw Kamer<sup>9</sup>. Aanvullend daarop besluit het kabinet dat kinderen in de basisschoolleeftijd met klachten niet hoeven te worden getest. Het OMT adviseert dat indien prioritering nodig is in verband met de testcapaciteit het testen van deze kinderen achterwege kunnen laten. Bij jonge kinderen komen er veelvuldig episodes met luchtwegklachten voor, zeker nu we richting de herfst gaan. Het percentage besmettingen met COVID-19 dat gevonden wordt bij kinderen in de basisschoolleeftijd die getest worden, is consistent heel laag. Het kabinet kiest er voor te benadrukken dat deze kinderen niet getest hoeven te worden, maar hen niet categorisch uit te sluiten van testen. Indien kinderen ernstig ziek zijn, kunnen zij op indicatie van hun huisarts getest worden.

Ik heb uw Kamer 11 september jl. per brief geïnformeerd over mijn besluit om leraren en zorgpersoneel met voorrang te testen en ik informeer u verderop in deze brief over de voorbereidingen daarop. Het BAO adviseerde dat het analoog aan de prioriteit van leraren ook wenselijk is om ook medewerkers in de kinderopvang voorrang te geven bij het testen. De 17 september jl. aangenomen motie<sup>10</sup> van het lid van Meenen roept ook op om medewerkers in de kinderopvang ook met prioriteit te testen. Zoals ik u eerder heb geïnformeerd, beperk ik de voorrang nu tot zorgmedewerkers en leraren. Het is vanwege uitvoeringstechnische redenen niet mogelijk om medewerkers in de kinderopvang op korte termijn toe te voegen aan de prioriteitsregeling. Daarnaast is de prioriteitsregeling een tijdelijke maatregel en ik verwacht dat deze slechts enkele weken van kracht is, omdat de testcapaciteit sterk oploopt. Ik zal medio oktober bezien of testen met prioriteit, en zo ja voor wie, nog aan de orde is en zal medewerkers uit de kinderopvang daarbij betrekken (met inachtneming van het OMT-advies).

In mijn overweging neem ik mee, dat het testen via de individuele gezondheidszorg bij de huisarts de mogelijkheid biedt om de meest kwetsbare personen in onze samenleving te testen en dat zorgpersoneel vanaf begin volgende week ook met voorrang getest kan worden.

---

<sup>9</sup> 'Tijdelijke aanpassing testbeleid covid-19', vergaderjaar 2020-2021, 2020Z16213, 11 september

<sup>10</sup> Kenmerk: 35 300-VIII-216

*Beleid thuisblijven bij klachten voor kinderen t/m 12 jaar*

Het OMT adviseert ook voor basisschoolkinderen het beleid t.a.v. thuisblijven bij klachten aan te passen. Dit advies neem ik over. Het beleid dat voor neusverkouden kinderen t/m 6 jaar eerder al gold, wordt dan doorgetrokken naar alle kinderen in de basisschoolleeftijd. Dit houdt in dat kinderen in de basisschoolleeftijd naar de kinderopvang of andere vormen van kinderopvang én naar de basisschool mogen als zij alleen neusverkoudheidsklachten hebben zonder koorts.

Ten aanzien van sneltesten neemt het kabinet het advies van het OMT over om eerst de resultaten van de validatie van de verschillende sneltesten af te wachten. Er is nog onduidelijkheid over de gevoeligheid (sensitiviteit) en betrouwbaarheid (specificiteit) van deze testen. Hieronder beschrijf ik de mogelijke rol van deze testen in het testbeleid en de wijze waarop ik mij voorbereid op de uitkomsten van de validatie.

*Laatste stand van zaken voorrang testen van zorgmedewerkers en leraren*

Zoals ik in mijn Kamerbrief van 11 september jl. aangaf, wil ik medewerkers in de zorg en leraren met prioriteit testen. In die brief schetste ik de overwegingen waarom ik deze groepen voorrang verleen en gaf ik aan om welke doelgroep het precies gaat. Hieronder ga ik in op de vraag hoe het met prioriteit testen in de praktijk vorm krijgt.

De GGD werkt ontzettend hard, zodat vanaf aanstaande maandag 21 september met prioriteit kan worden getest. De regionale GGD'en richten daarvoor per regio een voorrangssysteem in. Dat betekent dat in elke regio minstens één *fastlane* beschikbaar is waarin met voorrang getest wordt. In die teststraten wordt een bepaalde tijdsperiode gereserveerd voor zorgmedewerkers en leraren. Zij kunnen zich aanmelden via het coronatest prioriteitsnummer dat maandagochtend om 07.30 bekend wordt gemaakt. Zij krijgen niet alleen voorrang bij het maken van de afspraak, maar ook worden de monsters met voorrang onderzocht in de laboratoria. Streven is dat de testuitslag op dezelfde dag bekend is als de testafname. Meer informatie over de prioriteitsregeling staat op de website van de rijksoverheid ([www.rijksoverheid.nl/testen-onderwijs-en-zorg](http://www.rijksoverheid.nl/testen-onderwijs-en-zorg)).

Zoals ik in mijn eerdergenoemde brief aangaf, kan het testen met prioriteit alleen op een verantwoorde manier plaatsvinden als de betreffende medewerkers en hun werkgevers kritisch bezien of voorrang daadwerkelijk nodig is. Voorrang mag immers niet onnodig ten koste gaan van het testen van andere mensen met klachten. Daarom heb ik de koepels van werkgevers in verschillende sectoren van de zorg en het (primair en voortgezet) onderwijs gevraagd dit ook naar hun leden uit te dragen. Het is ook de bedoeling dat alleen medewerkers uit de zorg en het onderwijs die vallen onder de doelgroepomschrijving, zoals ik in mijn brief van 11 september jl. uiteenzette, een afspraak kunnen maken. Een van die voorwaarden is dat zij essentieel zijn om de continuïteit van de zorg en het onderwijs te borgen. Bij het maken van een afspraak en in de teststraat moeten zij een bewijsstuk kunnen overleggen. Meer informatie hierover staat op de website van de rijksoverheid.

Er zijn nu al zorginstellingen waar zorgmedewerkers met voorrang getest kunnen worden. Het is uiteraard niet de bedoeling dat het inrichten van fastlanes door de GGD aanleiding vormt om te stoppen met deze goede initiatieven.

### *Naar een betere balans in vraag en aanbod testen*

Op dit moment is de vraag naar testen hoger dan het aanbod. Dat ligt met name aan de schaarse laboratoriumcapaciteit. Om deze situatie zo kort mogelijk te laten duren, ben ik volop bezig om extra capaciteit te organiseren. Ik heb onder andere vanuit VWS met drie buitenlandse laboratoria contracten afgesloten en ik zal de komende week de eerder in gang gezette overeenkomsten sluiten met laboratoria die inzetten op het gepoold analyseren van testen. Ik verwacht dat hiermee vanaf begin oktober iedereen met milde klachten weer snel getest kan worden, maar dit is mede afhankelijk van de ontwikkeling van de vraag. Ik zet nu op het creëren van een forse overcapaciteit, op het verder spreiden van mogelijke risico's in het aanbod van testcapaciteit en op het steviger sturen op teststromen dan we tot nu toe doen. Daarmee kan ik ook nog beter inspringen op eventuele scenario's, waarin er sprake is van een onverwachte stijging in de testvraag, plotseling grootschalige uitbraken of het uitvallen van laboratoriumcapaciteit. De ervaring tot nu toe leert dat dit kritische pad scherper moet worden gedefinieerd. Overcapaciteit, spreiding risico's en steviger sturen op teststromen zijn dan cruciaal.

**Kenmerk**  
1746165-210318-PG

In de komende paar maanden zal ik het testbeleid in Nederland daar bovenop aanvullen met andere, nieuwe manieren van testen. De testen die op dit moment immers (op steeds grotere schaal) worden uitgevoerd door de laboratoria, gelden vooralsnog als de gouden standaard van de COVIDtesten. Deze PCR-test is zeer gevoelig, maar de doorlooptijd tussen het afnemen van de test en de testuitslag is vaak te lang. De afgelopen tijd zijn diverse producenten begonnen met het ontwikkelen van zogenaamde antigeentesten. Deze zijn weliswaar iets minder gevoelig dan de PCR-testen, maar de doorlooptijd tussen het afnemen van de test en de testuitslag is veel korter en het is mogelijk om deze testen op veel grotere schaal en veel vaker in te zetten. Daarmee kunnen ze wellicht een andere functie vervullen in het Nederlandse testbeleid. Het RIVM voert momenteel een klinische validatie uit van een vijftal reeds bestaande antigeentesten en gelet op de ervaringen in andere landen ben ik optimistisch over het potentieel hiervan. Als de resultaten van deze validatie positief zijn, kunnen deze testen een goede aanvulling vormen op het testbeleid door 'getrapt' testen in te voeren in bepaalde situaties (eerst een antigeentest en als die positief is alsnog een PCR-test). Als het gaat om infectieziektebestrijding, is het grote voordeel dat de sneltesten ons in staat stellen om niet alleen meer mensen te gaan testen, maar ze vooral ook vaker te gaan testen. Dit kan veel maatschappelijke winst opleveren.

Ik verwacht dat het RIVM begin november klaar is met de klinische validatie. Gelijktijdig zal het OMT mij adviseren over een afwegingskader voor de inzet van deze antigeentesten en bereid ik mij in de tussentijd voor op de aanschaf en inzet van deze testen. Ik wil hiermee voorkomen dat Nederland een onvoldoende claim kan doen op de beschikbare sneltesten of er op een te laat moment kan worden geleverd. Ik verwacht deze sneltesten te kunnen gaan inzetten vanaf de maand november en ik ben in gesprek met de GGD'en en andere partijen over de mogelijkheden van inzet hiervan.

Voor de periode vanaf einde van dit jaar verwacht ik ook veel van innovatieve testmethoden die nu in ontwikkeling zijn maar nog niet beschikbaar op de markt. Deze testen zijn deels aanvullend, deels potentieel vervangend voor de huidige PCR-testen en ik stimuleer dat ook financieel. Voorbeelden van dit soort testen zijn ademtesten en isotherme PCR testen. Van deze laatste techniek is TNO, mede door mij gesteund, recentelijk gestart met de validatie bij een GGD. Dit soort

testen kunnen vaak al binnen een paar minuten, of zelfs nog sneller een uitslag geven. Als deze testen zijn doorontwikkeld en voldoende accuraat zijn, voorzie ik allerlei toepassingen.

**Kenmerk**  
1746165-210318-PG

Deze testen zouden dan ook gebruikt kunnen worden om op grote schaal mensen zonder klachten te testen. Bijvoorbeeld:

- Periodiek testen van mensen met contactberoepen
- Periodiek testen van mensen in een kwetsbare positie (ouderen, verpleeg, verzorgingstehuizen en thuiszorg etc.)
- Ook commerciële toepassingen voor werknemers of bij toegang tot evenementen zijn op termijn denkbaar.

Ik verwacht eind dit jaar meer te kunnen melden over de voortgang van de ontwikkeling en de bruikbaarheid van dit soort innovatieve testmethoden, die er hopelijk voor kunnen zorgen dat onze samenleving steeds verder open kan, ondanks dat het virus nog niet verslagen is.

Bovenstaande ontwikkelingen, de recente overeenkomsten die ik heb gesloten en de nog af te sluiten overeenkomsten met enkele poolinglabs, zijn voor mij ook aanleiding de toedeling van de verschillende teststromen aan de laboratoria opnieuw te bezien voor het najaar, rekening houdend met de uiteenlopende doelen met testen en de effectiviteit en efficiëntie van alle laboratoria.

De GGD'en en laboratoria hebben tot nu toe een redelijke ruimte om regionaal de testcapaciteit te organiseren, waarbij het LCDK dit landelijk monitort en teststromen verlegt waar nodig. Ik ga op korte termijn, in overleg met de partijen in de keten, over op een andere systematiek. Daar waar snelheid en specifieke expertise noodzakelijk is, maken de GGD'en gebruik van de laboratoria in de regio en/of die aan een ziekenhuis zijn verbonden. Een groot deel van de teststromen in de GGD-teststraten waarbij dit niet het geval is zullen geanalyseerd kunnen worden in laboratoria die hoge volumes aankunnen. Ik ga bindende afspraken maken met de GGD'en en laboratoria en geef het LCDK het mandaat om steviger te kunnen sturen op teststromen.

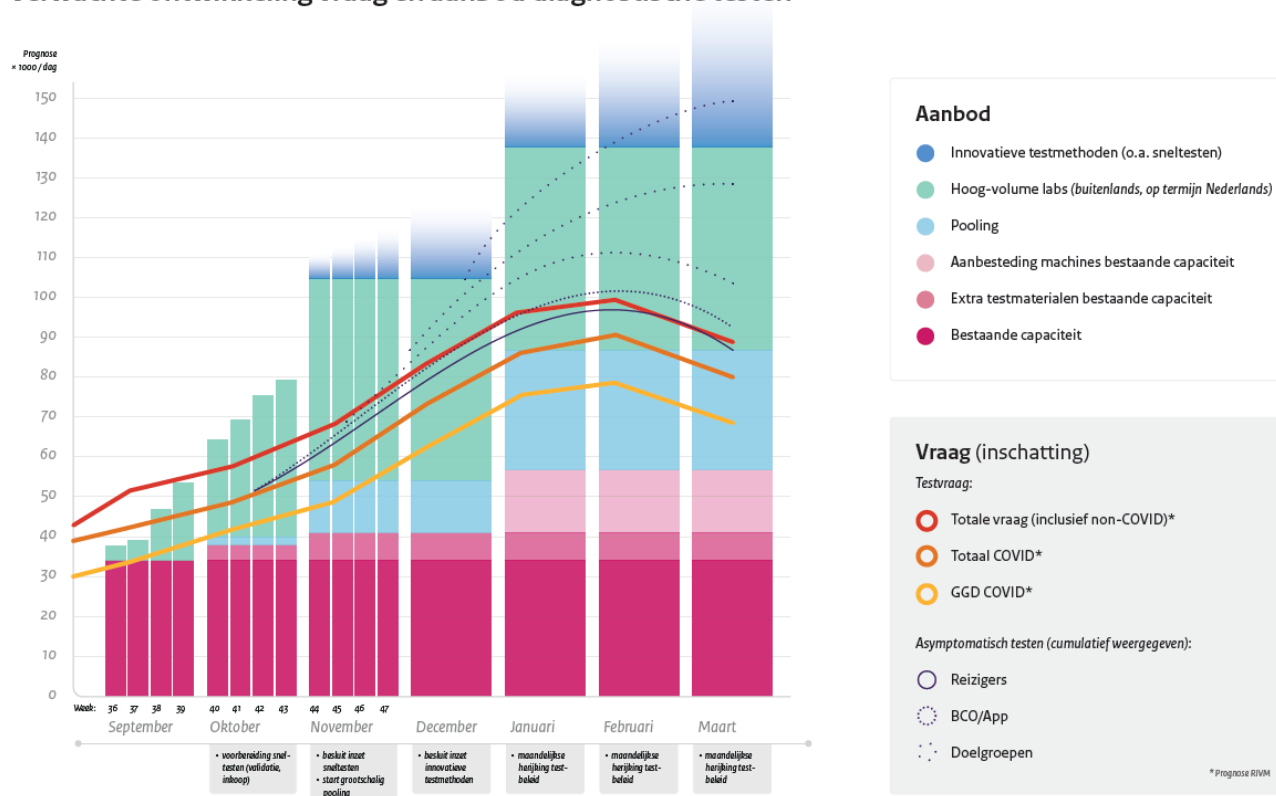
Tot slot nog het volgende: de indruk bestaat bij de GGD, hoewel dit lastig cijfermatig is te onderbouwen, dat een deel van de mensen die een afspraak maken bij de GGD-teststraat zich om andere redenen laat testen en geen milde klachten hebben. Bijvoorbeeld omdat de werkgever dit vraagt of omdat men veel zorgen heeft over een mogelijke besmetting. Hoewel dit zeer begrijpelijke motieven zijn, moeten we voorkomen dat deze vraag concurrerend is met die van mensen met milde klachten. Ik wil dan ook samen met de GGD'en kritisch kijken welke mogelijkheden er zijn in communicatie om dit te voorkomen. Dat kan zijn door bijvoorbeeld "veeltesters" actiever te benaderen of tijdens het maken van een afspraak preciezer door te vragen naar de klachten.

Hieronder breng ik het hierboven beschreven pad in beeld waarbij wordt beschreven hoe de ontwikkeling van vraag (symptomatisch en asymptomatisch) en aanbod (in de verschillende type testen) de komende periode eruit zal zien:

**Kenmerk**  
1746165-210318-PG

## Verwachte ontwikkeling vraag en aanbod diagnostische testen

17 september 2020



### Opbouw testcapaciteit

Zoals aangegeven, is de opbouw van testcapaciteit een belangrijk onderdeel van onze aanpak. Uw Kamer heeft hierover via een emailprocedure ook vragen gesteld, mede naar aanleiding van het artikel van follow the money van 11 september jl. Hierbij ga ik nader in op de opbouw van de testcapaciteit en geef ik u mijn reactie naar aanleiding van dit artikel.

Er is een reden waarom we vanaf het begin hebben gekozen voor de inzet van het al bestaande netwerk van opschalingslaboratoria. Deze structuur is opgezet om in situaties met een initieel beperkte hoeveelheid kennis en materialen en een afwezig of beperkt aanbod van goed gevalideerde testen, toch een snelle en kwalitatief hoogstaande uitrol van de noodzakelijke diagnostische capaciteit en expertise in Nederland te faciliteren. Het kon dus snel uitgerold worden en doorlooptijden waren kort vanwege de kortere afstand tussen testafname locatie en de labs. Ook de GGD'en gaven de voorkeur aan het inzetten van de regionale labs omdat zij hier al werkafspraken mee hadden. Mijn ministerie heeft echter, naast dit bestaande netwerk, al in april twee veterinaire laboratoria aangesloten en Sanquin gevraagd om paraat te staan als overloopcapaciteit (pandemielabs) wanneer de testvraag extra zou toenemen. Daarnaast zijn de 5 HPV-laboratoria gedurende de zomermaanden ingezet als extra capaciteit. Er is dus geen sprake

geweest van exclusieve benutting van medisch microbiologische laboratoria. De drie pandemielabs ontvingen vanaf mei/juni teststromen. De inzet van deze en ook andere inmiddels gevalideerde laboratoria zoals eerstelijnslaboratoria of commerciële laboratoria, is gedurende de periode april t/m juni nog niet op grote schaal ingezet. Nu de testvraag de afgelopen tijd sterk is gestegen, worden deze laboratoria volop ingeschakeld en heb ik aanvullend ook contracten afgesloten met grote buitenlandse laboratoria.

**Kenmerk**  
1746165-210318-PG

Ik heb mij voorbereid op de testvraag op basis van de schattingen van het RIVM. In het maximale scenario was dit 30.000 in de zomer, in september 37.500, in december 70.000 en februari 85.000 testen per dag voor Sars-Cov-2 diagnostiek. Dit is exclusief de testvraag vanuit de reguliere diagnostiek, die gebruik maakt van dezelfde materialen. Om deze aantallen testen per dag te bereiken, is een reeks acties ondernomen waarvoor ik u verwijs naar mijn brief van 28 augustus en 11 september.

In het artikel wordt gesuggereerd dat de vertegenwoordigers van de VMML en Taskforce Diagnostiek, op basis van eigen belang ons heeft geadviseerd. Ik blijf bij mijn standpunt dat ik ervan uit ga dat financiële belangen geen doorslaggevende rol hebben gespeeld in de bijdrage die de laboratoria leveren aan de bestrijding van de crisis. Ik verwacht ook hetzelfde van laboratoria die het gevoel hebben dat andere partijen dit zouden hebben gedaan.

#### Tot slot

Samen met alle betrokken partijen werken we hard om, op basis van de geschetste aanpak, in gezamenlijkheid de juiste maatregelen te nemen. Ik wil hierbij mijn waardering uitspreken voor de inzet van diverse betrokken organisaties en sectoren, waar grote inspanningen worden gedaan om diverse maatregelen concreet door te voeren tot op de werkvloer. Met de sectoren geven we die uitvoering in de inzet van de instrumenten vorm. En samen met de achterbannen kijken we ook heel goed of de instrumenten kwetsbare mensen niet isoleren of buitenspel zetten. We hebben een grotere opgave dan mensen alleen te beschermen tegen het coronavirus.

Vanuit diverse hoeken vanuit onze maatschappij klinkt begrijpelijkerwijs de roep om, waar mogelijk, verdere versoepeling van maatregelen door te voeren. Ik snap dat voetbal leuker is in een voller stadion, dat een goede theatervoorstelling een volle zaal verdient en dat mensen bijzondere gebeurtenissen graag goed willen vieren. Alleen kan dat nu echt niet. Op basis van de huidige stand van zaken, waarin het aantal besmettingen nog steeds stijgt en inmiddels zes regio's aanhoudend de signaalwaarde overschrijden, kunnen we de touwtjes niet laten vieren. Sterker nog, we achten het nu noodzakelijk om aanvullende maatregelen te nemen in regio's waar dat nodig is.

Mijn doel is om met de gekozen instrumenten te voorkomen dat het nodig is om (nog) ingrijpender maatregelen te nemen, zoals we eerder hebben gedaan. En uiteindelijk zijn het niet de maatregelen die het virus eronder houden. Wij zijn degenen die dat moeten doen door ons aan de basisregels te houden. Ons gedrag maakt dus het verschil. Als we met elkaar weer het gedeelde gevoel van urgentie ervaren, dan zijn we in staat om de stijgende trend terug te buigen.

**Kenmerk**  
1746165-210318-PG

Hoogachtend,

De minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

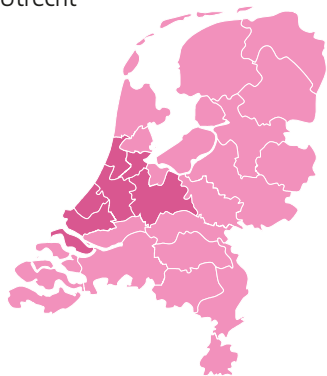


## Regionale maatregelen tegen het coronavirus

Het gaat niet goed met het coronavirus in ons land. In de regio's waar het aantal besmettingen het snelst toeneemt, worden aanvullende maatregelen genomen.

### In welke regio's gelden deze maatregelen?

- Amsterdam-Amstelland
- Haaglanden
- Hollands Midden
- Kennemerland
- Rotterdam-Rijnmond
- Utrecht





De extra maatregelen gelden per 20 september 18:00 uur.


### Horeca

In deze regio's geldt extra:

 **Vanaf 0.00 uur 's nachts** geen nieuwe bezoekers.


 **Vanaf 0.00 uur 's nachts** gaat de muziek uit.

 **Sluiting horeca** uiterlijk om 1.00 uur 's nachts.


 **Sluiting afhaalrestaurants** uiterlijk om 2.00 uur 's nachts en geen verkoop van alcohol na 1.00 uur 's nachts.


### Samenkomsten

In deze regio's geldt extra:

 **Geen gezelschappen van meer dan 50 personen**, zowel binnen als buiten.

Kijk op [rijksoverheid.nl/coronavirus](https://rijksoverheid.nl/coronavirus) voor een overzicht van uitzonderingen, zoals scholen, erediensten en uitvaarten.

 **Meldplicht** voor organisaties bij samenkomsten van meer dan 50 personen. Kijk op [rijksoverheid.nl/coronavirus](https://rijksoverheid.nl/coronavirus) voor een overzicht van uitzonderingen.

 **Bij bezoek thuis** geldt nog steeds: maximaal 6 personen.

### Veiligheidsregio's kunnen extra regionale maatregelen nemen.

Kijk voor actuele informatie op de website van de gemeente waarin je woont of die je bezoekt.

Heb je klachten?



**Blijf thuis.**



**Laat je testen.**

Ben je ook benauwd en/of heb je koorts? Dan moeten alle huisgenoten thuisblijven.



Werk zoveel mogelijk thuis.



Houd 1,5 meter afstand.



Vermijd te drukke plekken.



Was vaak je handen.

**alleen samen krijgen we corona onder controle**

Voorwaarden en meer informatie:  
[rijksoverheid.nl/coronavirus](https://rijksoverheid.nl/coronavirus)  
of bel 0800-1351





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

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

Aan de Directeur-Generaal van de  
Volksgezondheid  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
drs. M. Sonnema  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

A. van Leeuwenhoeklaan 9  
3721 MA Bilthoven  
Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
www.rivm.nl  
KvK Utrecht 30276683  
T 030 274 91 11  
F 030 274 29 71  
info@rivm.nl

Datum 14 september 2020  
Onderwerp Advies n.a.v. 77e OMT

**Ons kenmerk**  
0076/2020 LCI/JvD/at/nn

**Behandeld door**  
LCI  
T (030) 274 7000  
F (030) 274 4455  
lci@rivm.nl

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 14 september 2020 riep het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM het Outbreak Management Team (OMT) bijeen om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. Naast de vaste OMT-leden, vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB), 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), verschillende experts (internist-infectioloog, viroloog, epidemioloog, artsen-microbioloog, een regionaal arts-consulent, ouderengeneeskundige, artsen M&G, arts voor verstandelijk gehandicapten), een vertegenwoordiger van het referentielaboratorium 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 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; de eerder vanwege COVID-19 uitgestelde planbare zorg moet op korte termijn weer kunnen worden opgestart;
- het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;
- het zicht houden op en het inzicht hebben in de verspreiding van het virus.

Op 1 september j.l. 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 het eerste deel van de adviezen van het OMT. Het tweede deel van de adviezen volgt zo spoedig mogelijk.

## B. Actuele situatie

**Datum**

14 september 2020

**Ons kenmerk**

0076/2020 LCI/JvD/at/nn

### Achtergrond

Op 27 februari jl. werd de eerste patiënt met COVID-19 in Nederland gediagnosticeerd. Tot 14-9-2020 zijn er wereldwijd 29.049.134 patiënten met COVID-19 gemeld, van wie 4.170.299 in Europa. Wereldwijd zijn er 924.706 patiënten overleden, van wie 214.272 in Europa. Tot 14-9-2020 zijn er in Nederland 83.399 patiënten met laboratoriumbevestigde COVID-19 gemeld waarvan 12.291 personen werden opgenomen in het ziekenhuis. In totaal zijn 6.256 personen met een bevestigde SARS-CoV-2-infectie overleden.

### Actuele epidemiologische situatie

#### Verloop van de epidemie

Het OMT is geïnformeerd over het verloop van de epidemie en de resultaten van de modellering. Er is een stijgende trend te zien in het aantal COVID-19-gediagnosticeerde gevallen. De aantallen op de IC laten een licht stijgende, maar schommelende, trend omhoog zien, maar de aantallen zijn vele malen kleiner dan in het voorjaar van 2020. De nieuwe schatting van de  $R(t)$  van 28 augustus is 1,38 met betrouwbaarheidsinterval 1,29-1,47 (over Nederland gemiddeld) en blijft dus onverminderd boven de waarde van 1,0, hetgeen ongewenst is. Het is grofweg vergelijkbaar aan die in de ons omringende landen. De verschillen in  $R(t)$  tussen de provincies zijn gering en in het hele land vindt transmissie plaats, en nemen de aantallen bevestigde gevallen toe, ondanks dat er nog steeds grote verschillen zijn in aantallen en incidentie tussen regio's. De ingevoerde maatregelen in augustus 2020 hebben (nog) niet geleid tot een stabiele afname van de  $R(t)$ .

Hoewel het aantal nieuwe meldingen toeneemt zien we nog geen sterke stijging in het aantal ziekenhuisopnames en overlijdens. Het regionale beeld is nog steeds dat in Noord- en Zuid-Holland de toename en het aantal meldingen het grootst zijn. De stijging in de nieuwe meldingen is het hoogst onder 20-24 jarigen, de ziekenhuisopnames vinden met name plaats in de leeftijdscategorieën tussen de 50 en 84 jaar, en overlijdens vinden vooral plaats in de oudste leeftijdscategorieën, vanaf 80 jaar.

De opening van de scholen heeft voorsnog niet geleid tot een relevante toename van gevallen onderen kinderen tot en met 18 jaar, of tot veel clusters onder de leerlingen en leraren.

#### Bron- en contactonderzoek

Het percentage gedetecteerde gevallen van COVID-19 dat via bron- en contactonderzoek (BCO) bekend wordt, is gedaald van gemiddeld 28% in juli 2020 naar gemiddeld 15% (van alle gevallen) in augustus 2020. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat de BCO-registratie onder druk staat. Het percentage geregistreerde positief geteste contacten onder huisgenoten (categorie 1) is nu 8-9% en onder overige nauwe contacten (categorie 2) 4-5%. Bij ongeveer 35% van positief geteste personen zijn gerelateerde gevallen gemeld. Hierbij wordt de setting "thuissituatie" het meest genoemd als oorzaak van besmetting. Andere veelgenoemde settings zijn werk, familie, kennissen/vrienden en medereizigers.

In de afgelopen week worden verpleeghuizen en de horeca vaker dan eerder, in de afgelopen weken, genoemd.

**Datum**

14 september 2020

**Ons kenmerk**

0076/2020 LCI/JvD/at/nn

**Clusters**

Clusters worden gedefinieerd als 3 of meer positief geteste personen waarvan bekend is dat zij aan elkaar gerelateerd zijn. Een 'actief cluster' houdt in dat er de afgelopen 2 weken nog nieuwe gevallen binnen dit cluster ziek zijn geworden. Op dit moment zijn er 433 actieve clusters bestaande uit gemiddeld 6.3 personen, maar met een grote range van 3 tot 238 personen. De grootste clusters (gemiddeld meer dan 10 personen) worden gezien bij clusters waar besmetting gerelateerd is aan medereizigers, horeca, en studentenvereniging. Tenslotte lijken er momenteel weinig clusters te zijn gerelateerd aan uitvaarten, religieuze bijeenkomsten, huisarts- of ziekenhuisbezoek.

**Recente reisgeschiedenis**

Ongeveer 1 op de 5 (18%) gevallen positief getest vanaf 6 juli verbleef in het buitenland in de 14 dagen voorafgaande aan de eerste ziektedag (veelal Frankrijk, Spanje, Turkije). Van 8% van de gevallen is er een grote waarschijnlijkheid dat zij de infectie in het buitenland hebben opgelopen aangezien zij hun eerste ziektedag binnen 2 dagen na aankomst in Nederland hadden. De transmissie binnen Nederland vanuit reizigers ten opzichte van niet-reizigers verschilt zeer beperkt.

**Teststraten**

De teststraat van Schiphol is geopend geweest van 12 augustus tot 12 september jl. Van de geteste personen was 1,7% positief (272/16.137); dit percentage is lager dan in de overige GGD-teststraten in dezelfde periode (2,7%). Er zijn geen gegevens beschikbaar over opkomst van reizigers en percentage van personen met klachten op het moment van het testen.

Het aantal testen bij GGD-testlocaties blijft toenemen. In de week van 31 augustus-6 september zijn meer dan 175.000 testen afgenomen, waarvan 2,9% positief is getest. Dit is een toename ten opzichte van de afgelopen weken. Het hoogste percentage positieven is waargenomen in Zuid-Holland en de regio Amsterdam. Het hoogste percentage positieven in de teststraten is in de leeftijdsgroep 15-24 jaar.

**Prognose ziekenhuizen en IC**

In de laatste 6 weken werd geen stijging van het aantal opnames op de IC waargenomen. Op 14 september waren er 63 COVID-19-patiënten opgenomen op de IC. Recente NICE-data van augustus jl. illustreren dat de gemiddelde ligduur op de IC korter is dan in maart 2020 (circa 8 versus 22 dagen) en dat de mortaliteit gehalveerd is. De reden hiervan is (nog) onbekend en de aantallen sedert juli zijn klein, maar mogelijk is dit een gevolg van verandering in de behandeling van patiënten.

**Beschouwing epidemiologie**

Het OMT vindt de gestage toename van het aantal nieuwe besmettingen over de afgelopen weken zorgelijk. Omdat het aantal gevallen op grond van de  $R(t)$ -schattingen naar verwachting verder zal toenemen adviseert het OMT op korte termijn maatregelen om de toename te keren. Immers, elke vertraging maakt het probleem alleen maar groter. De toename doet zich vooral voor in de jongere leeftijdscategorie van 20-24 (gevolgd door de aangrenzende categorie van 25-29). Uit recente clusters blijkt relatief vaker dan gemiddeld betrokkenheid van

studenten, en van personen uit huishoudens waarvan de hoofdbewoners niet in Nederland geboren zijn. Ook verspreiding op werk speelt een rol. Maar in alle leeftijdscohorten en in alle regio's is er sprake van enige toename van het aantal gevallen. Op grond van deze duiding adviseert het OMT om allereerst nog meer te investeren in de communicatieboodschap welke het belang van de huidige maatregelen benadrukt. Daarbij dient ook nadrukkelijk aandacht te zijn voor de communicatie gericht op minderheidsgroepen die minder goed aansluiten op de traditionele communicatiekanalen van de overheid, liefst met betrokkenheid van de sleutelfiguren voor mensen met een migratieachtergrond. Bij communicatie gericht op jongeren en studenten kunnen influencers ingezet worden. Daarnaast zouden ook werkgevers en bijv. universitaire bestuurders nadrukkelijk betrokken kunnen worden om een rol te spelen in het terugdringen van het aantal gevallen onder werknemers en studenten. Verder benadrukt het OMT het belang van gerichte, regionale maatregelen o.b.v. de regionale epidemiologische ontwikkelingen, waarbij enkele grote steden zoals Amsterdam, Rotterdam en Den Haag gerichte maatregelen nemen om de toename in hun steden snel een halt toe te roepen.

**Datum**

14 september 2020

**Ons kenmerk**

0076/2020 LCI/JvD/at/nn

## C. Adviezen

### Prioritering voor testen

Sinds 1 juni 2020 wordt de mogelijkheid geboden aan alle Nederlanders met (milde) klachten om materiaal te laten afnemen bij een GGD-teststraat voor een SARS-CoV-2-test. Daarnaast wordt in de individuele gezondheidszorg getest op SARS-CoV-2, aangevraagd door medisch specialisten, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. De aanpassing per 1 juni heeft geleid tot een sterke stijging in het aantal RT-PCR-testen dat wordt uitgevoerd bij de medisch-microbiologische en een aantal grote niet-medische laboratoria (pandemielaboratoria). Ook worden steeds meer personen zonder klachten getest. Nu de reguliere gezondheidszorg weer is opgestart neemt ook de reguliere zorgdiagnostiek toe. Dit vraagt om mogelijkheden om te prioriteren in testen. Het testen op SARS-CoV-2 dient verschillende doelen. Medische doelen behelzen diagnostiek bij patiënten zodat de juiste behandeling ingezet kan worden en de juiste infectiepreventiemaatregelen kunnen worden genomen binnen de zorg. In de publieke gezondheidszorg is testen op grote schaal belangrijk om zicht te hebben op de verspreiding van het virus, zodat maatregelen genomen kunnen worden om de verspreiding tegen te gaan. Hoewel testen zelf uiteraard niet de verspreiding inperkt, is een actief test- en traceerbeleid een essentieel hulpmiddel om zicht te houden op de circulatie van SARS-CoV-2 en deze met gerichte maatregelen in te perken met zo min mogelijk sociale en economische consequenties, zoals het voorkomen van een eventuele nieuwe (regionale) lockdown.

Op dit moment is er een dringend tekort aan testcapaciteit en is (tijdelijke) prioritering van testen noodzakelijk omdat de doorlooptijden voor testen sterk oplopen. Het OMT komt in dit advies met een voorstel tot prioritering van testen op basis van medische en epidemiologische gronden.

Andere factoren, zoals maatschappelijke en economische gevolgen van prioritering van testen, zijn niet in dit advies meegewogen omdat dit niet tot de taak en de expertise van het OMT behoort.

Om goede zorg te kunnen leveren en kwetsbare personen in de samenleving te kunnen beschermen is het van belang dat het testen van ernstig zieke patiënten, ouderen met klachten en personen met medisch onderliggend lijden

(risicogroepen) met klachten voorrang krijgt. Daarnaast dient er prioriteit gegeven te worden aan zorgpersoneel dat met kwetsbare en oudere personen in contact is, zowel in instellingen als daarbuiten, zodra zij (milde) klachten ontwikkelen.

Deze prioritering sluit aan bij de prioritering die meerdere landen hebben aangebracht in hun teststrategie. Zowel het European Centre for Disease Control (ECDC), de Health Security Council (HSC) als Duitsland gaan uit van testen bij klachten en geven voorrang aan ernstig zieken en kwetsbare personen.

In het geval er sprake is van clusters of uitbraken binnen instellingen of anderszins risicovolle settings, is het van belang om de omvang van het cluster in kaart te brengen en verdere verspreiding te voorkomen, waarbij op advies van de GGD op indicatie zowel mensen met als zonder klachten getest kunnen worden. Ook personen met een opname-indicatie voor of woonachtig in een zorginstelling dienen bij klachten getest te worden.

Daarnaast laten de huidige epidemiologische gegevens zien dat het vindpercentage van SARS-CoV-2 met name hoog is onder personen die in het BCO naar voren komen als een huishoud- of overig nauw contact van een persoon met COVID-19. Er dient daarom prioriteit gegeven te worden aan deze groep contacten. Het testen resulteert ook in meer zicht op verspreiding van SARS-CoV-2.

Bij het testen van andere personen met (milde) klachten, die geen contact hebben gehad met een bewezen COVID-19-patiënt of recent zijn teruggekeerd uit een hoogrisicogebied, kan op basis van leeftijd een onderverdeling worden gemaakt. Omdat het vindpercentage bij kinderen tot 13 jaar het laagst is van alle doelgroepen (1,3% bij 0-6 jaar, 0,7% bij 7-12 jaar) en kinderen relatief weinig bijdragen aan de verspreiding van het virus, adviseert het OMT om het testen van kinderen jonger dan 13 jaar achterwege te laten als zij milde klachten hebben. Het betreft voor deze groep op dit moment circa 1700 testen per dag. Uiteraard dienen ernstig zieke kinderen wel getest te worden, evenals kinderen uit risicogroepen of kinderen die in andere hierboven genoemde categorieën vallen. Indien ervoor gekozen wordt om kinderen onder de 13 jaar niet meer te testen, dan is het vanuit surveillance-oogpunt aan te bevelen leraren toe te voegen aan de prioriteringslijst om zodoende oog te houden op de situatie op scholen. Ook is dan het advies om kinderen tot 13 jaar met een neusverkoudheid naar school te laten gaan, analoog aan het beleid zoals dat beschreven is voor kinderen jonger dan 7 jaar.

Het testen van personen zonder klachten in andere situaties dan hierboven genoemd wordt door het OMT niet als prioriteit beschouwd. Hoewel het testen van (nog) asymptomatische nauwe contacten van een patiënt wel een positief effect kan hebben op het reproductiegetal, kan een negatieve testuitslag ook leiden tot een schijnveiligheid en doorbreken van de quarantaine. Het testen van personen zonder klachten terugkerend uit een hoogrisicogebied in het buitenland, topsporters of routinematig testen binnen bedrijven, heeft op dit moment geen prioriteit. Het OMT adviseert om het de inkomende reizigers op Schiphol niet meer routinematig te testen (circa 1000 testen per dag).

Deze prioritering is opgesteld vanuit het oogpunt van infectieziektebestrijding. Dit is de reden waarom de personen werkzaam in cruciale beroepen zoals onderwijs en veiligheid niet zijn opgenomen in bovenstaande.

Om tot een optimale teststrategie te komen adviseert het OMT om testen te reserveren voor groepen met de hoogste prioriteit, waarbij er een korte doorlooptijd is van gemiddeld < 12 uur. Goede communicatie is daarbij van belang, zodat personen met klachten passend bij COVID-19 zich laagdrempelig laten testen, zo kort mogelijk na start van de symptomen, en mensen zonder

**Datum**

14 september 2020

**Ons kenmerk**

0076/2020 LCI/JvD/at/nn

klachten zich niet laten testen. Ten slotte dient er te allen tijde voor de rioolsurveillance en NIVEL-surveillance een minimale frequentie van testen te worden gewaarborgd. Uiteraard kunnen deze prioriteiten heroverwogen worden wanneer de testcapaciteit toeneemt of als er nieuwe inzichten zijn, zoals de resultaten van het onderzoek naar het testen van nauwe contacten zonder klachten wat nog loopt.

**Datum**

14 september 2020

**Ons kenmerk**

0076/2020 LCI/JvD/at/nn

### **Regionale prioritering**

Op de vraag of er regionaal prioriteit voor testen moet worden gegeven aan regio's met een hoge infectiedruk, adviseert het OMT als volgt.

Met de vrijgekomen testcapaciteit door sommige groepen (tijdelijk) niet meer te testen wordt verwacht dat regionale prioritering en herverdeling niet noodzakelijk is. Met de verschillende doeleinden van testen voor ogen is het zicht en inzicht in het verloop van het virus te behouden een belangrijk argument om niet te kiezen voor regionale prioritering van testcapaciteit. Inzicht op verloop van het virus dient te allen tijde aanwezig te zijn, in alle regio's. Als er een verdeling van testen over het land wordt uitgevoerd, dan zullen sommige regio's krappert zitten in het aantal testen terwijl ook in die regio's, waar op dit moment de infectiedruk relatief laag is, er ook voldoende getest moet worden om een mogelijke escalatie van transmissie door niet bevestigde infecties te voorkomen en om bij te houden of de infectiedruk ook laag blijft. Het testen over alle regio's verspreid is een tool om inzicht te houden in de epidemie. Met prioritering op basis van regionale situatie verliezen we daarmee ook de representatie van de lokale situatie. Zo wordt de berekening van het landelijke reproductiegetal niet meer mogelijk en zijn de regionale cijfers niet meer representatief, omdat er tussen regio's een ander testbeleid is.

Zoals hierboven benoemd wordt verwacht dat regionale prioritering en herverdeling van testcapaciteit niet noodzakelijk is. Als er desondanks gekozen worden voor regionale prioritering, dan kan een ranking van alle GGD-regio's en hun betreffende incidentie een optie zijn. Hierbij wordt een ranking opgesteld waarbij de laagste 5 capaciteit uitleveren aan de hoogste 5. Indien er regionale prioritering noodzakelijk is, dan moet te allen tijde worden gewaarborgd dat in iedere regio de ernstige zieke patiënten, ouderen en kwetsbare personen snel getest kunnen worden bij klachten.

Voor een verdere uitwerking van dit advies wil ik u ook verwijzen naar OMT-achtergronddocument *Advies prioritering testen*, welke online beschikbaar komt.

### **Bijdrage van alternatieve testen SARS-CoV-2-diagnostiek**

De ontwikkeling van SARS-CoV-2-diagnostische (snel)testen die het virus aantonen, zogenaamde antigeen- en moleculaire diagnostische sneltesten, is zeer dynamisch, met vele bedrijven die verschillende testen op de markt (proberen) te brengen. Het is nog onvoldoende duidelijk over de gevoeligheid (sensitiviteit) en betrouwbaarheid (specificiteit) van deze testen is. Op meerdere plekken in Nederland wordt daar (binnenkort) onderzoek naar gestart.

Deze testen zouden snel besmette personen op kunnen pikken, zodat er direct gehandeld kan worden om verdere verspreiding te voorkomen en eventueel de juiste noodzakelijke medische behandeling in te zetten. Ook kunnen deze testen mogelijk de belasting van de RT-PCR capaciteit verminderen.

Om te kunnen bepalen of en hoe innovatieve testen ingezet kunnen worden, zijn een aantal parameters van de test belangrijk. De sensitiviteit en specificiteit van de testen, in combinatie met de prevalentie van het virus in een doelgroep, bepalen de positief en negatief voorspellende waarde van de test: hoe vaak is de

uitslag correct. Technische doorlooptijd en potentiële testcapaciteit bepalen hoelang een test duurt en hoeveel testen er dagelijks uitgevoerd kunnen worden. Het type materiaal waarop de test gedaan wordt kan verschillen (neus/keeluitstrijk, speeksel etc), alsook de benodigde apparatuur en reagentia. Uitvoerbaarheid op locatie heeft een groot voordeel van snelle diagnostiek. Voor iedere test geldt dat personeel getraind moet worden voor een goede uitvoering en interpretatie van de testuitslag. Tot slot zullen de kosten een rol spelen in de toepasbaarheid.

Op dit moment is er onvoldoende bekend over deze testen om een advies te geven over het gebruik hiervan. Tot nu wordt de PCR gezien als de gouden standaard, en van de nieuwe testen is het vooral van belang om te weten wat de sensitiviteit en specificiteit van de testen is. Deze bepalen, in combinatie met de hierboven genoemde kenmerken van een test, voor een groot deel op welke plekken deze testen ingezet kunnen worden. Het Erasmus MC onderzoekt momenteel de mogelijke toepasbaarheid van bepaalde antigeentesten in het kader van een slimmer testbeleid voor BCO. Een algoritme hiervoor is in voorbereiding. Wanneer aan de orde, zal het OMT het advies hierover herzien.

Als er meer bekend is over deze testen, kan overwogen worden om een differentiatie in het testbeleid te maken (bijv. gebruik van combinatie antigeen- en PCR-testen versus alleen PCR-testen) bij de diverse testdoelgroepen, zoals de doelgroepen die mogelijk voortkomen vanuit economische of maatschappelijke overwegingen (bijv. verkorten quarantaine periode).

Voor meer details verwijs ik u naar het OMT-achtergronddocument *Overzicht alternatieve testen SARS-CoV-2 diagnostiek*, welke online beschikbaar komt.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

Prof. dr. J.T. van Dissel  
Directeur CIB

**Datum**

14 september 2020

**Ons kenmerk**

0076/2020 LCI/JvD/at/nn