

Nota testbeleid

07/11/2021

Deze nota stelt een aantal alternatieven voor voor de teststrategie, in een context van een zeer hoge druk op de testcapaciteit (vooral afname, maar ook uitvoering van de testen). De nota werd opgesteld door Sciensano en is gebaseerd op eerdere besprekingen binnen de RAG en internationale aanbevelingen. Indien een specifiek advies van de RAG gewenst is, moet dat in een tweede stap plaatsvinden.

Er wordt opgemerkt dat het doel van de teststrategie nog steeds het zoveel mogelijk opsporen is van besmette personen (zowel symptomatische als asymptomatische), zodat deze kunnen geïsoleerd worden en contact tracing kan opgestart worden. De prioriteiten voor testen blijven dus de personen met symptomen en de hoog-risicocontacten (zie argumentatie in bijlage).

Bij onderstaand voorstel zijn er een aantal belangrijk opmerkingen:

- 1) Door een afschalen van het testbeleid zullen er minder besmettingen opgespoord worden, of slechts in een later stadium (waarbij dus al deels transmissie naar andere personen zal zijn opgetreden). Het gaat hier dus om een minder efficiënte strategie, in een context van druk op de capaciteit, waardoor de virus circulatie dus ook minder onder controle zal geraken. Ideaal moet deze afschaling dan ook gecompenseerd worden door andere maatregelen (bv tijdelijk opnieuw quarantaine overwegen voor gevaccineerde HRC; bijkomende inperkende maatregelen voor de samenleving);
- 2) Als de testcapaciteit opnieuw minder onder druk staat (bv als de virus circulatie opnieuw onder controle komt) zal het moeilijk zijn om mensen te overtuigen om zich opnieuw meer te laten testen (bv opnieuw twee testen voor gevaccineerde HRC);
- 3) Om de bestaande capaciteit zo efficiënt mogelijk te benutten moet er gekeken worden op welke gebieden meer rationeel kan omgesprongen worden met de testen, zoals onder meer voor screening in ziekenhuizen (waar weinig tot geen controle is over de uitgevoerde testen);
- 4) Om de virus circulatie bij kinderen < 12 jaar onder controle te houden, moeten ook hier HRC geïdentificeerd worden met testen en ook quarantaine tot dag 5, als er gekozen wordt om ook hier slechts 1 test uit te voeren. Anders zullen asymptomatisch besmette kinderen zorgen voor langdurige transmissie binnen scholen, en daarbuiten;
- 5) Er moet verder ingezet worden op communicatie naar het grote publiek, over wanneer welke test kan uitgevoerd worden (bv GEEN zelftest bij symptomen, maar code aanvragen via de zelf-evaluatietool), het belang van isolatie en quarantaine en ook het belang om als gevaccineerd HRC (of kind < 12 jaar dat niet in quarantaine gaat) voor een periode van minstens een week het aantal contacten zo laag mogelijk te houden en activiteiten te beperken tot de essentiële (= school en werk).

Mogelijke alternatieve test procedures

- Er zijn momenteel weinig opties om het aantal testen in **symptomatische personen** te verminderen/vereenvoudigen. Het gebruik van snelle Ag testen moet wel verder maximaal benut worden (aangeraden als eerste keus bij recente symptomen).

- Voor **volledig gevaccineerde HRC**, waar het risico op besmetting lager is dan voor niet-gevaccineerde HRC, kan overwogen worden om slechts één test af te nemen. Dit wordt in de meest recente ECDC richtlijnen ook als een optie voorgesteld (op voorwaarde dat een PCR test gebruikt wordt). In afwachting van de test en het resultaat moet de persoon niet in quarantaine. De test wordt dan best rond dag 5 afgenomen (in plaats van dag 7), om te vermijden dat een eventueel besmette persoon te lang zijn activiteiten verder zet en ondertussen anderen besmet. Voor huishoudcontacten (waar de kans op een vroegtijdige infectie toch hoog is) wordt aanbevolen om toch zo snel mogelijk een zelftest uit te voeren (ter vervanging van de test op dag 1). De gevoeligheid hiervan is lager, maar zal toch toelaten om zeer besmettelijke personen te identificeren, in afwachting van de PCR test op dag 5.
- Voor **niet-gevaccineerde HRC** wijzigt het testbeleid niet, met dus behoud van twee testen (en quarantaine), de eerste zo snel mogelijk en de tweede ten vroegste op dag 7 na de laatste blootstelling, om de quarantaine eventueel vroeger te kunnen beëindigen (bij een negatief resultaat).
- In de huidige context van zeer hoge virus circulatie in België en de lage PR bij aankomende **reizigers**, zou ook voor deze groep de strategie kunnen vereenvoudigd worden. Er wordt opnieuw aanbevolen om de regels zoveel mogelijk te harmoniseren (zodat ze begrepen worden) en om reizigers te testen **VOOR** afreis in plaats van na aankomst. Naast de winst op volksgezondheidsniveau (identificatie van een besmette persoon vooraleer deze het vliegtuig of ander transportmiddel neemt en in België aankomt), heeft dit ook een impact op de testcapaciteit, omdat de test in het buitenland gebeurt. Verder vereisen sommige luchtvaartmaatschappijen reeds een negatieve test voor afreis. Een voorstel voor strategie is als volgt: voor EU/Schengen/Witte lijst landen wordt geen test vereist van volledig gevaccineerden en voor niet gevaccineerden één test voor afreis. Voor derde landen (niet witte lijst) wordt voor iedereen een test voor afreis gevraagd, met bijkomend voor niet gevaccineerden een quarantaineperiode van minstens 7 dagen met een test op dag 7. Voor VOC landen (zowel EU als niet EU) wordt ook voor iedereen een test aanbevolen voor afreis en op dag 7, met minstens 7 dagen quarantaine (stopzetting mogelijk indien negatieve test op dag 7). Deze test moet dan verplicht een PCR zijn.
- Testen in geval van **clusters** blijft belangrijk. Hiervoor worden geen wijzigingen voorgesteld.
- Een meer strikte toepassing van de aanbevelingen voor **screenen van asymptomatische personen** onder meer in ziekenhuis (met enkel het screenen van patiënten die effectief een risico vormen om andere kwetsbare patiënten te besmetten), zou tot een substantiële vermindering in het aantal uitgevoerde testen kunnen leiden.
- **Herhaald screenen**: in lagere scholen, waar de vraag om minder HRC te testen het hoogst is, zou volgens modelering wekelijks of tweewekelijks screenen van alle kinderen en leerkrachten een groter effect hebben op het vermijden van uitbraken dan het testen van HRC. De pilootstudie uitgevoerd door de Universiteit Antwerpen heeft echter aangetoond dat de operationalisering hiervan heel moeilijk is. Deze optie lijkt dus niet realiseerbaar in praktijk.
- Het gebruik van **zelftesten** moet verder worden aangemoedigd, maar voor indicaties waarbij een RAT of een PCR normaal niet uitgevoerd wordt, zoals [hier](#) beschreven, en dus niet ter vervanging van de test indicaties zoals hierboven beschreven.

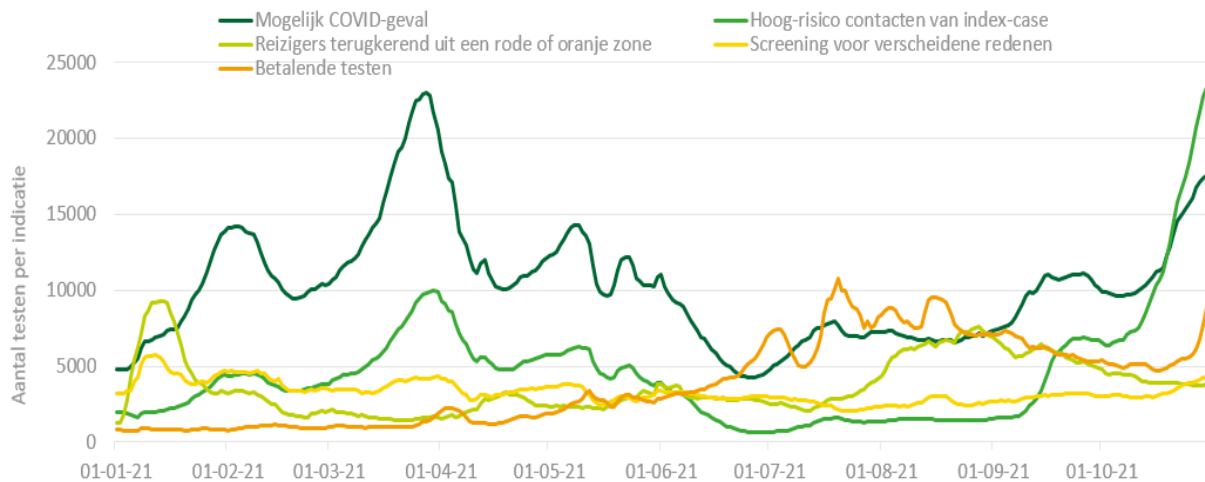
Bijlage: Wetenschappelijk argumentatie

Het huidige test beleid heeft de volgende prioriteiten geïdentificeerd:

1. Personen met symptomen die op COVID-19 kunnen wijzen
2. Hoog-risico contacten van bevestigde COVID-19 gevallen
3. Reizigers die aankomen in België (terugkerende residenten en aankomende niet-residenten)
4. Breder testen (laag-risico contacten) in de context van een cluster

Daarnaast zijn er een aantal specifieke testindicaties, zoals het screenen van patiënten voor hospitalisatie of van nieuwe bewoners van woon-zorgcentra. Testen kan ook gebeuren tegen betaling, bijvoorbeeld voor het bekomen van een Covid Safe Ticket of in vertrekkende reizigers. Daarenboven bestaat er een mogelijkheid tot zelftesten met Ag testen vrij verkocht in apotheken en supermarkten.

Momenteel zijn de meerderheid van de testen in personen met symptomen suggestief voor COVID-19 en in hoog-risico contacten (zie grafiek hieronder). Het testen van terugkerende en aankomende reizigers en screenings voor verscheidene redenen vertegenwoordigen een relatief laag aantal testen en blijft de laatste tijd stabiel. Het aantal betalende testen neemt recent sterk toe. Dit is waarschijnlijk een gevolg van de invoering van het CST voor verschillende activiteiten. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de **testindicatie slechts beschikbaar is voor ongeveer 69% van de afgenomen testen**. Testen waarbij geen e-form ingevuld wordt of CTPC-code aangemaakt, zoals dikwijls het geval is in ziekenhuizen, zijn niet meegerekend. Hieronder vallen bv screeningstesten van patiënten en bezoekers (bv echtgenoot van een vrouw die komt bevallen). Het gaat dan ook om groot aantal testen.



Hieronder worden de wetenschappelijke en epidemiologische argumenten samengevat voor de huidige prioritering en test procedures per indicatie, alsook de mogelijke consequenties van wijzigingen hierin en eventuele alternatieve procedures. Deze evaluatie heeft enkel betrekking op de huidige epidemiologische situatie van hoge viruscirculatie, die verwacht wordt nog aan te houden in de komende maanden.

1. Eerste prioriteit: Personen met symptomen die kunnen wijzen op COVID-19

Huidige procedure:

- >=6 jaar: iedereen, gevaccineerd of niet gevaccineerd, die aan de gevaldefinitie voldoet
- <6 jaar: enkel indien voldaan aan de gevaldefinitie EN, de klinische toestand een ziekenhuisopname vereist OF als het resultaat impliceert dat er maatregelen moeten worden genomen om nauwe contacten te beschermen
- Symptomatische personen kunnen met een Ag test getest worden indien de symptomen recent zijn (<=5 dagen). Dit kan voor milde symptomen ook in een apotheek. In personen met recente symptomen kunnen naast een nasofaryngeale of gecombineerde neus-keel wissers ook speekselstalen of ondiepe neuswissers gebruikt worden.

Argumenten om als eerste prioriteit te weerhouden:

- Hoogste positiviteitsratio (PR); momenteel rond 17.5% en stijgend; PR kan dalen eens er meer circulatie is van andere respiratoire infecties, maar is nog niet het geval; blijft dus meest efficiënte manier om COVID-19 gevallen te detecteren en in isolatie te plaatsen
- Symptomatische gevallen hebben over het algemeen een hogere virale lading en verspreiden meer virus via hoesten en niezen, en zijn daardoor het besmettelijkst
- Is basis voor de trace en test-strategie, zonder bevestiging dat de symptomen door COVID-19 veroorzaakt wordt kan er geen contact tracing gedaan worden

Argumenten om ook volledig gevaccineerde personen te testen:

- Er zijn aanwijzingen dat gevaccineerde personen besmet met de Delta variant een virale lading hebben die vergelijkbaar is als die bij niet-gevaccineerde personen; de virale lading zou wel sneller afnemen¹
- Wegens de hoge vaccinatiegraad is nu een groot deel van de COVID-19 infecties (momenteel ongeveer de helft) in volledig gevaccineerde personen
- Ook in leeftijdsgroepen en regio's met een hoge vaccinatiegraad is de PR hoog; In Vlaanderen is die bijvoorbeeld ongeveer even hoog als in Brussel

Argumenten om ook personen met milde symptomen te testen:

- De PR bij milde symptomen is niet gekend, maar het is wel geweten dat de symptomen veroorzaakt door COVID-19 moeilijk te onderscheiden zijn van symptomen veroorzaakt door ander respiratoire virussen²

¹ Voor wetenschappelijke achtergrond en referenties, zie: [20210812 Advice RAG Update measures August_NL.pdf \(sciensano.be\)](#) en de 'Contagious period' hoofdstuk in de Fact Sheet ([COVID-19 fact sheet ENG.pdf \(sciensano.be\)](#))

² Voor meer gegevens over soort symptomen in COVID-19 gevallen, zie : [20211008 Advice RAG Test Strategy UpdateOct2021_NL.pdf \(sciensano.be\)](#)

- Testen van personen met milde symptomen laat toe dat zij die negatief testen hun gewone activiteiten kunnen verder zetten

Argumenten om ook kinderen 6-11 jaar te testen:

- Ook in die leeftijdscategorie is de PR hoog; de PR in de leeftijdscategorie 0-9 jaar is momenteel ongeveer 12.5%, en in symptomatische 0-9 jarigen meer dan 20%; PR gegevens specifiek voor de groep 6-11 jaar zijn er niet, maar waarschijnlijk is die gelijkaardig
- Is momenteel de leeftijdsgroep waarin de incidentie het hoogst is (wegens niet gevaccineerd)

Gevolgen indien niet langer getest

- Indien de niet geteste personen niet in isolatie gaan: een groot aantal besmettelijke COVID-19 gevallen worden niet gedetecteerd (ook in de volledig gevaccineerde personen, degenen met milde symptomen en <12 jarigen) en zullen andere besmetten

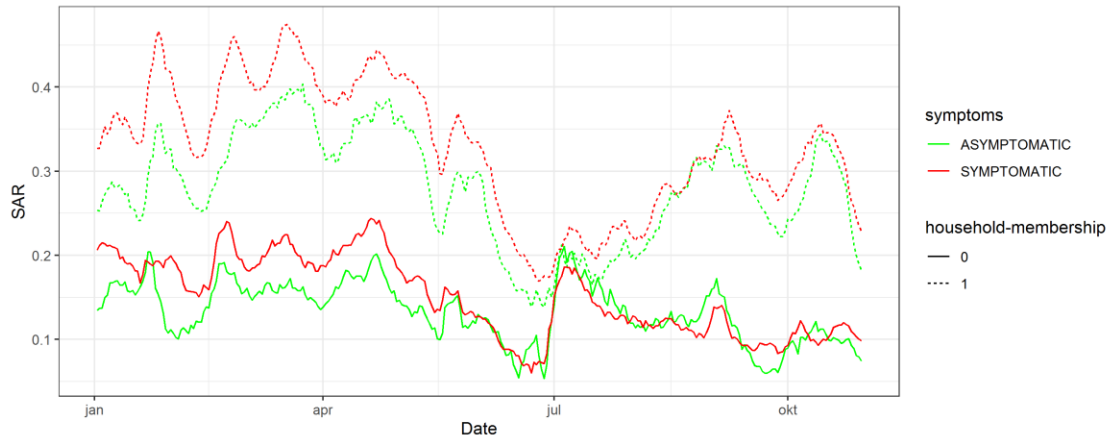
2. Tweede prioriteit: Hoog-risico contacten van bevestigde COVID-19 gevallen

Huidige procedure:

- Asymptomatische hoog-risico contacten (HRC) ≥ 6 jaar oud worden tweemaal getest, ongeacht de vaccinatiestatus: een eerste maal zo snel mogelijk na identificatie, en een tweede maal op dag 7. Kinderen < 6 jaar moeten enkel getest worden indien het hoog-risico contact plaats had buiten het huishouden.
- Volledig gevaccineerde HRC moeten enkel in quarantaine tot de uitslag van de eerste test gekend is. Dit geldt ook voor (ongevaccineerde) kinderen < 12 jaar oud die HRC zijn van een index geval buiten het huishouden. Andere niet volledig gevaccineerde HRC (≥ 6 jaar) moeten in quarantaine tot de uitslag van de tweede test gekend is (of 10 dagen indien geen tweede test).
- Het Vlaamse ministerie van onderwijs heeft beslist dat, tot 24 november, hoog-risicocontacten in de lagere school enkel nog getest moeten worden als ze symptomen vertonen. Ook de quarantaine in afwachting van het 1^{ste} negatieve testresultaat valt dan weg.
- De huidige aanbeveling is dat HRC steeds met een PCR op een nasofaryngeale of gecombineerde neus-keel wisser getest worden. Enkel indien dit zeer moeilijk of onmogelijk is kan men een ander type staal (speeksel of ondiepe neuswisser) overwegen.

Argumenten om als tweede prioriteit te weerhouden:

- De PR in HRC is bijna even hoog als in personen die getest werden wegens symptomen. Er is wel een belangrijk verschil tussen HRC in hetzelfde huishouden (fluctueert rond 20-30% in de voorbije maanden) en HRC buiten het huishouden (rond de 10%) (zie grafiek hieronder). De PR in asymptomatische HRC verschilt niet erg van die in symptomatische. Is dus ook een efficiënte manier om COVID-19 gevallen, en dan vooral asymptomatische, te detecteren.



- Er is evidentie dat de virale lading in asymptomatische en symptomatische HRC vergelijkbaar is en dat asymptomatische HRC dus ook even besmettelijk zouden kunnen zijn³.

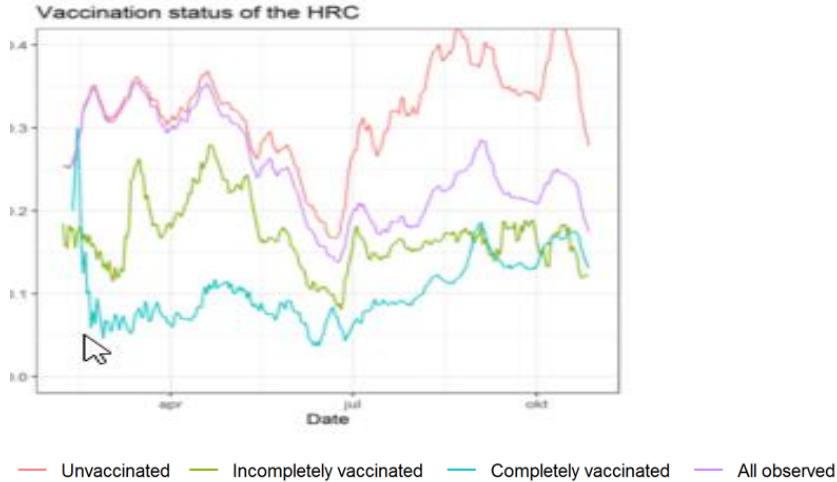
Argumenten om twee testen te behouden

- De PR is wel hoger bij de eerste test, maar nog steeds hoog in de tweede test. In volledig gevaccineerde HRC is er zelfs geen verschil in PR tussen de eerste en tweede test (11% in de periode september-oktober 2021). In niet-volledig gevaccineerde HRC was de PR in de eerste test 28% en in de tweede test 20%. Er zijn dus heel wat HRC die nog niet positief testen onmiddellijk na identificatie, maar wel na 7 dagen.

Argumenten om ook volledig gevaccineerde HRC te testen

- De huidige vaccins beschermen ongeveer 60 à 70% tegen besmetting (afhankelijk van type vaccin, leeftijd, periode sinds vaccinatie) en ook gevaccineerde HRC kunnen dus besmet geraken. De PR in volledig gevaccineerde HRC is lager dan in niet gevaccineerde HRC, maar nog steeds hoog (rond de 15%) (zie grafiek hieronder).

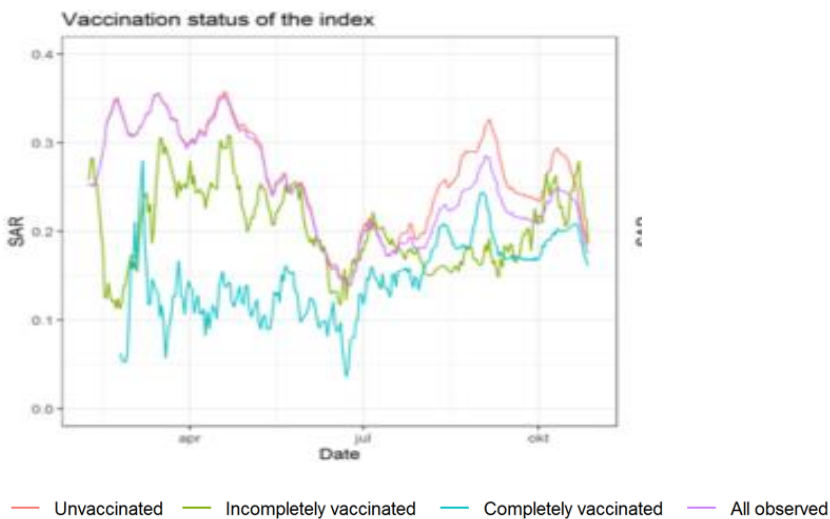
³ Zie o.a. resultaten van een studie in een lagere school in Luik: [Transmission of SARS-CoV-2 After COVID-19 Screening and Mitigation Measures for Primary School Children Attending School in Liège, Belgium | Infectious Diseases | JAMA Network Open | JAMA Network](#)



- Volledig gevaccineerde HRC maken ondertussen het merendeel uit van de HRC (meer dan 60%).

Argumenten om ook HRC van volledig gevaccineerde personen te testen

- Gevaccineerde personen besmet met de Delta variant hebben een virale lading die vergelijkbaar is als die bij niet-gevaccineerde personen en dus ook een grote kans om hun HRC te besmetten. De PR in HRC van volledig gevaccineerde personen is ook hoog en slechts lichtjes lager dan in HRC van niet gevaccineerde personen (zie figuur hieronder)



Gevolgen indien niet langer getest

- Niet langer HRC testen zal leiden tot een belangrijk aantal infecties die ongemerkt blijven en dus een hoger aantal besmettingen. Dit geldt zowel voor HRC van volledig gevaccineerde en niet-volledig gevaccineerde index gevallen, en voor volledig gevaccineerde en niet-volledig gevaccineerde HRC.
- Indien HRC slechts eenmaal zouden getest worden, moet er rekening mee gehouden worden dat een belangrijk deel van de HRC slechts na een aantal dagen positief test, en dat dus een aantal zullen gemist worden. Dit geldt vooral voor HRC buiten het huishouden. Een afweging dient dan

gemaakt te worden tussen vroeg testen (en dan sneller positieve contacten opsporen, maar meer infecties missen want nog in incubatieperiode) of later testen (meer risico dat de contacten ondertussen anderen besmetten, vooral indien ze niet in quarantaine zijn, maar groter aantal dat gedetecteerd zal worden). Het risico op gemiste infecties is lager in volledig gevaccineerde HRC, maar toch nog steeds substantieel.

- Snelle Ag testen (die minder gevoelig zijn in asymptomatische personen) gebruiken in plaats van een PCR test riskeert om meer gevallen te missen. Het lost ook het probleem van de beperkte staalafnamecapaciteit niet op, aangezien er nog steeds een (nasofaryngeale of gecombineerde keel-neuswisser) dient afgenomen te worden.

3. Derde prioriteit: Terugkerende en aankomende reizigers

Huidige procedure:

- Voor afreis naar België dienen enkel niet-Belgische residenten die uit een hoge-risico zone (rood of VOC) in een EU/Schengen land of een land op de witte lijst komen, en die geen herstel of vaccinatie certificaat hebben, getest te worden. Ook Belgische residenten zonder herstel of vaccinatie certificaat kunnen dit optioneel, in plaats van een eerste test na aankomst.
- Na aankomst dienen de volgende reizigers zich zo snel mogelijk te laten testen, en een tweede test te ondergaan op dag 7:
 - Belgische residenten zonder herstel of vaccinatie certificaat die terugkomen uit een hoge-risico zone in een EU/Schengen/witte lijst land en die zich niet voor afreis hebben laten testen
 - Reizigers uit alle andere landen (onafhankelijk van de vaccinatiestatus)
- Gevaccineerde reizigers en reizigers komende uit EU/Schengen/witte lijst land dienen enkel in quarantaine te blijven tot het resultaat van de eerste test gekend is.
- Niet-gevaccineerde reizigers komende uit andere landen dienen in quarantaine te blijven tot het resultaat van de tweede test.
- Zowel een PCR als een Ag test worden aanvaard. Positieve Ag testen moeten wel steeds bevestigd worden met een PCR, en reizigers die uit een VOC land komen moeten steeds met een PCR getest worden.

Argumenten om als prioriteit te weerhouden:

- De wetenschappelijke evidentie dat het testen van reizigers effectief is in een verdere verspreiding van COVID-19 dateert voornamelijk uit de pre-Delta/vaccinatie roll-out periode. Daarenboven komt de meeste evidentie van mathematische modelering en zijn er weinig 'real-world' studies. Een Cochrane review concludeerde dan ook dat de huidige studies slechts "evidentie met een lage zekerheid" leveren⁴. Er zijn dus duidelijk minder argumenten om het testen van aankomende reizigers als een prioriteit te beschouwen dan voor het testen van symptomatische personen of HRC.

⁴ Voor wetenschappelijke achtergrond en referenties, zie: [20211008 Advice RAG Test Strategy UpdateOct2021_NL.pdf \(sciensano.be\)](#)

- Indien het doel is om de verspreiding van het virus in België te belemmeren, dan is het testen van reizigers vooral nuttig als er meer virus circulatie is in de landen van waar de reizigers komen dan in België. Dit is momenteel niet het geval voor heel wat landen.
- Naast het voorkómen van een verdere verspreiding van het virus, zijn er echter wel nog andere argumenten om reizigers te testen:
 - De detectie van nieuwe varianten die nog niet in België voorkomen, en aldus hun introductie vertragen;
 - Het voorkómen van het besmetten van medereizigers, indien de test voor afreis gebeurt.
- De PR in aankomende reizigers is momenteel 2,5%, zowel voor de eerste als de tweede test. Dus duidelijk lager dan in symptomatische personen en HRC. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat het voornamelijk terugkerende residenten betreft en dat er van aankomende buitenlandse reizigers weinig gegevens beschikbaar zijn. De PR verschilt ook substantieel volgens het land van herkomst. Zo hebben momenteel reizigers komende uit Roemenië een PR van 6% en reizigers uit Griekenland van 5.3%. Gevaccineerde reizigers hebben een duidelijk lagere PR dan niet-gevaccineerde reizigers. Zo was in de maand september de PR in gevaccineerde reizigers 1,6% versus 3,5% in niet-gevaccineerde reizigers⁵.

Argumenten om twee testen te behouden:

- De PR is even hoog in de tweede test als in de eerste. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat heel wat reizigers geen tweede test ondergaan en dat een vergelijking dus riskant is.

Argumenten om ook Ag testen te aanvaarden:

- De belangrijkste reden waarom momenteel Ag testen aanvaard worden is uit operationele en budgettaire overwegingen, en niet vanuit een standpunt van volksgezondheid. De RAG had aanbevolen dat indien er een Ag test gebruikt wordt, er dan tweemaal getest wordt in plaats van één (om het verlies aan gevoeligheid te compenseren), maar dat advies werd niet gevolgd.
- Naast een mindere gevoeligheid, en ook een risico op vals positieve resultaten gezien de relatief lage PR, hebben Ag testen het nadeel dat positieve resultaten niet kunnen gesequenced worden. Aangezien een van de belangrijkste redenen om reizigers te testen het opsporen van eventuele nieuwe varianten is, is dit een belangrijk nadeel. Daarom dat, als er een Ag test gebruikt wordt, positieve resultaten steeds met een PCR dienen bevestigd te worden.

Gevolgen indien niet langer getest

- De impact van het niet langer testen van aankomende reizigers op de verspreiding van COVID-19 is, gezien de veel lagere PR, duidelijk minder dan in symptomatische personen en HRC.
- Het belangrijkste gevolg is dat een vroegtijdige opsporing van VOCs dan niet langer mogelijk is.

⁵ Voor meer gegevens over testen in reizigers, zie: [COVID-19 Weekly report NL.pdf \(sciensano.be\)](#) en [20211008 Advice RAG Test Strategy UpdateOct2021 NL.pdf \(sciensano.be\)](#)

4. Vierde prioriteit: **Uitgebreider testen in clusters**

Huidige procedure:

- Bij clusters (twee of meer gelinkte gevallen in één week) in collectiviteiten zal de verantwoordelijke arts, eventueel in overleg met de regionale gezondheidsautoriteiten, beslissen over de meest geschikte verdere test-strategie, aangepast aan de lokale omstandigheden. Voor ziekenhuizen zal de test-strategie in geval van vermoeden van een nosocomiale uitbraak bepaald worden door de dienst ziekenhuishygiëne.
- Ook de quarantaine maatregelen worden door de verantwoordelijke arts beslist.
- Voor scholen gelden de volgende maatregelen in het geval van een cluster:
 - Indien de cluster in één en dezelfde klas is, en de nieuwe gevallen geen HRC zijn van het eerste geval, wordt de volledige klas getest en blijven de leerlingen en leerkrachten in quarantaine tot het resultaat van de test gekend is.
 - Indien er meerdere gevallen in verschillende klassen zijn; en meerdere HRC positief testen, of HRC van HRC positief testen, of laag-risico contacten (LRC) positief testen, wijst dit op een wijdverspreide viruscirculatie. De regionale gezondheidsinspectie voegt dan bijkomende testen uit in LRC, maar zonder dat die in quarantaine moeten. Indien er in deze LRC bijkomende leerlingen/leerkrachten positief testen, wordt een schoolsluiting aanbevolen indien er in minstens 3 klassen en >25% van de klassen positieve gevallen zijn, en er een brede transmissie vermoed wordt.
 - Het Vlaamse ministerie van onderwijs heeft beslist dat, tot 24 november, de procedure tegen clusteruitbraken slechts in werking treedt bij 4 of meer besmettingen in een klas waarbij de klas dan 1 week in quarantaine geplaatst wordt.

Argumenten om als prioriteit te weerhouden:

- Wegens de hoge kans om op korte tijd een groot aantal andere personen te besmetten, is het snel indijken van een cluster van groot belang. Breed genoeg testen is daarbij een essentiële component om reeds besmette personen van onbesmette personen te onderscheiden. Bij personen met een lager risico om besmet geraakt te zijn, zoals volledig gevaccineerde personen en laag-risico contacten, kan een negatieve test ook vermijden dat ze in quarantaine moeten gaan.
- Momenteel zijn er geen exacte cijfers beschikbaar over hoeveel laag-risico contacten er getest worden in de context van clusters, noch over de PR in deze populatie.

Gevolgen indien niet langer getest

- De gevolgen hangen af van de quarantainemaatregelen die genomen worden voor andere personen die tot dezelfde collectiviteit gebeuren. Indien die in quarantaine gaan, dan zijn de gevolgen van niet testen miniem, maar indien ze niet in quarantaine gaan is er een grote kans dat sommigen zullen besmet geraakt zijn en de infectie verder verspreiden.

5. Terugbetaalde screenings

Huidige procedure:

Momenteel worden screeningstesten in asymptomatische personen, andere dan risico contacten en reizigers, enkel terugbetaald in de volgende gevallen:

- Patiënten die een ziekenhuisopname vereisen, volgens de regels die elk ziekenhuis opstelt vertrekkende van de richtlijnen die aan ziekenhuizen werden meegedeeld. Volledig gevaccineerde patiënten dienen enkel getest te worden indien het risico in geval van onopgemerkte infectie groot is (bv. meerdaagse ziekenhuisopname met risico voor ongevaccineerde of kwetsbare medepatiënten; pre-transplant bilan met risico voor donor en ontvanger).
- Nieuwe bewoners van een residentiële collectiviteit, in het bijzonder in ouderenzorginstellingen en nieuwe bewoners met een risicoprofiel (ouder dan 65 of comorbiditeiten).
- De screening beurt met een PCR op een nasofaryngeale wisser.

Argumenten om als indicatie te weerhouden:

- De screening heeft als doel om besmettingen in kwetsbare personen te vermijden.
- Gegevens over de PR in deze populaties zijn er niet, maar die is waarschijnlijk relatief laag aangezien het om personen gaat die zelf geen risico gelopen hebben. Dit is echter niet relevant omdat de doelstelling niet is om COVID-19 infecties vroegtijdig op te sporen, maar om infecties in kwetsbare personen te vermijden.

Gevolgen indien niet langer getest

- Het exact aantal testen dat afgenomen wordt voor deze indicatie is niet gekend omdat hiervoor meestal geen e-form of CTPC-code aangemaakt wordt. Er wordt van uitgegaan dat het merendeel van de testen zonder e-form/CTPC-code, testen in ziekenhuizen zijn en dat daarvan een groot deel screenings van niet-COVID patiënten zijn. Indien dit correct is, betreft het een groot aantal testen aangezien de testen zonder e-form/CTPC-code bijna een derde van het totaal aantal testen uitmaakt. Minder frequent screenen zou dus potentieel de test capaciteit kunnen verlichten.
- Er zijn geen gegevens beschikbaar over welke ziekenhuispatiënten effectief gescreend worden, maar er is anekdotische evidentie dat veel ziekenhuizen ruimer screenen dan aanbevolen.

6. Herhaald screenen

Huidige aanbevelingen:

- Herhaald screenen wordt momenteel als optioneel en niet essentieel beschouwd, en wordt enkel terugbetaald voor het herhaald screenen van personeel in WZC waar de vaccinatiegraad laag is (<90% van de bewoners of <70% van het personeel). Enkel het niet gevaccineerde personeel wordt daarbij gescreend.

- In het [RAG advies van eind juni 2021](#) in verband met maatregelen in scholen, wordt vermeld dat herhaald testen overwogen kan worden bij intensere viruscirculatie (vanaf alarmniveau 2).

Herhaald screenen in scholen

Een aantal andere landen hebben dit reeds geïmplementeerd (meestal met herhaalde zelftesten), maar gegevens in verband met effectiviteit blijven schaars⁶. Een modelleringsoefening van de UHasselt/UAntwerpen toont aan dat herhaald screenen (minstens 1x/week PCR op speeksel) het aantal besmettingen op school veel meer beperkt dan een reactieve aanpak (testen na 1^e geïdentificeerde geval) of dan het uitsluitend testen en isoleren van symptomatische personen. Hierbij moeten 2 kanttekeningen gemaakt worden: in het model wordt ervan uitgegaan dat 80% van de besmettingen bij kinderen asymptomatisch verloopt en dat slechts 30% van de symptomatische besmettingen bij kinderen gedetecteerd wordt (gezien vaak milde symptomen). Met zo'n lage detectiegraad is het weinig verwonderlijk dat gerichtere strategieën slecht scoren. Bovendien is het belangrijk om goed na te denken over de gevolgen van de verhoogde detectiegraad: indien klassen gesloten worden van zodra er twee gevallen gedetecteerd worden, leidt deze aanpak tot het hoogste aantal gemiste schooldagen (NSDL = number of school days lost). Het instellen van een hogere (of geen) drempel voor het sluiten van klassen heeft gelukkig weinig effect op het aantal besmettingen op school, als het gebeurt in combinatie met regelmatige testing.

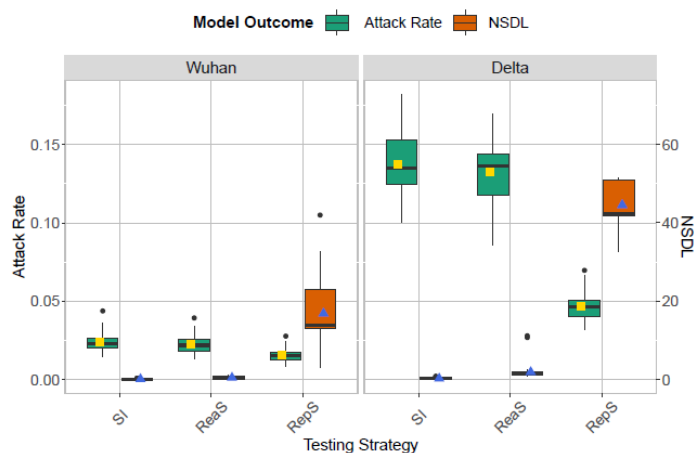


Fig. 1: We show the base scenario for the Wuhan strain (left panel) and Delta VoC (right panel) for a moderate seeding of 5 seeds per week. In each panel we consider three testing strategies: symptomatic testing (SI), symptomatic testing in combination with reactive screening (ReaS) and repetitive screening (RepS). For each of the testing strategies we show a boxplot of the attack rate (green boxplot) and NSDL (orange boxplot) together with their mean values (respectively, yellow and blue dots).

Bron: Torneri A., Willem L., Colizza V, Hens N, Libin P. Preliminary analyses, personal communication.

De reactieve aanpak (iedereen testen na een 1^e geval) scoort slechts lichtjes beter dan het uitsluitend testen en isoleren van symptomatische gevallen. Belangrijk is wel, naast de eerdere bemerking in verband

⁶ Voor wetenschappelijke achtergrond en referenties, zie het RAG advies: [20210629 Advice RAG testing-prevention-CT-childrenSep21 ENG.pdf \(sciensano.be\)](#)

met detectiegraad, dat in deze evaluatie enkel wordt gekeken naar het aantal besmettingen op school, niet naar het effect van eventuele detectie van asymptomatische/presymptomatische gevallen in huishoudens en de verdere contact tracing buiten de schoolsetting. Uit eerdere simulaties bleek, zoals ook [vroeger aanbevolen door de RAG](#), dat het gebruik van een test met mindere gevoeligheid (bv. sneltest) gecompenseerd kan worden door een verhoogde frequentie van testing. Een PCR test op een speekselstaal heeft het voordeel dat de staalafname veel comfortabeler is dan een RAT test op een (nasofaryngeale of keel-neus) wisser tweemaal per week.

Herhaald testen, zeker van grote groepen, gaat uiteraard met belangrijke logistieke uitdagingen gepaard. Dat deze uitdagingen niet gering zijn, werd bevestigd in vroegere pilootprojecten in middelbare scholen.