



# Hoge Gezondheidsraad

UW BRIEF VAN 24-03-2021

UW REF. Imcvg\_sec\_cimsp@health.fgov.be

ONZE REF. HGR-9618-9641/Prioriteiten fase Ib en II

DATUM 15/04/2021

BIJLAGE(N) /

CONTACT Péters Fabrice

TÉL. /

E-MAIL fabrice.peters@health.fgov.be

Ter attentie van dhr. Wouter Beke, Vlaams

minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, in naam van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid

in kopie aan dhr. Frank Vandebroucke, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, prof. Dirk Ramaekers, voorzitter van de Taskforce operationalisering "Vaccinatiestrategie COVID-19" en dhr. Tom Auwers, voorzitter van de FOD Volksgezondheid en het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek

ONDERWERP **Dringende adviesaanvraag aan de Hoge Gezondheidsraad (domein NITAG), betreffende de vaccinatieprioriteiten in fase Ib (verduidelijking in verband met prioritaire groepen Ib?) en fase II (gemeenschappen die niet rechtstreeks verband houden met de zorg? - op leeftijd gebaseerde strategie in fase II?)**

DEADLINE **Antwoord per brief uiterlijk woensdag 07-04-2021 (vraag 2) en 14-04-2021 (vragen 1 en 3).**

Mijnheer de minister, geachte heer Beke,  
Geachte leden van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid,  
Geachte professor Ramaekers,

Naar aanleiding van uw dringende adviesaanvraag van 24-03-2021 betreffende de vaccinatieprioriteiten tegen COVID-19 in fase Ib en II, kan de Hoge Gezondheidsraad (HGR) u via de deskundigen van de Belgische NITAG<sup>1</sup> (in samenspraak met het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek) de volgende antwoorden geven.

## 1. Antwoorden op de drie gestelde vragen

*"1. Zijn er doelgroepen in kritische functies of situaties die alsnog in aanmerking moeten worden genomen voor vaccinatie voorafgaand aan of onmiddellijk bij de start van groep 2?"*

In het kader van fase Ib beveelt de HGR aan dat ook zwangere vrouwen (ongeacht hun infectierisico, aanwezigheid van comorbiditeiten of leeftijd bij vaststelling van de zwangerschap) in het huidige systeem gemeld moeten kunnen worden door de verantwoordelijken voor de opvolging van zwangerschappen.

<https://www.health.belgium.be/nl/avis-9622-vaccinatie-tegen-covid-19-bij-de-zwangere-vrouw>

<sup>1</sup> NITAG: National Immunisation Technical Advisory Group



**Leeftijd blijft de belangrijkste determinant voor ernstige vormen van COVID-19,**  
zowel in België als in alle internationale studies over dit onderwerp.

In de tweede week van januari 2021 bedroeg het geschatte totale sterftecijfer sinds het begin van de epidemie in België 174/100000 inwoners, variërend van 0,2/100000 voor de leeftijdsgroep jonger dan 25 jaar; 3/100000 voor de leeftijdsgroep 25-44 jaar; 35/100000 voor de leeftijdsgroep 45-64 jaar; 208/100000 voor de leeftijdsgroep 65-74 jaar; 830/100000 voor de leeftijdsgroep 75-84 jaar; tot 3194/100000 in de leeftijdsgroep ouder dan 85 jaar. Met uitzondering van prioriteit 1 (momenteel opgenomen in fase 1b) hebben mensen tussen 18 en 44 jaar met een comorbiditeit over het algemeen niet meer kans om te worden opgenomen op intensieve zorgen of om te overlijden dan mensen tussen 45 en 65 jaar zonder een comorbiditeit. Daarom is het momenteel moeilijker om met de huidige Belgische gegevens een duidelijk en statistisch onderscheid te maken tussen prioriteit 2 en prioriteit 3 van advies HGR-9818. Een samenvatting van 5 bladzijden van de prioritaire groepen is hier beschikbaar:

[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/20210205\\_hgr-9618\\_pb\\_prioritering\\_risicogroepen\\_fase\\_1b\\_vweb.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20210205_hgr-9618_pb_prioritering_risicogroepen_fase_1b_vweb.pdf).

In het kader van de start van fase II, wenst de HGR uw aandacht te vestigen op de volgende categorieën of groepen van personen. Het is bijzonder belangrijk zo snel mogelijk de volgende groepen te vaccineren:

- **Prioriteiten van niveau 2 (HGR-9618): Alle personen tussen 45 en 65 jaar zonder comorbiditeit(en).** Deze groep bestrijkt reeds een groot deel van alle actieve werknemers.
- **Prioriteiten van niveau 3 (HGR-9618): Alle personen tussen 18 en 44 jaar met comorbiditeiten.** Het effect van het gewicht (BMI) wordt overigens in de VS intensief bestudeerd (<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7010e4.htm>).

Met uitzondering van prioriteit 1 lopen mensen van 18 tot 44 jaar met een comorbiditeit over het algemeen niet meer risico op opname op intensieve zorgen of op overlijden dan mensen van 45 tot 65 jaar zonder een comorbiditeit. Daarom is het momenteel moeilijker om met de huidige Belgische gegevens een duidelijk en statistisch onderscheid te maken tussen de prioriteiten 2 en 3, die dus hetzelfde prioriteitsniveau zouden moeten krijgen.

Alle personen tussen 44 en 65 jaar zonder comorbiditeiten	45-64	2	A	n.v.t.
Chronische longziekten	18-44	3	B	-
Chronische hart- en vaatziekten	18-44	3	B	? ICU ?
Chronische neurologische aandoeningen	18-44	3	B	-
Diabetes Mellitus, Type 1 & 2	18-44	3	B	? Sterfte ?
Maligne neoplasma's (niet hematologisch)	18-44	3	B	? Sterfte ?
Obesitas en morbide obesitas (BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> )	18-44	3	B	? ICU ?
Hypertensie	18-44	3	B	-



- **Mensen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen, zowel in een gemeenschap als thuis.** Deze groep is moeilijk te bereiken, heeft niet altijd een huisarts en kent vele barrières voor vaccinatie en voor de gezondheidszorg in het algemeen. Zij worden in de literatuur regelmatig aangehaald als bijzonder getroffen door COVID-19, zo ook door het BCNBP (*Belgian College of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*) begin 2021 (De Picker et al., 2021; Wang et al., 2021; De Hert et al., 2021; BCNBP, 15/01/2021).
- **Alle gemeenschappen (zorg én niet-zorg gerelateerd) en kwetsbare groepen** moeten worden gevaccineerd (HGR-9618). Dit omvat zodus alle gemeenschappen voor mensen met ernstige geestesziekten, ernstige en zwaar verstandelijke handicaps, mensen met lichamelijke handicaps, mensen uit minderheidsgroepen, mensen die dakloos zijn (24 uur per dag op straat of verblijven en slapen op plaatsen die niet voor bewoning bestemd zijn, zoals opvangcentra en tijdelijke noodopvang), mensen die in armoede leven of aan drugs verslaafd zijn, mensen met een laag kennis- en inzichtniveau, mensen die hun vrijheden zijn ontnomen, arbeidsmigranten met een laag inkomen en mensen zonder verblijfplaats of met een onzekere rechtspositie, zoals migranten zonder papieren, asielzoekers, sekswerkers, personen die niet verzekerd zijn, enz. (DH-BIO/Raad van Europa - 22/01/2021; Turk et al., 2020 (*Intellectual and developmental disability*); Tobolowsky et al., 2020 (*Homeless*); Lewer et al., 2020 (*Homeless*); Roederer et al., 2020 (*Precarious situations*); Cohen et al., 2021 (*Vulnerable Youth*); Kluge et al., 2020 (*Refugee*); Kuy et al., 2020 (*Vulnerable Populations*); Hershov et al., 2020 (*Prisoners*); Lewis NM et al., 2021 (*Prisoners*); Stern MF et al., 2021 (*Prisoners*); Zawitz et al., 2021 (*Prisoners*), etc.).

Er moet zo snel mogelijk worden overgegaan tot vaccinatie van deze groepen via huisartsen en mobiele teams, bij voorkeur met een eenmalige dosis vaccin, als deze mensen niet goed bereikbaar zijn via hun leefgemeenschappen en/of voor wie het verplaatsen naar een vaccinatiecentrum een grote belemmering vormt voor vaccinatie. Dit is reeds ingepland door de Taskforce Operationalisering van de Vaccinatiestrategie (hierna de Taskforce genoemd) en er moeten voldoende middelen voor deze maatregelen worden uitgetrokken:

<https://d34j62pqlfm3rr.cloudfront.net/downloads/SOP+mobile+vaccination+-+V1.1+-+NL.pdf>

- Mensen die werkzaam zijn in de **scheepvaart en voor langere tijd in gemeenschappen op een schip verblijven**, kunnen eveneens op hetzelfde moment als andere gemeenschappen worden gevaccineerd, zoals ook voorgesteld door de WHO (WHO, 25/03/2021: Gezamenlijke verklaring over de prioritering van vaccinatie tegen COVID-19 voor zeevarenden en vliegtuigbemanning).



*“2. Dienen gedetineerden en personeel dat in contact komt met gedetineerden in aanmerking worden genomen voor vaccinatie voorafgaand aan of onmiddellijk bij de start van groep 2?”*

In het kader van de COVID-19-vaccinatie en de twee hoofddoelstellingen is het van belang dat de HGR in dit stadium de term "leefgemeenschap die niet rechtstreeks verband houdt met zorg" verduidelijkt. Voor de HGR is een "gemeenschap die niet rechtstreeks verband houdt met zorg" een groep mensen (meestal volwassen gebruikers en werknemers) die op hetzelfde moment in dezelfde gesloten ruimte verblijven.

Gemeenschappen lopen meer risico wanneer:

- De tijd die samen wordt doorgebracht aanzienlijk is (woongemeenschappen, met overnachting > dagopvang > eenmalige activiteiten);
- Het aantal betrokkenen groot is;
- De gebruikers en werknemers bejaarde en/of kwetsbare volwassenen zijn;
- Het delen van de gemeenschappelijke ruimten en activiteiten belangrijk is (maaltijden, gemeenschappelijke activiteiten, gemeenschappelijke ruimten, enz.);
- De lokalen klein en/of slecht geventileerd zijn (overbevolkt);
- De gebruikers en werknemers niet in staat zijn om de maatregelen correct na te leven (dragen van een masker, fysieke afstand, regelmatig handen wassen, enz.);
- De algemene hygiënische omstandigheden slecht zijn;
- Enz.

Gezien het epidemiologische risico dat gemeenschappen lopen, **beveelt de HGR aan dat alle zorg- én niet-zorg gerelateerde gemeenschappen met voorrang tegen COVID-19 worden gevaccineerd.**

Gedetineerden en personeel (bewakers en anderen – Lewis et al., 2021) dat in contact komt met gedetineerden moeten op dezelfde manier en met hetzelfde prioriteitsniveau (vastgesteld door de autoriteiten) worden gevaccineerd als de andere kwetsbare bevolkingsgroepen en gemeenschappen die worden beschreven in het advies HGR-9618 en die in het antwoord op vraag 1 opnieuw worden aangehaald.

Opmerking: "De Taskforce heeft tijdens de vergadering van 14-01-2021 besloten voorrang te geven aan de vaccinatie van het personeel en de gedetineerden van penitentiaire centra waarvoor het besmettingsrisico zeer groot is (psychiatrische eenheden, COVID-eenheden, 65+-gemeenschappen in fase 1a). Tijdens de vergadering van 11-03-2021 heeft de Taskforce dit besluit aangevuld en gepreciseerd dat personeel en gedetineerden van andere gevangenissen in aanmerking zullen komen voor vaccinatie in fase 2. De volumes van elke gevangenissector zijn geëvalueerd. Daarom is op dit moment reeds een definitief besluit genomen, waarbij de voordelen en risico's van de voorgestelde aanpak tegen elkaar zijn afgewogen."



*“3. Het is ook aangewezen om de uitrol voor groep 2 van naderbij te bekijken. Is een uitrol volgens leeftijd vanuit wetenschappelijk, maatschappelijk en organisatorisch standpunt de voorkeursaanpak, of zijn er overwegingen waar rekening moet mee worden gehouden en die een meer gedifferentieerde aanpak vragen?”*

De HGR is niet bevoegd voor de logistiek en de operationalisering van de vaccinatiestrategie. De verschillende fasen van de vaccinatie (Ia, Ib, II, enz.) moeten zoveel mogelijk in overeenstemming zijn met de aanbevelingen van advies HGR-9618 en tegelijkertijd ruimte laten voor flexibiliteit, zodat het gehele proces zo soepel en snel mogelijk kan verlopen. De mate van prioriteit voor kwetsbare groepen, kritieke functies, enz. is ook een ethische, maatschappelijke en politieke keuze die mede afhangt van de levering van vaccins in België. In dit verband kan de HGR de volgende elementen aanreiken om deze keuzes en beslissingen te sturen.

Zoals de HGR reeds herhaaldelijk heeft verklaard, **is het aan de politieke autoriteiten om de sectoren met “maatschappelijke” prioriteiten te bepalen** naar gelang hun plaats/belang in de samenleving, **en hun niveau van prioriteit te bepalen** naar gelang van de beschikbaarheid van vaccins voor de gehele bevolking.



**Leeftijd blijft de belangrijkste determinant voor ernstige vormen van COVID-19,**  
zowel in België als in alle internationale studies over dit onderwerp.

Dit is des te belangrijker voor fase 2 om te zorgen voor een **maximale vereenvoudiging van het algemene uitnodigingsysteem en de Belgische campagne.**

**Leeftijd-gebaseerde vaccinatie van de gehele bevolking is in dit stadium de meest "efficiënte" en waarschijnlijk ook de meest "rechtvaardige" optie.**

Afgezien van de besluiten die worden genomen voor de genoemde groepen in vraag 1 en 2, is deze aanpak waarschijnlijk de eerlijkste voor alle werknemers, maar ook voor al diegenen die bijvoorbeeld verantwoordelijk zijn voor ouderen, voor mensen met een comorbiditeit, of voor mensen die bijzonder kwetsbaar zijn in hun niet-werkgerelateerde privéleven of die ernstige economische verliezen hebben geleden ten gevolge van de lockdownmaatregelen.

Dit standpunt wordt ook gesteund door de Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het Werk sedert 19/01/2021 en herhaald op 31/03/2021. Men hoopt dat dit ook zal leiden tot minder frustratie en spanningen in de samenleving in het algemeen en onder werknemers in het bijzonder.

De definiëring van deze "maatschappelijke" prioriteiten is niet alleen ethisch en politiek complex, maar ook op organisatorisch gebied en wat de beoordeling van het individuele risico van de werknemers betreft. **Dit is een haalbare en ethisch verdedigbare aanpak, maar het is van essentieel belang dat de HGR de snelheid en de doeltreffendheid van het systeem hier voor ogen houdt, gezien het aantal beschikbare vaccins.**

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-implementation-COVID-19-vaccination-strategies-vaccine-deployment-plans.pdf>

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Rollout%20of%20COVID-19%20vaccinations%20in%20the%20EU-EEA-%20challenges-good-practice.pdf>

Ter informatie heeft de HGR hieronder enkele Belgische en internationale gegevensbronnen over besmetting in verschillende bedrijfssectoren verzameld en haalt voor een correcte analyse van deze Belgische en internationale rapporten de volgende punten aan:

- De beperkingen van deze gegevens/studies (nauwkeurige definitie van de plaats van besmetting of van een "sector" bijvoorbeeld);
- De complexiteit van het opzetten van een dergelijk systeem;
- De vele "kritieke" sectoren die getroffen zijn;
- De elders waargenomen situatie is niet altijd rechtstreeks op België overdraagbaar, omdat de timing en de intensiteit van de epidemiepieken, de protocollen en maatregelen, enz. niet overal ter wereld en op hetzelfde moment identiek waren.



## **2. Contextualisering van de algemene strategie**

Twee even belangrijke prioritaire doelstellingen.

1) De bevolking zo snel en zo doeltreffend mogelijk beschermen **tegen ernstige vormen en sterfgevallen gelinkt aan COVID-19**. Dit kan worden bereikt door voorrang te geven aan vaccinatie op basis van leeftijd (de belangrijkste drijfveer van COVID-19), comorbiditeiten en kwetsbaarheidsfactoren zoals het onvermogen om voor de eigen bescherming te zorgen (het dragen van een masker, het naleven van barrièremaatregelen, preciaire hygiënische omstandigheden, het wonen in een gemeenschap, enz.) of kwetsbaarheid als gevolg van de beperkte toegang tot gezondheidszorg voor bepaalde groepen.

2) **Het zo snel en zo doeltreffend mogelijk in stand houden van de gehele gezondheidszorg in de ruimste zin** (gezondheidszorg, sociale zorg, enz.) door de beroepsbeoefenaars die met deze sector te maken hebben en in contact komen met COVID-19-patiënten en/of gebruikers met kwetsbaarheidsfactoren met voorrang te vaccineren.

Dit kan worden gedaan door prioriteit te geven aan de groepen die in juli 2020 zijn gedefinieerd en in februari 2021 zijn gespecificeerd in het advies HGR-9618: "Aanbevelingen voor het prioriteren van subgroepen van patiënten jonger dan 65 jaar voor vaccinatie tegen SARS-CoV-2". Deze prioriteiten zijn door de Taskforce overgenomen in haar algemene strategie en de vaststelling van de verschillende fasen van type Ia, Ib, II, enz.

<https://www.health.belgium.be/nl/advies-9618-prioritering-van-risicogroepen-voor-sars-cov-2-vaccinatie-fase-ib>

De HGR is niet bevoegd voor de logistiek en de operationalisering van de vaccinatiestrategie. De verschillende fasen van de vaccinatie (Ia, Ib, II, enz.) **moeten zoveel mogelijk in overeenstemming zijn met de aanbevelingen van advies HGR-9618 en tegelijkertijd ruimte laten voor flexibiliteit, zodat het gehele proces zo soepel en snel mogelijk kan verlopen**. De mate van prioriteit voor kwetsbare groepen, kritieke functies, enz. is ook een ethische, maatschappelijke en politieke keuze die mede afhangt van de beschikbaarheid van vaccins in België.

In de context van de COVID-19-vaccinatie en deze twee hoofddoelstellingen is het van belang dat de HGR in dit stadium de term "gemeenschap die niet rechtstreeks verband houdt met zorg" verduidelijkt. Voor de HGR is **een "gemeenschap die niet rechtstreeks verband houdt met zorg" een groep mensen (meestal volwassen gebruikers en werknemers) die op hetzelfde moment in dezelfde gesloten ruimte verblijven**. Gemeenschappen lopen meer risico als:

- De tijd die samen wordt doorgebracht aanzienlijk is (woongemeenschappen, huisvesting > dagopvang > eenmalige activiteiten);
- Het aantal betrokkenen groot is;
- De gebruikers en werknemers bejaarde en/of kwetsbare volwassenen zijn;
- Het delen van gemeenschappelijke ruimten en activiteiten belangrijk is (maaltijden, gemeenschappelijke activiteiten, gemeenschappelijke ruimten, enz.);
- De lokalen klein zijn en/of slecht geventileerd (zeer overbevolkt);
- Gebruikers en werknemers niet in staat zijn om de barrières correct in acht te nemen (dragen van een masker, fysieke afstand, regelmatig handen wassen, enz.);
- De algemene hygiënische omstandigheden slecht zijn; enz.





**Mensen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen, zowel in een gemeenschap als thuis.** Deze groep is moeilijk te bereiken, heeft niet altijd een huisarts en kent vele barrières voor vaccinatie en voor de gezondheidszorg in het algemeen. Zij worden in de literatuur regelmatig aangehaald als bijzonder getroffen door COVID-19, zo ook door het BCNBP (*Belgian College of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*) begin 2021 (De Picker et al., 2021; Wang et al., 2021; De Hert et al., 2021; BCNBP, 15/01/2021).

**Alle gemeenschappen (zorg én niet-zorg gerelateerd) en kwetsbare groepen** moeten worden gevaccineerd (HGR-9618). Dit omvat zodus alle gemeenschappen voor mensen met ernstige geestesziekten, ernstige en zwaar verstandelijke handicaps, mensen met lichamelijke handicaps, mensen uit minderheidsgroepen, mensen die dakloos zijn (24 uur per dag op straat of verblijven en slapen op plaatsen die niet voor bewoning bestemd zijn, zoals opvangcentra en tijdelijke noodopvang), mensen die in armoede leven of aan drugs verslaafd zijn, mensen met een laag kennis- en inzichtniveau, mensen die hun vrijheid zijn ontnomen, arbeidsmigranten met een laag inkomen en mensen zonder verblijfplaats of met een onzekere rechtspositie, zoals migranten zonder papieren, asielzoekers, sekswerkers, personen die niet verzekerd zijn, enz. (DH-BIO/Raad van Europa - 22/01/2021; Turk et al., 2020 (*Intellectual and developmental disability*); Tobolowsky et al., 2020 (*Homeless*); Lewer et al., 2020 (*Homeless*); Roederer et al., 2020 (*Precarious situations*); Cohen et al., 2021 (*Vulnerable Youth*); Kluge et al., 2020 (*Refugee*); Kuy et al., 2020 (*Vulnerable Populations*); Hershov et al., 2020 (*Prisoners*); Lewis NM et al., 2021 (*Prisoners*); Stern MF et al., 2021 (*Prisoners*); Zawitz et al., 2021 (*Prisoners*), etc.).

Er moet zo snel mogelijk worden overgegaan tot vaccinatie van deze groepen via huisartsen en mobiele teams, bij voorkeur met een eenmalige dosis vaccin, als deze mensen niet goed bereikbaar zijn via hun leefgemeenschappen en/of voor wie het verplaatsen naar een vaccinatiecentrum een grote belemmering vormt voor vaccinatie. Dit is reeds ingepland door de Taskforce Operationalisering van de Vaccinatiestrategie (hierna de Taskforce genoemd) en er moeten voldoende middelen voor deze maatregelen worden uitgetrokken:

<https://d34j62pglfm3rr.cloudfront.net/downloads/SOP+mobile+vaccination+-+V1.1+-+NL.pdf>

Mensen die werkzaam zijn in de **scheepvaart en voor langere tijd in gemeenschappen op een schip verblijven**, kunnen eveneens op hetzelfde moment als andere gemeenschappen worden gevaccineerd, zoals ook voorgesteld door de WHO (WHO, 25/03/2021: Gezamenlijke verklaring over de prioritering van vaccinatie tegen COVID-19 voor zeevarenden en vliegtuigbemanning).

<https://www.who.int/fr/news/item/25-03-2021-joint-statement-on-prioritization-of-covid-19-vaccination-for-seafarers-and-aircrew>

Gezien het epidemiologische risico dat gemeenschappen lopen, **beveelt de HGR aan dat alle zorg- én niet-zorg gerelateerde gemeenschappen met voorrang tegen COVID-19 worden gevaccineerd.**





3) De derde doelstelling (minder prioritair dan de eerste twee) is om zo snel en efficiënt mogelijk een vaccinatiegraad van ten minste 70% te bereiken en zo te trachten de circulatie van het virus en zijn varianten binnen de gehele Belgische bevolking te beperken. Het gebruikte operationele systeem moet zo eenvoudig, snel en efficiënt mogelijk zijn. In dit stadium en gelet op de ervaringen in het buitenland lijkt **het leeftijdscriterium het meest "adequaat- billijk" om het systeem van oproeping zoveel mogelijk te vereenvoudigen**. Het is de taak van de Taskforce om zoveel mogelijk te beperken en te proberen alle mogelijke obstakels uit de weg te ruimen en zo de toegang tot vaccinatie voor de hele bevolking te vergemakkelijken.

3bis) Afhankelijk van de beschikbaarheid van vaccins in Europa en België en **nadat de eerste twee doelstellingen zijn bereikt**, kan om maatschappelijke redenen worden overwogen om bepaalde functies te vaccineren. In overleg met het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek hebben wij deze "maatschappelijke" prioriteiten gedefinieerd in advies HGR-9618. Ze zijn gebaseerd op Advies nr. 75 van 11 december 2020 over "ethische maatstaven voor de uitrol van de COVID-19-vaccinatie ten voordele van de Belgische bevolking" (BRCB, 11/12/2020).

Zoals de HGR reeds herhaaldelijk heeft verklaard, **is het aan de politieke autoriteiten om de "maatschappelijke" prioriteiten van bepaalde sectoren vast te stellen** naar gelang van hun plaats/belang in de samenleving, en hun niveau van prioriteit te bepalen naar gelang van de beschikbaarheid van vaccins voor de gehele bevolking.

De vaststelling van deze "maatschappelijke" prioriteiten is ethisch en politiek ingewikkeld, en ook ingewikkeld vanuit het oogpunt van de risicobeoordeling van organisaties en individuele werknemers. Dit is een mogelijke en ethisch verdedigbare aanpak, maar het is van fundamenteel belang dat de HGR de snelheid en de doeltreffendheid van het systeem voor ogen houdt, gezien het aantal beschikbare vaccins.

Zodra alle risicopersonen tegen de ernstige vormen zijn beschermd, lijkt **het leeftijdscriterium ons het meest "adequaat-billijk"** om het systeem van het oproepen van personen na de comorbiditeits- en gemeenschapsfase zoveel mogelijk te vereenvoudigen.

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-implementation-COVID-19-vaccination-strategies-vaccine-deployment-plans.pdf>

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Rollout%20of%20COVID-19%20vaccinations%20in%20the%20EU-EEA-%20challenges-good-practice.pdf>



### **3. Prioriteiten “maatschappelijke en kritische functies” voor fase II?**

Ter herinnering, de HGR heeft deze prioriteiten reeds gedefinieerd in advies HGR-9618. Tot deze categorie behoren, **voor zover ze niet op afstand kunnen worden verricht, activiteiten die bijdragen tot de veilige instandhouding van de basisfuncties van het gemeenschapsleven**. Niet-uitputtende en niet-gerangschikte lijst die verfijnd moet worden:

- Voorzienings- en beschikbaarheidssector: voedingsproducten en andere essentiële goederen (gas, water, elektriciteit, toegang tot het digitale netwerk);
- Vuilnisophaal- en hygiënediensten;
- Hulp- en veiligheidsdiensten;
- Diensten voor sociale bijstand, waaronder OCMW's, ziekenfondsen, consultaties Kind & Gezin/ONE, centra voor gezinsplanning, diensten voor thuiszorg, sociale diensten, enz.;
- Diensten voor opvang, begeleiding en onderwijs van kinderen en adolescenten, met name voor de meest kwetsbare groepen;
- Opvang- en verzorgingsdiensten voor mensen met een handicap en mensen met speciale behoeften, met name voor de meest kwetsbare groepen;
- Diensten voor dringende hulp aan rechtszoekenden, alsmede diensten binnen de gerechtelijke sector die niet kunnen worden opgeschort zonder de gemeenschap aan een ernstig risico van schade aan personen en/of goederen bloot te stellen;
- Begrafnisdiensten (begrafenis en crematie);
- Openbaar vervoer (input HGR);
- Wetenschappelijk en biofarmaceutisch onderzoek (input HGR);
- Logistieke diensten voor COVID-vaccinatie, tracering, enz. (input HGR);
- Enz.

De grootte van deze activiteitensectoren wordt verderop ter informatie gegeven. De transparantie over de criteria, de motivering van de uiteindelijke keuzes en de duidelijke communicatie van de autoriteiten over dit onderwerp zijn op dit gebied van fundamenteel belang om te voorkomen dat de sociale spanningen toenemen en ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen het gevoerde beleid steunen met het oog op een optimale sociale cohesie.

Het lijkt ons echter duidelijk dat, binnen deze te definiëren structuren, **de aanwezige personen niet allemaal hetzelfde risico lopen**. Om deze definiëring te ondersteunen, is de HGR van mening dat de bedrijfsarts binnen deze instellingen er rechtstreeks bij betrokken moet zijn. De bedrijfsarts is immers de meest geschikte gezondheidswerker om te bepalen – naargelang de gewoonlijke en plaatselijke werkomstandigheden – welke "specifieke subgroepen" moeten worden beschouwd als prioritaire doelgroepen voor vaccinatie.

De inventaris van deze functies moet worden opgemaakt door verschillende expertises bijeen te brengen en rekening te houden met de realiteit van de organisatie van het werk in bepaalde sectoren. Hierbij dient op zijn minst de deskundigheid van de volgende ministeries betrokken te worden: Volksgezondheid en Sociale Zekerheid, Werkgelegenheid, Economie, Binnenlandse Zaken, Defensie, enz. (voor de vaststelling van de strategische sectoren) en de arbeidsgeneeskunde voor de toepassing van de risicocriteria op de verschillende functies.



De HGR stelt voor dat de prioritering van "specifieke subgroepen" bijvoorbeeld kan gebeuren aan de hand van:

- **Variatie in contacten<sup>2</sup>**;
- Het aantal contacten op een dag;
- De duur van de contacten;
- De nabijheid van de contacten voor de normale uitoefening van de functie (kan 1,5m afstand, gezien de aard van de functie, in het algemeen worden gerespecteerd of niet);
- Ventilatieaspecten: vinden de contacten hoofdzakelijk binnen of hoofdzakelijk buiten plaats; hoe zit het met de ventilatie van de ruimte onder normale omstandigheden bij de uitoefening van de functie; is het een grote ruimte of eerder een gesloten ruimte; is er een aanzienlijke toevoer van verse lucht;
- De fysieke werkbelasting (een intensievere werkbelasting leidt tot meer uitademing en dus tot een bredere verspreiding van speeksel en aerosolen);
- Risico's die ontstaan door het samen reizen (vb. vervoer geregeld door de werkgever);
- De mate waarin maatregelen overeenkomstig de generieke gids (en eventuele sectorspecifieke gidsen) worden genomen en nageleefd (vb. fysieke afstand van 1,5m, bezettingsdichtheid, dragen van maskers, enz.);
- Wanneer samen werken wordt gecombineerd met samen leven;
- De vaststelling van het individuele risico van overdracht, uitwisseling van materialen, kruisbesmetting, gekoelde omgeving, enz. (vb. voor het specifieke geval van de "*meat packer*" – vleesversnijder in het slachthuis).

---

<sup>2</sup> SARS-CoV-2 rukt op door superbesmetting (naar schatting is 80% van de gevallen te wijten aan zo'n 10% dragers met een hoge virale belasting in de bovenste luchtwegen). Het is dus doeltreffender om te werken op het aantal "toevallige" contacten dan op het repeterend aantal basiscontacten (recent artikel over modellering in PNAS).



#### **4. Belgische epidemiologische gegevens per activiteitensector (gegevens voor een verhoogd infectierisico)**

Voor de selectie van de sectoren is het van belang na te gaan of bepaalde activiteitensectoren een verhoogd infectierisico hebben in vergelijking met de bevolking in het algemeen. Daartoe zijn er in België verschillende verslagen over dit onderwerp.

##### 1) COVID-19 INCIDENTIE BIJ DE ACTIEVE BEROEPSBEVOLKING PER SECTOR

Dit bestrijkt de periode september 2020 - januari 2021 (piek tweede golf)  
[https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/Rapport%20COVID-19%20incidentie%20in%20de%20actieve%20beroepsbevolking\\_0.pdf](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/Rapport%20COVID-19%20incidentie%20in%20de%20actieve%20beroepsbevolking_0.pdf)

**Samenvatting van figuur 1:** De blauwe lijn in de grafiek geeft de besmetting in de algemene actieve bevolking weer (d.w.z. +/- 6,2%). Drie beroepen springen er in België uit bij de piek van de tweede golf: gezondheidswerkers en maatschappelijk werkers met +/- 10%; het openbaar ambt (federale en gewestelijke administraties, defensie, politie, brandweer, enz.) met +/- 7,6% en onderwijzers met +/- 6,8%, oftewel minder dan 1% bijkomend risico in vergelijking met de algemene bevolking.

In het verslag wordt ook gewezen op mogelijke vertekeningen (vb. verschillen in tests naargelang de sector, geen vermelding van de plaats van besmetting: particulier of beroepsmatig, enz.). Deze gegevens moeten dus met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, maar zij geven wel een indicatie, bevestigd door internationale studies, voor gezondheidswerkers en maatschappelijke dienstverleners en voor beroepen zoals defensie, politie, brandweer, enz. Voor werknemers in de onderwijssector wijzen deze gegevens minder duidelijk op een verhoogd risico op COVID-19 in vergelijking met de algemene bevolking.

Sciensano's laatste immunologische studie, gepubliceerd op 30/03/2021, lijkt deze gegevens van februari 2021 ook te bevestigen. De conclusie van het rapport is: "In de periode december 2020 tot en met januari 2021 loopt het percentage schoolkinderen en schoolpersoneel met antistoffen tegen SARS-CoV-2 gelijk met het percentage antistoffen gevonden in de algemene Belgische bevolking en bij de eerstelijnszorgverleners. Onze studie vindt geen aanwijzingen dat scholen plaatsen zijn waar het virus zich meer verspreidt of meer kans maakt zich te verspreiden dan elders in de gemeenschap."

<https://www.sciensano.be/nl/biblio/prevalence-and-incidence-antibodies-against-sars-cov-2-children-and-school-staff-measured-between>

De school lijkt dus een afspiegeling te zijn van wat er in de algemene bevolking gebeurt.

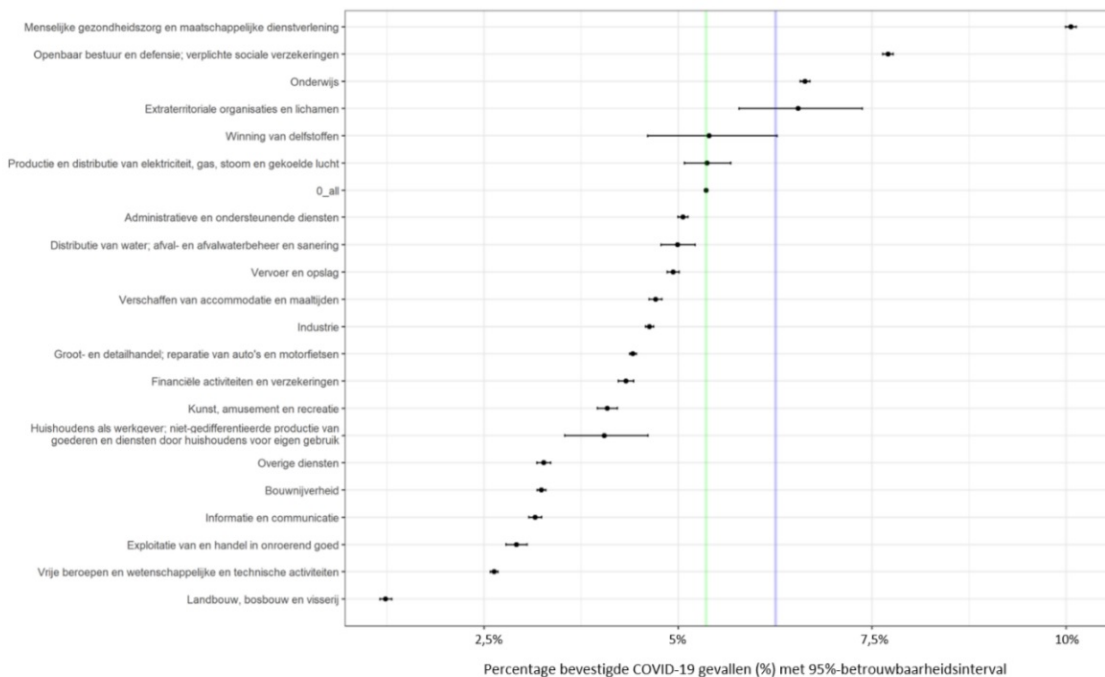


Bovendien bevestigen verschillende internationale studies ook dat strikte protocollen (testen, maskers, barrièregebaren, enz.) op scholen doeltreffend zijn om het risico tot een minimum te beperken (Vlachos et al., 2021; Volpp et al., 2021; Dawson et al., 2021).

Lachassinne et al. (2021) tonen ook geen verhoogd risico aan in Frankrijk in de periode tussen maart en mei 2020 in 22 kinderdagverblijven voor zeer jonge kinderen.

*« Interpretation According to serological test results, the proportion of young children in our sample with SARS-CoV-2 infection was low. Intrafamily transmission seemed more plausible than transmission within daycare centres. Further epidemiological studies are needed to confirm this exploratory hypothesis ».*

Figuur 1. Geschatte aandeel bevestigde COVID-19 gevallen onder werknemers in sectoren van NACE-niveau 1, in relatie tot de volledige bevolking tussen 18 en 65 jaar oud (blauw) en de werknemers over alle sectoren heen (groen) tijdens de periode van 08/09/2020 tot 25/01/2021, België. (Bron: RSZ-dataset over incidentie onder werknemers per sector en Sciensano centrale COVID-19 surveillance)





2) Twee GEMS-verslagen van 25/03/2021 en 31/03/2021

Molenberghs G., Verbeeck J., Vandersmissen G., Godderis L. Belgian COVID-19 infections in work sectors. 23 February 2021 (not published yet).

*Period : 8 Sept 2020 to 25 Jan 2021*

Molenberghs G., Verbeeck J., Vandersmissen G., Godderis L. Monitoring Belgian COVID-19 infections in work sectors in 2021. 31 March 2021 (not published yet).

*Period : 8 Sept 2020 to March 2021*

De belangrijkste bevindingen van deze verslagen, die dezelfde beperkingen en vooringenomenheden hebben als die van Sciensano, zijn:

- *“ It is important to note that at all levels there is a **significant decline in 14-day incidences in health care workers, in- and out-hospital, and residential care in elderly employees in 2021 and until now, there is little to no increase in COVID-19 cases in this sector.** This may underline the effect of vaccination on susceptibility to infection of an individual as well as a group.*
- *Many sectors where **telework is not possible**, where workers are often exposed to **close physical proximity** and where **climate conditions favors transmission** of the virus, the 14-day incidence is higher or has a steeper increase.*
- *It is clear that since March 2021 in most sectors **the 14-day incidence is increasing, in accordance with what is observed in the general population.** The contact tracing shows that the increase is distributed over the entire country and that high-risk contacts have been progressively increased over time since the second wave in most regions and most segments.*

*However, several sectors stand out with particularly high 14-day incidences or a very steep increase in incidences:*

*1) **The food industry, sectors in processing, production and preserving of meat, poultry, fruit and vegetables, potatoes, other food products (sectors 10110, 10120, 10311, 10393, and 10890) show particularly high incidences (>2000 per 100,000 employees), due to some large outbreaks in mainly the poultry sector. It has been observed since the beginning of the pandemic that the climate and other conditions in the food processing industry is ideal for the transmission of SARS-CoV-2. This sector, therefore, needs careful attention.***

*2) Similarly, employees in some manufacturing sectors need to be carefully protected, as they are often not able to telework. The large recent outbreak in a well-known kitchen furniture factory is a clear example (sector 31020), but also manufacturing of soda's, motor vehicles, textile, paint, varnish and ink, metal constructions, other furniture and textile weaving show the highest incidences and/or steepest increases.*





3) *Employees in wholesale and retail activities are also not able to telework and are daily confronted with multiple close contacts, resulting in steeper increases in the incidences of COVID-19, but not yet to such levels that they reach the top incidences. Infections have been rapidly spreading specifically among employees of maintenance, repair of cars and retail of parts of cars, wholesale of clothes, retail trade in non-specialized stores where food, beverages and tobacco are not predominant, and construction and hardware and retail of toys.*

4) *With the increase of COVID-19 in the general population, it becomes clear that **local police**, is rapidly impacted by a steeper increase to top incidence levels. Arguably, they frequently have to operate in situations with multiple close contacts, where the surrounding individuals are not willing or deliberately ignoring precautionary measures. With an increased viral circulation in the general population, multiple close contacts is indeed an important risk for COVID-19. This is clearly shown in the non-medical contact professions, despite the reports to follow strict hygiene rules, there is a 3-fold increase in 14-day incidence in 3 weeks to one of the highest incidences for the hairdressers.*

5) *For some sectors, the reason for the steep increase to high incidences is not completely clear, for example in **collection of non-hazardous waste**, construction of utility projects, rental and operation of social housing, other building and **industrial cleaning activities, activities of laundries** and interior architects. It would be worthwhile to investigate whether stricter protocols are required in these sectors, as well as in sectors where there is a steeper increase to levels not yet to the highest incidences, such as other work in connection with the finishing of buildings, moving services, accounting, veterinary activities, renting, leasing of other machinery, industrial laundries activities and gambling and betting activities. Also, attention should be given to the risks that workers are exposed to outside of work.*

6) *Due to the almost unrestricted activity, it is no surprise that the 14-day incidence in activities of football clubs is among the highest before, during, and after the second wave, until the period under investigation in this report.*

7) *Finally, the strong increase of 14-day incidences of COVID-19 among **teachers to the highest incidences is noteworthy**. This should be seen against the background of the increase in incidences among pupils and the steep increase of incidences in employees in **child day-care activities** to also one of the highest incidences and the steep increases in employees in institutions with **housing for minors with a mental disability and associations in the field of youth work**. This suggests that there is increased viral circulation among the children. Both the contact tracing as the RSZ/ONSS data demonstrate the very clear increase of COVID-19 infections in compulsory education. Although no conclusions can be drawn regarding the location of infection (workplace or elsewhere) nor the location of employment (at work, telework, or temporarily unemployed) of the employees in the RSZ/ONSS data, the contact tracing shows that in the index cases, where this information was available, almost 40 % indicated that the workplace was certainly, probably, or possibly the source of infection”.*





**Samenvattend blijkt uit deze rapporten het volgende:**

- 1) Sectoren die met voorrang zijn gevaccineerd, blijken veel beter bestand tegen besmetting dan sectoren die nog niet zijn gevaccineerd. Deze vaststelling lijkt, in aanvulling op de internationale gegevens, ook indirect de doeltreffendheid aan te tonen van vaccinatie tegen virale overdracht in ruime zin en tegen asymptomatische infecties. Op 24/03/2021 heeft het Britse JCVI de vaccinatie van naaste contacten van sterk immuungecompromitteerde patiënten eveneens aanbevolen op basis van deze nieuwe gegevens over het effect van vaccins op transmissie en asymptomatische patiënten (<https://www.gov.uk/government/publications/letter-from-the-health-and-social-care-secretary-on-covid-19-vaccination-to-protect-severely-immunosuppressed-adults/letter-from-jcvi-on-considerations-on-covid-19-vaccination-of-adult-household-contacts-of-severely-immunosuppressed-adults-24-march-2021>). De NITAG Vaccinatie heeft dit ook aanbevolen in haar advies HGR-9618 van februari 2021.
- 2) Wanneer de epidemie in de algemene bevolking weer de kop opsteekt, wordt dit in een groot aantal sectoren van activiteit weerspiegeld en gemeten (zie bijlage 1).
- 3) De onmogelijkheid van telewerken, het aantal verschillende contacten, sterke fysieke nabijheid, de onmogelijkheid of niet-naleving van bestaande protocollen en specifieke klimatologische omstandigheden die gunstig zijn voor de overdracht van SARS-CoV-2 zijn belangrijke risicofactoren.
- 4) In belangrijke mate getroffen sectoren (**vetgedrukte sectoren werden in het advies van de BRCB aangeduid als "activiteiten die bijdragen tot de veilige instandhouding van de basisfuncties van het gemeenschapsleven"**) zijn:
  - ***The food industry, sectors in processing, production and preserving of meat, poultry, fruit and vegetables, potatoes, other food products;***
  - ***Some manufacturing sectors;***
  - ***Employees in wholesale and retail activities;***
  - ***Local police;***
  - ***Non-medical contact professions and hairdressers;***
  - ***Collection of non-hazardous waste, construction of utility projects, rental and operation of social housing, other building and industrial cleaning activities, activities of laundries and interior architects;***
  - ***work in connection with the finishing of buildings, moving services, accounting, veterinary activities, renting, leasing of other machinery, industrial laundries activities and gambling and betting activities;***
  - ***activities of football clubs;***
  - ***teachers, employees in child day-care activities, employees in institutions with housing for minors with a mental disability and associations in the field of youth work.***



Gezien het aantal getroffen sectoren en de vele mogelijke vertekeningen en beperkingen bij dergelijke studies (bijvoorbeeld: de precieze omschrijving van de plaats van besmetting) kan de HGR zich niet uitspreken over een prioritaire lijst voor vaccinatie op basis van de specifieke en epidemiologische risico's van elke werknemer.

Politieke keuzes zijn mogelijk en ethisch aanvaardbaar in geval van een tekort aan vaccins, maar wij beschikken over weinig solide wetenschappelijke basis om duidelijke prioriteiten voor te stellen in termen van prioritaire functies.

**Vaccinatie op basis van de leeftijd van de gehele bevolking lijkt ons in dit stadium de meest doeltreffende en waarschijnlijk ook de meest billijke optie** voor alle werknemers, maar ook voor al degenen die bijvoorbeeld bejaarden verzorgen, aan comorbiditeiten lijden of bijzonder kwetsbaar zijn in hun privéleven (niet verbonden aan hun werk) of die zware economische verliezen hebben geleden ten gevolge van de lockdownmaatregelen.

Deze positie wordt tevens ondersteund door de Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het Werk sinds 19/01/2021 en herbevestigd op 31/03/2021.



## 5. Enkele internationale epidemiologische gegevens per sector

### France (données pour un risque accru d'infection)

Avis complet : <https://hal-pasteur.archives-ouvertes.fr/pasteur-03155847/document>  
Résumé : <https://www.pasteur.fr/fr/espace-presse/documents-presse/comcor-etude-facteurs-sociodemographiques-comportements-pratiques-associes-infection-sars-cov-2>

#### Les points clés :

45% des personnes infectées connaissent la personne source qui les a infectées, 18% suspectent un évènement particulier sans connaître la personne source de l'infection, et 37% ne savent pas comment elles se sont infectées. Quand la personne source est connue, il s'agit avant tout d'une source intra-domiciliaire (42%), puis d'une source extra-domiciliaire qui relève de la famille élargie (21%), d'une source professionnelle (15%), d'amis (11%) ou autre (11%). Les réunions privées, avec famille élargie et amis, et le travail en bureaux partagés, constituent les circonstances de transmission du virus les mieux identifiées.

- **Les repas**, aussi bien en milieu privé que professionnel, sont les circonstances les plus fréquemment rapportées à l'origine de ces transmissions.
- La personne source de l'infection **était symptomatique** au moment du contact infectant.
- Les patients s'isolent vis-à-vis des personnes vivant hors de leur foyer, mais **attendent de plus en plus le retour du résultat du test pour s'isoler** au détriment d'un isolement dès le début des symptômes (surtout en intra-familial)
- **Au sein du foyer, avoir un enfant scolarisé représente un sur-risque d'infection pour les adultes**, notamment ceux gardés par une assistante maternelle (+39%), et ceux qui vont au collège (+27%) et au lycée (+29%). Avec une exception toutefois : avoir un enfant scolarisé en primaire n'a pas été jusqu'à maintenant associé à un sur-risque d'infection pour les adultes vivant dans le même foyer. On note cependant depuis janvier une augmentation des infections intra-domiciliaires vers les adultes dues à des enfants de moins de 11 ans.
- **La relation entre diplômes et risque d'infection suit une courbe en U** : les bacheliers jusqu'à Bac+4 sont moins à risque d'infection, comparés aux non-bacheliers et aux Bac+5.
- Les catégories professionnelles les plus à risque sont, **par ordre croissant de sur-risque**, les cadres de la fonction publique, les ingénieurs et les cadres techniques d'entreprise, les cadres administratifs et commerciaux d'entreprise, les chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus, les professions intermédiaires de la santé et du travail social, et les chauffeurs.
- Les autres catégories professionnelles sont considérées comme ayant un risque « moyen » d'infection : artisans et ouvriers artisans, commerçants et assimilés, professions libérales, professions de l'information, des arts et des spectacles, techniciens, contremaîtres et agents de maîtrise, employés de commerce, ouvriers qualifiés de type industriel, étudiants, chômeurs et inactifs.
- Les catégories professionnelles les moins à risque sont, **par ordre décroissant de risque**, les employés civils et agents de service de la fonction publique, les employés administratifs de l'entreprise, les retraités, les professions intermédiaires administratives de la fonction publique, les personnels des services directs aux



*particuliers, les policiers et militaires, les professeurs des écoles et instituteurs, les professions intermédiaires administratives et commerciales de l'entreprise, les professeurs et professions scientifiques, et les agriculteurs.*

- **Les transports en commun n'ont pas été associés à un sur-risque d'infection.**  
*Le co-voiturage l'a été (+58%).*
- **Le télétravail protège** (-24% pour le télétravail partiel, -30% pour le télétravail total par rapport à des personnes effectuant le même travail en bureau).
- **Les cours en amphithéâtre ou en salle pour la formation continue, le sport en extérieur, et la fréquentation des lieux de culte, des commerces, et des salons de coiffure, n'ont pas été associés à un sur-risque d'infection.**
- **Les déplacements à l'étranger ont été associés à un sur-risque d'infection (+53%).**

**Conclusion des auteurs :** *Ces résultats sont conformes aux données de la littérature internationale, et notamment les études de Fisher (MMWR, 2020), Chang (Nature, 2021), et la très récente étude de cohorte américaine de Nash (medRxiv, 2021). Il apparaît également que les clusters et épisodes de transmission bien caractérisés sont très majoritairement identifiés en espace intérieur comparé à extérieur (Weed & Foad, medRxiv, 2020 ; Cevik M, CID, 2020 ; Bulfone, JID, 2021).*

#### **USA (data for increased risk of mortality)**

<https://www.advisory.com/en/daily-briefing/2021/02/10/covid-jobs>

*According to the researchers, individuals working in the **food** or agriculture sector were at the highest risk of death from Covid-19 during that time period, followed by individuals working in **transportation or logistics** and those working in the **facilities sector**.*

*When broken down by occupation, the researchers found that **cooks** had the highest risk of death from Covid-19 from March 2020 through October 2020, followed by **packaging and filling machine operators and tenders and agricultural workers**.*

*The researchers also found that people of color working in some sectors, especially **Black and Latino people**, had a much higher risk of death than white people working in those same sectors.*

*Similarly, the researchers found that the risk of death among **Asian people working in the health or emergency sector was 40% higher** from March 2020 through October 2020 when compared with pre-pandemic times, while the risk of death was up by 32% among Latinos working in that sector, 27% among Blacks working in that sector, and 2% among whites working in that sector.*



**UK (data for increased risk of mortality)**

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistere dbetween9marchand28december2020>

Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales: deaths registered between 9 March and 28 December 2020. Provisional analysis of deaths involving the coronavirus (COVID-19), by different occupational groups, among men and women aged 20 to 64 years in England and Wales.

- *When looking at broad groups of occupations, men who worked in elementary occupations (699 deaths) or caring, leisure and other service occupations (258 deaths) had the highest rates of death involving COVID-19, with 66.3 and 64.1 deaths per 100,000 males, respectively.*
- *In women, process, plant and machine operatives (57 deaths) and caring, leisure and other service occupations (460 deaths) had the highest rates of death involving COVID-19 when looking at broad occupational groups, with 33.7 and 27.3 deaths per 100,000 females, respectively.*
- *Men (79.0 deaths per 100,000 males; 150 deaths) and women (35.9 deaths per 100,000 females; 319 deaths) who worked in social care occupations had statistically significantly higher rates of death involving COVID-19 when compared with rates of death involving COVID-19 in the population among those of the same age and sex.*
- *Almost three in four of the deaths involving COVID-19 in social care occupations (347 out of 469 deaths; 74.0%) were in care workers and home carers, with 109.9 deaths per 100,000 males (107 deaths) and 47.1 deaths per 100,000 females (240 deaths).*
- *Men who worked in healthcare occupations had a statistically higher rate of death involving COVID-19 (44.9 deaths per 100,000 males; 190 deaths) when compared with the rate of COVID-19 among men of the same age in the population; the rate among women who worked in healthcare occupations (17.3 deaths per 100,000 females; 224 deaths) was statistically similar to the rate in the population.*
- *Looking at specific healthcare occupations, nurses had statistically significantly higher rates of death involving COVID-19 when compared with the rate of COVID-19 among those of the same age and sex in the population, with 79.1 deaths per 100,000 males (47 deaths) and 24.5 deaths per 100,000 females (110 deaths); nursing auxiliaries and assistants also had elevated rates of death involving COVID-19.*
- ***Rates of death involving COVID-19 in men and women who worked as teaching and educational professionals, such as secondary school teachers, were not statistically significantly raised when compared with the rates seen in the population among those of the same age and sex.***



### **Germany (data for increased risk of hospitalization)**

<https://www.asu-arbeitsmedizin.com/wissenschaft/berufs-und-branchenbezogene-analyse-des-covid-19-risikos-deutschland>

Möhner M, Wolik A: Differences in COVID-19 risk between occupational groups and employment sectors in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 641–642.

*Taking into account the sick notes, women were nearly 40% more frequently diagnosed with COVID-19 than men. The frequency of severe disease requiring hospitalization increased in men with increasing age but not in women.*

*The risks with regard to COVID-19 were highest for occupations in **healthcare institutions and in the social welfare work/nursing care sector (elderly > others)**. Likewise, in risk group 2, a significantly increased risk was found with SIR = 1.34 (95% confidence interval: [1.15; 1.55]). The SIRs in the subgroups showed great heterogeneity. The highest risks were found among persons with **temporary employment** through agencies as well as employees in **the postal services and logistics sectors**. More than half of the cases of disease among temporary employees were found in the postal services and logistics sectors.*

*Employees in temporary agency work in the production/logistics sectors > Employees in the sector of providing and caring for the elderly > Employees with patient contact in hospitals, medical practices > Security services, law enforcement services > Employees in the postal services and logistics sectors > Staff in local public transport and inter-city rail services.*

*The analysis **did not yield any evidence that COVID-19 cases occurred in increased numbers, for example, in supermarkets or among local public transport staff**. The occupational safety measures taken in these sectors were obviously adequate.*

<https://www.berliner-kurier.de/berlin/erzieherinnen-haben-das-hoehste-corona-infektionsrisiko-li.146729>

Opmerking: In de stad Berlijn, op plaatselijk niveau, zijn het duidelijk de leerkrachten die het meest ziek zijn geworden (certificaten van de grootste verzekeraar/mutualiteit).





## 6. Referenties en diverse bronnen

Barsky et al. Vaccination plus Decarceration - Stopping Covid-19 in Jails and Prisons. N Engl J Med. 2021 Mar 3. doi: 10.1056/NEJMp2100609. Online ahead of print.

BCNBP - BELGIAN COLLEGE of NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY and BIOLOGICAL PSYCHIATRY. Gezamenlijke oproep voor een Belgische COVID-19 exit strategie voor personen met ernstige psychiatrische aandoeningen. 15/01/2021. Text adapted from: De Picker LJ et al. Brain Behav Immun. 2021 doi: 10.1016/j.bbi.2021.01.008.

CCBB-BRCB - Comité consultatif de bioéthique – Belgische raaggevende comité voor bio-ethiek):

\* Avis n° 75 du 11 décembre 2020 relatif aux repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge – Advies nr. 75 van 11 december 2020 betreffende de ethische maatstaven voor de uitrol van de anti-COVID-19-vaccinatie ten voordele van de Belgische bevolking. 2020.

\* Aspects éthiques relatifs à la priorisation des soins en période de COVID-19. Recommandations du 21 décembre 2020. – Ethische aspecten betreffende de prioritering van zorg in tijden van COVID-19. Aanbevelingen van 21 december 2020.

<https://www.health.belgium.be/fr/comite-consultatif-de-bioethique-de-belgique>

<https://www.health.belgium.be/nl/belgisch-raadgevend-comite-voor-bio-ethiek>

Cohen RI and Bosk EA. Vulnerable Youth and the COVID-19 Pandemic. Pediatrics. 2020;146(1): e20201306.

CSPPT - Position des partenaires sociaux du Conseil Supérieur pour la Prévention et la Protection au Travail dans le cadre de la stratégie de vaccination (priorisation et rôle du médecin du travail) du 19 janvier 2021.

[https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-%C3%AAtre%20au%20travail/Avis%20Conseil%20Sup%C3%A9rieur/PositionDesPartenairesSociaux\\_19012021.pdf](https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-%C3%AAtre%20au%20travail/Avis%20Conseil%20Sup%C3%A9rieur/PositionDesPartenairesSociaux_19012021.pdf)

CSPPT - Stratégie de vaccination – questions du Ministre Beke, Président de la Conférence Interministérielle Santé publique, du 24 mars 2021 transmise le 31 mars 2021.

Dawson et al. Pilot Investigation of SARS-CoV-2 Secondary Transmission in Kindergarten Through Grade 12 Schools Implementing Mitigation Strategies — St. Louis County and City of Springfield, Missouri, December 2020. CDC - Morbidity and Mortality Weekly Report, Early Release / Vol. 70 March 19, 2021.

De Hert et al. Prioritizing COVID-19 vaccination for people with severe mental illness. World Psychiatry 2021 Feb;20(1):54-55. doi: 10.1002/wps.20826. Epub 2020 Nov 1.

De Picker et al. Severe mental illness and European COVID-19 vaccination strategies. Lancet Psychiatry 2021 Feb 17;S2215-0366(21)00046-8. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00046-8. Online ahead of print.





DH-BIO. Council of Europe. Covid-19 and vaccines - ensuring equitable access to vaccination during the current and future pandemics. 22 Jan 2021.

Hershow RB, Segaloff HE, Shockey AC, et al. Rapid Spread of SARS-CoV-2 in a State Prison After Introduction by Newly Transferred Incarcerated Persons — Wisconsin, August 14–October 22, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:478-82.

Kluge et al. Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *The Lancet*. Vol 395 April 18, 2020, 1237.

Kuy et al. Focusing on Vulnerable Populations During COVID-19. *Letters to the Editor*. *Academic Medicine*, 2020 Nov;95(11):e2-e3. doi: 10.1097/ACM.0000000000003571.

Lachassinne et al. SARS-CoV-2 transmission among children and staff in daycare centres during a nationwide lockdown in France: a cross-sectional, multicentre, seroprevalence study. *Lancet Child Adolesc Health* 2021;5:256–64. Published Online February 8, 2021. <https://doi.org/10.1016/>

Lewer et al. COVID-19 among people experiencing homelessness in England: a modelling study. *Lancet Respir Med* 2020; 8: 1181–91.

Lewis NM, Salmanson AP, Price A, et al. Community-Associated Outbreak of COVID-19 in a Correctional Facility — Utah, September 2020–January 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:467-72.

Möhner M, Wolik A. Differences in COVID-19 risk between occupational groups and employment sectors in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 641–642.

Molenberghs G., Verbeeck J., Vandersmissen G., Godderis L. Belgian COVID-19 infections in work sectors. 23 February 2021 (not publisher yet).

Molenberghs G., Verbeeck J., Vandersmissen G., Godderis L. Monitoring Belgian COVID-19 infections in work sectors in 2021. 31 March 2021 (not published yet).

OMS – Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration commune sur l'ordre de priorité à établir pour vacciner contre la COVID-19 les gens de mer et les équipages d'aéronefs. 25/03/2021.

<https://www.who.int/fr/news/item/25-03-2021-joint-statement-on-prioritization-of-covid-19-vaccination-for-seafarers-and-aircrew>

Roeder et al. High seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies among people living in precarious situations in Ile de France. MSF. Oct 2020.

Simon Galmiche, Tiffany Charmet, Laura Schaeffer, Rebecca Grant, Arnaud Fontanet, et al. Etude des facteurs sociodémographiques, comportements et pratiques associés à l'infection par le SARSCoV-2 (ComCor). [Rapport de recherche] Institut Pasteur; Caisse Nationale d'Assurance Maladie; IPSOS; Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (IPLESP); Santé Publique France. 2021. ffpasteur-03155847.



Stern MF, Piasecki AM, Strick LB, et al. Willingness to Receive a COVID-19 Vaccination Among Incarcerated or Detained Persons in Correctional and Detention Facilities — Four States, September–December 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:473-7.

Tobolowsky et al. COVID-19 Outbreak Among Three Affiliated Homeless Service Sites — King County, Washington, 2020. *MMWR / May 1, 2020 / Vol. 69 / No. 17*.

Turk et al. Intellectual and developmental disability and COVID-19 case-fatality trends: TriNetX analysis. *Disability and Health Journal* 13 (2020) 100942  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7245650/pdf/main.pdf>

Vlachos et al. The effects of school closures on SARS-CoV-2 among parents and teachers 2021. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2021 Mar 2;118(9):e2020834118.doi: 10.1073/pnas.2020834118.

Volpp et al. Minimal SARS-CoV-2 Transmission After Implementation of a Comprehensive Mitigation Strategy at a School — New Jersey, August 20–November 27, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2021 Mar 19;70(11):377-381.doi: 10.15585/mmwr.mm7011a2.

Wang et al. Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry* 2021;20:124–130.

Zawitz C, Welbel S, Ghinai I, et al. Outbreak of COVID-19 and Interventions in a Large Jail — Cook County, IL, United States, 2020. *AJIC* 2021;49:in press.

\*\*\*\*\*

ECDC

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-implementation-COVID-19-vaccination-strategies-vaccine-deployment-plans.pdf>

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Rollout%20of%20COVID-19%20vaccinations%20in%20the%20EU-EEA-%20challenges-good-practice.pdf>

JCVI

<https://www.gov.uk/government/publications/letter-from-the-health-and-social-care-secretary-on-covid-19-vaccination-to-protect-severely-immunosuppressed-adults/letter-from-jcvi-on-considerations-on-covid-19-vaccination-of-adult-household-contacts-of-severely-immunosuppressed-adults-24-march-2021>).



## Hoge Gezondheidsraad

Sciensano

<https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/Rapport%20Incidence%20du%20COVID-19%20dans%20la%20population%20active.pdf>

<https://www.sciensano.be/en/biblio/prevalence-and-incidence-antibodies-against-sars-cov-2-children-and-school-staff-measured-between>

TaskForce

<https://d34j62pqlfm3rr.cloudfront.net/downloads/SOP+mobile+vaccination+-+V1.0+-+FR.pdf>

\*\*\*\*\*

Allemagne

<https://www.asu-arbeitsmedizin.com/wissenschaft/berufs-und-branchenbezogene-analyse-des-covid-19-risikos-deutschland>

France

Avis complet : <https://hal-pasteur.archives-ouvertes.fr/pasteur-03155847/document>  
Résumé : <https://www.pasteur.fr/fr/espace-presse/documents-presse/comcor-etude-facteurs-sociodemographiques-comportements-pratiques-associes-infection-sars-cov-2>

UK

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistere dbetween9marchand28december2020>

USA

<https://www.advisory.com/en/daily-briefing/2021/02/10/covid-jobs>



## 7. Samenstelling van de werkgroep en betrokken deskundigen

De leiding van dit uiterst dringend overleg was in handen van **Yves VAN LAETHEM** en het wetenschappelijk secretariaat werd verzorgd door Fabrice PETERS, Jean-Jacques DUBOIS en Muriel BALTES. De volgende deskundigen hebben deelgenomen aan de debatten, de e-mailraadplegingen en de goedkeuring (NITAG-vergadering van 15/04/2021):

<b> CALLENS Steven</b>	Infectiologie, Interne geneeskunde	UZ Gent
<b> CARRILLO SANTISTEVE Paloma</b>	Preventieve geneeskunde en volksgezondeheid, vaccinologie	ONE
<b> CORNELISSEN Laura</b>	Epidemiologie, verloskunde, gynaecologie	Sciensano
<b> DE LOOF Geert</b>	Huisartsgeneeskunde	BCFI
<b> DOGNE Jean- Michel</b>	Farmacovigilance	UNamur, EMA
<b> DONDERS Gilbert</b>	Gynaecologie - Obstetrie	UA – RZ Tienen
<b> FLAMAING Johan</b>	Geriatric	KU Leuven
<b> FRERE Julie</b>	Kindergeneeskunde, infectiologie	CHR Citadelle
<b> GOVAERTS Frans</b>	Algemene geneeskunde, Preventie en Gezondheids promotie	Domus Medica
<b> LEURIDAN Eike</b>	Vaccinologie, tropische geneeskunde	UZA
<b> MALFROOT Anne</b>	Kindergeneeskunde, infectiologie	UZ Brussel
<b> MANIEWSKI Ula</b>	Infectiologie, tropische infectieziekten, vaccinologie	ITG-IMT
<b> MICHIELS Barbara</b>	Algemene geneeskunde	UAntwerpen
<b> PELEMAN Renaat</b>	Infectiologie, vaccinologie	UZ Gent
<b> ROSSI Camelia</b>	Vaccinologie, infectiologie, HIV	CHU Amb. Paré
<b> SMEESTERS Pierre</b>	Pediatische infectiologie	HUDERF
<b> SPODEN Julie</b>	Algemene geneeskunde	SSMG
<b> SWENNEN Béatrice</b>	Epidemiologie, vaccinologie	ULB
<b> TUERLINCKX David</b>	Kindergeneeskunde, vaccinologie	CHU UCL Namur
<b> VAN DAMME Pierre</b>	Epidemiologie, vaccinologie	UAntwerpen
<b> VAN LAETHEM Yves</b>	Infectiologie, vaccinologie, reisgeneeskunde, HIV	CHU Saint- Pierre, ULB
<b> VANDERMEULEN Corinne</b>	Epidemiologie, vaccinologie	KU Leuven
<b> WYNDHAM- THOMAS Chloé</b>	Infectiologie	Sciensano



De volgende deskundigen zijn gehoord, maar hebben niet deelgenomen aan de definitieve goedkeuring van het advies.

DAEMS Joël	Directoraat geneesmiddelen	RIZIV-INAMI
MAHIEU Romain	Algemene geneeskunde	Cocom-GGC, Directorate for Health
THEETEN Heidi	Vaccinologie	VAZG, UZA
TOP Geert	Manager vaccinatieprogramma	VAZG
WUILLAUME Françoise	Vaccinovigilantie	AFMPS

Namens CSS-HGR,  
Dr. Yves Van Laethem,  
Voorzitter van NITAG.  
Prof. Jean Nève.  
Voorzitter van de Hoge Gezondheidsraad



**Bijlage 1: Uittreksels uit Molenberghs G., Verbeeck J., Vandersmissen G., Godderis L. Monitoring Belgian COVID-19 infections in work sectors in 2021. 31 March 2021**

Not published yet - Period : 8 Sept 2020 to March 2021

Of the 21 sectors at level 1 (10,000 workers), the sectors with highest 14-day incidence on 29 March 2021 above the average, from high to low incidences: Education (sector P) ; Administrative and support service activities (sector N) ; Water supply; sewage; waste management and remediation activities (sector E) ; Real estate activities; Other service activities; Construction. Longitudinally, the 14-day incidence has been increasing since January 2021 for all sectors, except for Human health and social work activities (sector Q).

In the sectors at level 2 with a minimum of 5,000 workers, the sectors with 14-day incidences on 29 March 2021 above average are: Manufacturing, especially of food products, motor vehicles and furniture (sector 31, 29, 10, 16, 25, 24, 32, 13); Services to buildings and landscape activities (sector 81); Education (sector 85); Veterinary activities (sector 75); Motion picture, video and television programme production (sector 59); Waste collection (sector 38); Other personal service activities (sector 96); Repair and installation of machinery and equipment (sector 33); Social work activities without accommodation (sector 88); Real estate activities (sector 68); Civil engineering (sector 42); Sports activities (sector 93) and specialised construction activities (sector 43). Note that in most of these sectors teleworking is not possible. Longitudinally, the increase in the 14-day incidence is significantly higher for Manufacturing of food products and furniture (sector 10, 31); Waste collection (sector 38) and Veterinary activities (sector 75) for the entire working population. All remaining sectors are also increasing, except for Human health activities (sector 86) and Residential care activities (sector 87), proving the effectiveness of vaccination.

In the sectors at level 3 with a minimum of 5,000 workers, the sectors with the highest 14-day incidences on 29 March 2021 are: Processing and preserving of meat and production of meat products (sector 101); Manufacturing sectors (sector 291, 310, 241, 162, 251); Waste collection and material recovery (sector 381, 383); Cleaning activities (sector 812); Education (sector 853); Wholesale of agricultural raw materials and live animals (sector 462); Construction of utility projects (sector 422); Passenger rail transport, interurban (sector 491); Activities of call centres (sector 822); Activities of trade unions (sector 942); Repair of metal products, machinery and equipment (sector 331); Other financial service activities (sector 649); Retail sale of cultural and recreation goods in specialised stores (sector 476) and Veterinary activities (sector 750). In these sectors, telework is often not possible, workers often operate under close physical proximity, and/or the climate is ideal for transmission of the virus. Longitudinally, the increase of the 14-day incidence is significantly higher for Processing and preserving of meat and production of meat products (sector 101) for both employees and self-employed workers. Of the other sectors with a significant increase over time Manufacturing sectors (sector 291, 310); Waste collection and material recovery (sector 381, 383); Construction of utility projects (sector 422); Retail sale of cultural and recreation goods in specialised stores (sector 476); Other financial service activities, except insurance and pension funding (sector 649); Veterinary activities (sector 750) and Cleaning activities (sector 812) are worrying since they increase well above the incidence across all sectors. Sectors that do not increase over time or with a significant decrease in 14-day incidence are Health care activities (sector 861, 862) and Residential care activities (sector 871, 872, 873). This again shows the effect of the vaccination and following strict protocols.



In the sectors at level 4 with a minimum of 3,000 workers, the sectors with the highest 14-day incidences on 29 March 2021 are Manufacturing (sector 3102, 2910, 2550, 2030, 2512), Processing, production and preserving of meat and poultry (sector 1011, 1012, 1320, 1392, 1623), Collection of non-hazardous waste (sector 3811), Education (sector 8520, 8531), Child day-care activities (sector 8891), Plant propagation (sector 0130), Building cleaning activities (sector 8121, 8122), Wholesale and retail sale (sector 4633, 4719, 4672) and Other building completion and finishing (sector 4339), Removal services (sector 4942), Education (sector 8531). In many of these sectors, telework is not possible, workers often operate under close physical proximity and climate is optimal for transmission of the virus. Longitudinally, the increase of the 14-day incidence is significantly higher for Plant propagation (sector 0130), Processing, production and preserving of meat, poultry and other food products (sector 1011, 1012, 1089), Manufacturing (sector 1107, 1320, 1392, 2550, 2910, 3102, 3109), Collection of non-hazardous waste (sector 3811), Construction (sector 4222, 4339), Retail and wholesale activities (sector 4532, 4765), Removal services (sector 4942), Veterinary activities (sector 7500), Other building and industrial cleaning activities (sector 8122), Child day-care activities (sector 8891) and Gambling and betting activities (sector 9200). Sectors that do not increase over time or with a significant decrease in 14-day incidence are Health care activities (sector 8610, 8621, 8622), Residential care activities (sector 8710, 8730), Translation and interpretation activities (sector 7430) and Funeral and related activities (sector 9603).

In the sectors at level 5 with a minimum of 3,000 workers, the sectors with the highest 14-day incidences on 29 March 2021 are Manufacturing of especially kitchen furniture and motor vehicles (sector 31020, 29100, 13200, 13929, 20300, 25120), Processing, production and preserving of meat and poultry (sector 10110, 10120), Collection of non-hazardous waste (sector 38110), Child day-care activities (sector 88911), Activities of laundries (sector 96012), Education (sector 85311, 85321), Construction of water and gas distribution networks (sector 12, 42211), Retail trade in non-specialized stores where food, beverages and tobacco are not predominant (sector 47192), Other building and industrial cleaning activities (sector 81220), Local Police (sector 84242), Rental and operation of social housing (sector 68202), Interior architects (sector 71112) and Hairdressers (sector 96021). In many of these sectors, telework is not possible, workers often operate under close physical proximity and climate is optimal for transmission of the virus. Longitudinally, the increase of the 14-day incidence is significant higher for Processing, production and preserving of meat, poultry, potatoes and other food products (sector 10110, 10120, 10311, 10890), Manufacturing (sector 11070, 13200, 13929, 20300, 29100, 31020, 31091), Collection of non-hazardous waste (sector 38110), Construction (sector 42220, 43390), Wholesale and retail activities (sector 45320, 46423, 47521, 47650), Moving services (sector 49420), Rental and operation of social housing (sector 68202), Accounting (sector 69202), Veterinary activities (sector 75000), Other building and industrial cleaning activities (sector 81220), Local police (sector 84242), Education (sector 85311, 85321), Social and amusement activities (sector 87201, 88911, 94991) and Gambling and betting activities (sector 9200).

Finally, when considering specifically the non-medical contact professions, such as hairdressers and beauty saloons, who were allowed to re-open on 13 February 2021 and 1 March 2021, we see an increase in the 14-day incidence on 8 March 2021 for employees and a week later also for the self-employed hairdressers and an increase in the 14-day incidence in the beauty saloons on 15 March 2021 (Figure 9). Arguably, the difference between hairdressers may be explained by self-employed hairdressers who are sole proprietors may manage better the restrictions in number of clients and follow hygiene





protocols, while hairdressers with employees are larger and the number of visiting clients may increase the risk of infection. This should be investigated based on fine-grained data and falls outside of the scope of aggregated data. Note that the incidences for the hairdressers on 29 March 2021 is within the top 20 highest incidences.

Despite the limitations of the data, it is clear that in many sectors where telework is not possible, where workers are often exposed to close physical proximity, and where climate conditions favors transmission of the virus, the 14-day incidence is higher or has a steeper increase. Both the contact tracing as the RSZ/ONSS data demonstrate the very clear increase of COVID-19 infections in compulsory education. Although no conclusions can be drawn regarding the location of infection (workplace or elsewhere) nor the location of employment (at work, telework, or temporarily unemployed) of the employees in the RSZ/ONSS data, the contact tracing shows that in the index cases, where this information was available, almost 40 % indicated that the workplace was certainly, probably, or possibly the source of infection.