



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

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

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

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

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

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

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

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 14 september 2020 riep het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM het Outbreak Management Team (OMT) bijeen om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. Naast de vaste OMT-leden, vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB), de Nederlandse Vereniging van Medische Microbiologie (NVMM) en het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI), waren er leden van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), de Vereniging van de Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso), de Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde (NVK), verschillende experts (internist-infectioloog, viroloog, epidemioloog, artsen-microbioloog, een regionaal arts-consulent, ouderengeneeskundige, artsen M&G, arts voor verstandelijk gehandicapten), een vertegenwoordiger van het referentielaboratorium en vertegenwoordigers van diverse centra van het RIVM aanwezig.

## **A. Aanleiding OMT en doelstelling**

Het OMT komt periodiek bij elkaar om de medisch-inhoudelijke stand van zaken betreffende COVID-19 vast te stellen en te duiden, voor de opvolging van acties en voor de beantwoording van vragen van de Nederlandse overheid.

Het OMT geeft vervolgadvisen over de effecten van de maatregelen die tot op heden zijn ingesteld en over de versoepeling van maatregelen op grond van drie pijlers zoals benoemd door het kabinet:

- een acceptabele belastbaarheid van de zorg – ziekenhuizen moeten kwalitatief goede zorg aan zowel COVID-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg kunnen leveren; de eerder vanwege COVID-19 uitgestelde planbare zorg moet op korte termijn weer kunnen worden opgestart;
- het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;
- het zicht houden op en het inzicht hebben in de verspreiding van het virus.

Op 1 september j.l. heb ik de adviesaanvraag ontvangen waarin u het OMT namens het kabinet vraagt te adviseren over een aantal vraagstukken.

Hieronder volgen een samenvatting van de situatie en het eerste deel van de adviezen van het OMT. Het tweede deel van de adviezen volgt zo spoedig mogelijk.

## B. Actuele situatie

**Datum**

14 september 2020

**Ons kenmerk**

0076/2020 LCI/JvD/at/nn

### Achtergrond

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

### Actuele epidemiologische situatie

#### Verloop van de epidemie

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

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

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

#### Bron- en contactonderzoek

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

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

**Datum**

14 september 2020

**Ons kenmerk**

0076/2020 LCI/JvD/at/nn

**Clusters**

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

**Recente reisgeschiedenis**

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

**Teststraten**

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

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

**Prognose ziekenhuizen en IC**

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

**Beschouwing epidemiologie**

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

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

**Datum**

14 september 2020

**Ons kenmerk**

0076/2020 LCI/JvD/at/nn

## C. Adviezen

### Prioritering voor testen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Datum**

14 september 2020

**Ons kenmerk**

0076/2020 LCI/JvD/at/nn

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

**Datum**

14 september 2020

**Ons kenmerk**

0076/2020 LCI/JvD/at/nn

### **Regionale prioritering**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

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

**Datum**

14 september 2020

**Ons kenmerk**

0076/2020 LCI/JvD/at/nn