



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

Ons kenmerk
0092/2021 LCI/JvD/at/nn

Bijlage
Notitie BCO bij een toenemende
vaccinatiegraad

Datum 18 juni 2021
Onderwerp Advies n.a.v. 116e en 117e OMT aangepast

18 juni 2021: aanpassing van de adviesbrief d.d. 17 juni 2021
In deze gewijzigde versie van de adviesbrief en van de bijlage 'Notitie BCO bij een toenemende vaccinatiegraad' zijn redactionele aanpassingen gedaan.

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 10 juni en 17 juni 2021 riep het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM het Outbreak Management Team (OMT) bijeen om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-pandemie. 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), de Vereniging voor Infectieziekten (VIZ) 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), de Nederlandse Vereniging voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG), verschillende experts (internist-infectioloog, viroloog, epidemioloog, artsen-microbioloog, een regionaal arts-consulent, ouderengeneeskundige, artsen M&G), vertegenwoordigers van referentielaboratoria 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;
- het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;
- het zicht houden op en het inzicht hebben in de verspreiding van het virus.

Op 27 mei, 4 juni en 15 juni heb ik de adviesaanvragen ontvangen waarin u het OMT namens het kabinet vraagt te adviseren over een aantal vraagstukken.

Hieronder volgen een samenvatting van de situatie en de adviezen van het OMT.

Datum
18 juni 2021

Ons kenmerk
0092/2021 LCI/JvD/at/nn

B. Actuele situatie

Achtergrond

Op 27 februari 2020 werd de eerste patiënt met COVID-19 in Nederland gediagnosticeerd. Tot 17 juni 2021 zijn er wereldwijd 176.702.468 patiënten met COVID-19 gemeld, van wie 54.012.280 in Europa. Wereldwijd zijn er 3.813.133 patiënten overleden, van wie 1.151.479 in Europa. Tot 17 juni 2021 zijn er in Nederland 1.676.708 meldingen gedaan van personen die positief getest zijn voor SARS-CoV-2, van wie 17.722 als overleden zijn gemeld (bron: RIVM). Tot 17 juni werden in totaal 70.487 personen opgenomen in het ziekenhuis (bron: stichting NICE).

Epidemiologische situatie

In de afgelopen 7 kalenderdagen (10-16 juni) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen met 39% afgenomen in vergelijking met de 7 dagen ervoor. Het aantal testen met uitslagen bij de GGD-testlocaties in de periode 8-14 juni was ook lager (-13%) ten opzichte van de 7 dagen ervoor; alleen bij kinderen van 13-17 jaar steeg het aantal afgenomen testen licht. Het percentage positieve testen daalde naar 5,1%, in vergelijking met 6,9% in de 7 dagen ervoor.

Van de mensen die positief testten in de GGD teststraten, betrof het in 1 op de 3 gevallen een confirmatietest na een positieve zelftest. Andersom werd bij 66% van de mensen die een confirmatietest aanvraag bij de GGD de positieve zelftest bevestigd. Het gaat dan veelal om mensen met klachten, en vaak betreft het jongvolwassenen.

Landelijk werden in de afgelopen 7 kalenderdagen (10-16 juni) 49 personen per 100.000 inwoners positief getest voor SARS-CoV-2, de week ervoor was dit aantal nog 79 per 100.000 inwoners, de week daarvoor nog 117. Van de 25 regio's meldden 14 minder dan 50 positief geteste personen per 100.000 inwoners, en voor het eerst meldde geen enkele regio meer dan 100 per 100.000. De range tussen regio's was 23-72 positief geteste personen per 100.000 inwoners.

Het patroon van het aantal meldingen naar leeftijd per 100.000 inwoners laat het hoogste aantal meldingen zien in de leeftijdsgroep 13 t/m 17 en 18 t/m 24 jaar per 100.000 inwoners (100-115) en het laagste aantal (8-9) in de leeftijdsgroep vanaf 70 jaar, bijna een factor 15 verschil.

In de afgelopen kalenderweek (7-13 juni) steeg het aantal meldingen van personen met een positieve test met een reishistorie in de voorgaande twee weken naar Spanje en Portugal van gemiddeld 51 in week 20-22 naar 240 in week 23. Deze toename was geheel te wijten aan jongeren in de leeftijdsgroep 15 t/m 19 jaar, voornamelijk 17-18-jarigen (reizen na eindexamen). Het aandeel clusters met setting van besmetting in de thuissituatie (huisgenoten en bezoek) en werk neemt af, terwijl er een toename is van het aandeel besmettingen in andere settings. Dit beeld past bij de opening van de maatschappij. Het aantal clusters in het primair en voortgezet onderwijs neemt toe na de meivakantie, al is het aantal clusters nu nog fors lager dan tijdens de piek in april, net voor de meivakantie.

Het relatieve aandeel van de diverse settings waar besmettingen plaatsvinden varieert sterk tussen leeftijdsgroepen. Bij kinderen van 0 t/m 12 jaar is recent ongeveer 2/3 van de clusters binnen hun eigen leeftijdsgroep gerelateerd aan de schoolsetting, bij kinderen 13 t/m 17 jaar recent ongeveer de helft. Bij clusters binnen de leeftijdsgroep 18 t/m 25 jaar nam het aandeel met besmettingen gerelateerd aan (examen)feesten in de afgelopen weken toe, naar recent ongeveer 15%. Bij clusters binnen de leeftijdsgroep 40 t/m 64 jaar is ongeveer een derde van de clusters gerelateerd aan werk.

Datum
18 juni 2021

Ons kenmerk
0092/2021 LCI/JvD/at/nn

In de Infectieradar daalde in de afgelopen week het percentage deelnemers dat COVID-19-achtige klachten rapporteert verder.

Reproductiegetal, effect van maatregelen en prognoses ziekenhuizen en IC

De meest recente schatting van het reproductiegetal R_t , zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 31 mei op basis van Osiris: 0,78 (95%-interval 0.74 - 0.81) besmettingen per geval. De schattingen op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames en IC-opnames per dag kennen een aanzienlijk grotere onzekerheid, maar ook hier ligt het geschatte reproductiegetal ruim onder de 1.

Uit de kiemsurveillance kunnen we het reproductiegetal per variant volgen, dit beeld geeft aan dat de nieuwe 'Indiase' delta-variant relatief besmettelijker is ten opzichte van de 'Britse' alfa-variant. Ook in andere landen met een vergelijkbaar vaccinatieprogramma, zoals Denemarken, Duitsland en België zien we nu een toename van de delta-variant. In geen van deze landen verspreidt de delta-variant zich echter zo snel als in het VK. Het is nog onzeker hoeveel besmettelijker de delta-variant zal blijken te zijn, en daardoor is het nog onzeker wanneer de alfa-variant vervangen zal zijn door de delta-variant als dominante variant. Een schatting op basis van gegevens vanaf week 8 komt voor Nederland uit op een 35% hogere besmettelijkheid dan alfa (95%-interval 21 - 50%), maar de precieze waarde hangt sterk af van de keuze over welke periode die toename wordt geschat.

De daling van het aantal IC-opnames per dag is consistent met de prognose van de vorige weken. Die prognoses geven aan dat we de piek in aantal COVID-19-patiënten in de zorg achter de rug hebben, en het aantal IC-opnames per dag nog verder zal dalen.

Scenario's voor het nemen van stap 4 op 30 juni (c.q. 25 juni) zijn doorgerekend (zie verder). De resultaten laten zien dat in alle doorgerekende scenario's er – ten minste over de zomermaanden – een daling van opnames in het ziekenhuis en op de IC te verwachten is, evenals een daling in de bezetting van ziekenhuis en IC.

Update over de diverse virusvarianten

Het OMT is geïnformeerd over de laatste stand van zaken van de kiemsurveillance van de verschillende varianten door het RIVM in samenwerking met laboratoria in Nederland.

In totaal zijn er nu 27.829 monsters in deze aselechte steekproef gesequencet. De percentages voor week 22 zullen mogelijk nog aan verandering onderhevig zijn, omdat de monsters met een afnamedatum in deze week nog niet allemaal verwerkt zijn. De alfa-variant (B.1.1.7, voor het eerst gedetecteerd in de VK), te

zien in de kiemsurveillance sinds week 51 van het afgelopen jaar, heeft een dalend aandeel in de aselecte steekproef, waarbij het aandeel in week 22 voorlopig op 92.8% uitkomt. In week 22 is de bèta-variant (B.1.351, voor het eerst gedetecteerd in Zuid-Afrika) voor het eerst sinds week 52 van 2020 weer afwezig.

Datum
18 juni 2021

Ons kenmerk
0092/2021 LCI/JvD/at/nn

Het aandeel van de gamma-variant (P.1, voor het eerst gedetecteerd in Brazilië) lijkt op dit moment te stabiliseren tussen 2% en 3%, met een voorlopige 2,4% in week 22. De delta-variant (B.1.617.2, voor het eerst aangetroffen in India) wordt in toenemende mate aangetroffen in de kiemsurveillance met een aandeel van respectievelijk 0,6%, 1,1% en 2,8% in de weken 20, 21, 22. Delta wordt tot nu toe in 19 GGD-regio's in de steekproef gevonden. In totaal is deze variant nu 51 keer aangetroffen sinds week 15. In de GGD-regio's Amsterdam en Rotterdam-Rijnmond zijn de meeste delta-positieve bemonsteringen in de kiemsurveillance aangetroffen. De GGD'en worden op de hoogte gesteld bij deze bevindingen voor inzetten van gericht BCO. Daarnaast wordt de variant aangetroffen op basis van sequenzen in clusteronderzoeken en bij terugkerende reizigers uit verschillende landen binnen en buiten Europa.

Met betrekking tot de zogenaamde Variants of Interest (VOI) is sinds week 14 wekelijks B.1.621 (voor het eerst gedetecteerd in Colombia) aangetroffen in de kiemsurveillance. In totaal gaat het hierbij om 17 positieve patiënten. Daarnaast heeft de WHO een nieuwe VOI benoemd, lambda (C.37, voor het eerst gedetecteerd in Peru). Lambda heeft een aantal mutaties in het spike-eiwit die mogelijk kunnen leiden tot een verhoogde besmettelijkheid en verminderde effectiviteit van immuniteit door eerder doorgemaakte infecties dan wel vaccinaties. Lambda wordt in toenemende mate in een toenemend aantal landen, met name in Zuid-Amerika, aangetroffen. In Nederland is lambda tot nu toe een keer in week 18 aangetroffen.

De ontwikkelingen met betrekking tot SARS-CoV-2-varianten worden gemonitord voor het gehele Koninkrijk door de kiemsurveillance, het sequencen van bijzondere gevallen en in internationaal verband in specifieke werkgroepen met de ECDC, de WHO en buurlanden.

C. Adviezen

Openingsplan, nemen van stap 4

Adviesvraag VWS: Het kabinet is voornemens om per 30 juni stap 4 van het openingsplan te zetten. Indien nodig, gelet op de epidemiologische situatie, bestaat er de mogelijkheid om op 25 juni stap 4 plus stap 5 te stellen.

Scenario's voor het nemen van stap 4 en stap 4 plus stap 5 van het openingsplan op 30 of 25 juni zijn doorgerekend. De resultaten laten zien dat er een verdere daling van opnames in het ziekenhuis en op de IC te verwachten is, evenals een daling in de bezetting van ziekenhuis en IC.

Deze daling kan iets langzamer verlopen bij het vervroegen van de versoepelingen naar 25 juni, maar dit verschil is naar verwachting klein. Gezien de trend in de aantallen opnames, die samenhangt met het hoge vaccinatietempo en het seizoenseffect, wordt er op korte termijn geen kentering verwacht door de voorgenomen versoepelingen.

Het OMT heeft op grond van deze gunstige trend geen reservering ten aanzien van het voornemen van het kabinet om stap 4 (al dan niet met stap 5 gecombineerd) in het openingsplan enkele dagen te vervroegen en te nemen per 25 juni aanstaande.

Datum
18 juni 2021

Ons kenmerk
0092/2021 LCI/JvD/at/nn

Toekomstscenario's

Het OMT heeft op basis van de huidige kennis en modellering scenario's uitgewerkt voor de toekomst, deze zijn hieronder beschreven (1-7).

1. Epidemiologie: algemene overwegingen

Het aantal infecties neemt snel af en de incidentie is gedaald tot rond de 50 per 100.000. Op grond van modellering is de verwachting dat deze dalende trend doorzet in de zomer, ook als stap 4- en/of stap 5-versoepelingen eind juni worden doorgevoerd.

Op basis van de huidige epidemiologische situatie en de snel toenemende vaccinatiegraad verwacht het OMT op de korte termijn (d.i., over juni/juli) geen toename van het aantal infecties of ziekenhuisopnames. Er zijn echter onzekere factoren, zoals de mate van besmettelijkheid en de verspreiding van de delta-variant in Nederland, die in combinatie met een seizoensinvloed op het reproductiegetal R in het najaar/winter opnieuw een stijging tot gevolg kunnen hebben in zowel het aantal infecties als het aantal ziekenhuis- en IC-opnames. Deze toename kan versneld en verhoogd worden door introductie van bijvoorbeeld de delta-variant door reizigers en terugkerende vakantiegangers. Het is de verwachting dat SARS-CoV-2 wereldwijd blijft circuleren, en daarmee ook in Nederland. Het is ondoenlijk om op korte termijn mondiaal/wereldwijd een afdoende groepsimmuniteit te realiseren om circulatie van het virus te stoppen. Een van de redenen is dat zelfs in de meest optimistische scenario's vaccinatie van een continent als Afrika naar verwachting pas enigszins compleet zal kunnen zijn in 2023.

De mate waarin het virus in Nederland na de zomerperiode tot individuele ziekte, uitbraken, ziekenhuis- en IC-opname en sterfte zal leiden is afhankelijk van verschillende factoren. Allereerst speelt een seizoenseffect in de overdraagbaarheid van het SARS-CoV-2 virus, waarbij overdracht van infectie in de winter efficiënter verloopt dan in de zomer. Dit effect valt niet te beïnvloeden.

Daarnaast spelen een aantal factoren gerelateerd aan de vaccinatiestrategie. Hier moet gedacht worden aan de behaalde vaccinatiegraad, in welke mate er regionale verschillen in behaalde vaccinatiegraad zijn, of kinderen vanaf de leeftijd waarop ze naar het voortgezet onderwijs gaan gevaccineerd zullen worden, en in hoeverre virusmutanten gaan circuleren waartegen de door vaccinatie opgewekte immuniteit niet afdoende beschermt, of wel beschermt maar de transmissie niet voorkomt. Immers, veel is afhankelijk van de mate waarin vaccinatie naast individuele bescherming tegen ziekte, ook de transmissie – overdracht van het virus van de ene persoon op de andere – remt. Als vaccinatie de transmissie sterk remt, zal de incidentie van ziektegevallen ook na de zomerperiode naar verwachting laag blijven, zelfs nadat alle maatregelen worden losgelaten (stap 4 en stap 5 in het openingsplan). Ook bij een lagere dan gewenste vaccinatiegraad, bijvoorbeeld van 65% in plaats van 85%, zal de incidentie laag blijven in de zomer, zolang vaccinatie maar transmissie voorkomt. Als daarentegen er geen of slechts een gering effect van vaccinatie is op de transmissie, dan zal vanaf juli niet alleen het aantal infecties, maar ook het aantal

ziekenhuis- en IC-opnames kunnen stijgen. De toename zal versneld plaatsvinden bij versoepeling conform stap 4 gecombineerd met stap 5 in het openingsplan per 25 of 30 juni. Van belang is dat deze toename zich voornamelijk zal voordoen door ziektegevallen onder personen die of niet gevaccineerd zijn of na vaccinatie een onvoldoende immuunreactie hebben ontwikkeld.

Datum
18 juni 2021

Ons kenmerk
0092/2021 LCI/JvD/at/nn

Onder de aanname dat het vaccinatieprogramma wordt uitgevoerd zoals nu gepland, dat de vaccinatiegraad homogeen is, en dat de vaccineffectiviteit tegen alle varianten vergelijkbaar is met de uitkomsten van vaccinstudies, en dat er geen nieuwe varianten opkomen die zich aan immuniteit onttrekken ('escape'), verwachten we een ondergrens voor het reproductiegetal in het najaar van circa 0,5 eind september tot vlak onder 1 eind december.

Echter, omdat de vaccinatiegraad niet homogeen is, de duur van immuniteit beperkt kan zijn, en het goed mogelijk is dat er wel nieuwe 'escape'-varianten op zullen komen, zou dit erin kunnen resulteren dat het virus zich kan verspreiden in de winter met een R waarde boven de 1,0, tenzij er weer bestrijdingsmaatregelen genomen worden:

- In een gunstig geval kan dit tot lokale uitbraken en verheffingen leiden in groepen met een lagere mate van immuniteit en/of vaccinatiegraad (d.i. in wijken/gemeenten met lage vaccinatiegraad, scholen/kindercentra met ongevaccineerden, ouderen met een minder dan optimale vaccinatierespons).
- In een minder gunstige situatie kan dit tot een aanzienlijke epidemische golf leiden in de winter met een leeftijdsverdeling waar de hoogste incidentie is onder de 10-19-jarigen, en een lagere incidentie over de oudere leeftijden, net zoals in de afgelopen drie weken. Het aantal opnames op de IC per dag kan dan in vergelijkbare snelheid oplopen zoals tijdens de tweede golf in 2020. Hoe volumineus de uitbraak wordt hangt af van het aantal (nog) niet-gevaccineerde personen onder de bevolking, aangevuld met de groep (zoals een deel van transplantatiepatiënten) die ondanks vaccinatie geen adequate immuunreactie kan realiseren.

Een belangrijk deel van de groep niet-gevaccineerde personen onder de bevolking betreft momenteel kinderen jonger dan 18 jaar. Als ervoor gekozen wordt om kinderen van 12-17 jaar voor de nazomer te vaccineren, zal dit een verlagend effect hebben op de R (circa 15-20% reductie).

Daarnaast kunnen maatregelen zoals bronisolatie (thuisblijven bij klachten, BCO, isolatie van zieken en in quarantaine gaan van contacten) ook een effect van 10-15% op de R hebben (in een ongevaccineerde populatie). Ook collectieve bestrijdingsmaatregelen zoals 1,5 meter afstand houden (en gebruik van mondneusmaskers waar dat niet kan zoals in OV), handen wassen, bij voorkeur thuiswerken, vermijden van drukte, beperken van groepsgrootte, kunnen de R beperken. De afweging moet dan gemaakt worden om dergelijke maatregelen paraat te houden en in geval van een uitbraak, al dan niet regionaal, weer te effectueren.

Conclusie:

Op de korte termijn (komende zomerweken) is verdere afname van de COVID-19 incidentie te verwachten. Echter, op de middellange termijn (nazomerperiode juli/augustus en daarna) zal veel afhangen van de grootte van het seizoenseffect op transmissie, het ontstaan van virusvarianten die zich ten minste deels aan de afweer na vaccinatie of doorgemaakte infectie kunnen onttrekken, het persisteren van immuniteit tot na de winterperiode, en het besluit al dan niet kinderen van

12-17 jaar te vaccineren, en het al dan niet kunnen aanhouden van de bronmaatregelen en collectieve bestrijdingsmaatregelen.

Datum
18 juni 2021

Ons kenmerk
0092/2021 LCI/JvD/at/nn

Het OMT houdt rekening met een significante winterpiek in het aantal infecties. Om het seizoenseffect (dat nadelig zal uitvallen in de herfst- en wintermaanden) op de R te neutraliseren, kan het dan noodzakelijk zijn om een aantal algemene bestrijdingsmaatregelen te intensiveren. Ook het verhogen van de vaccinatiegraad onder personen die nog niet gevaccineerd zijn kan de verhoging van de R verminderen. In dat kader behoort ook het vaccineren van 12-17-jarigen (of een deel daarvan) tot de mogelijkheden. Naast individuele bescherming en een gunstig effect op de R, zal dit de kans dat scholen in het najaar weer (gedeeltelijk) gesloten moeten worden voor fysiek onderwijs bij besmettingen in de klas verminderen. Opgemerkt wordt dat hoewel de ziektelast varieert per leeftijdsgroep, er in alle leeftijdsgroepen een aanzienlijke ziektelast is uitgedrukt in DALY's, welke voor de jongere leeftijdsgroepen van een vergelijkbare orde van grootte is met ziekte als gevolg van influenza. Hierbij is nog geen rekening gehouden met gezondheidsverlies als gevolg van Long COVID. Het OMT realiseert zich dat voor een besluit over de vaccinatie van deze groep genomen wordt, vele andere aspecten ook gewogen moeten worden, welke momenteel bij de Gezondheidsraad voor liggen.

2. Varianten

Zolang het virus onder mensen circuleert zullen mutaties ontstaan. De meeste mutaties zullen geen gevolgen hebben voor het verloop van de pandemie doordat de fenotypische eigenschappen van het virus er niet door veranderen. Er kunnen echter virusvarianten ontstaan met mutaties waardoor het virus:

- besmettelijker wordt, waardoor het virus zich sneller en/of gemakkelijker kan verspreiden;
- immuun-escape vertoont, waardoor natuurlijk doorgemaakte infectie opgebouwde immuniteit tegen het wild-type virus of immuniteit na vaccinatie tegen het oorspronkelijke virus onvoldoende bescherming biedt om infectie en/of ziekte te voorkomen;
- een ernstiger ziektebeeld veroorzaakt;
- niet langer gedetecteerd wordt met de gebruikelijke diagnostische methoden (bijvoorbeeld door ontstaan mutaties in diagnostische targets of een veranderde pathogenese waardoor huidige samplingstrategieën niet voldoen);
- een ander gastheerbereik of -tropisme ontwikkelt.

Bij de huidige varianten (alfa, bèta, gamma en delta) is vastgesteld dat de vaccineffectiviteit (na volledige vaccinatierreeks) voor wat betreft het voorkomen van ernstige, symptomatische infecties en ziekenhuisopname hoog zal zijn. Het is belangrijk om de ontwikkelingen middels kiemsurveillance te blijven monitoren, aangezien er in de toekomst ('escape') varianten kunnen ontstaan waartegen de vaccineffectiviteit wel verminderd is. Het risico hierop zal, net als voor griepvirussen geldt, wellicht toenemen naarmate de selectiedruk door immuniteit in de populatie, toeneemt. Omgekeerd; een hoge vaccinatiegraad is vooralsnog de beste garantie dat varianten niet onder de bevolking gaan circuleren.

Er zijn nog veel onzekerheden wat betreft viruscirculatie en ontstaan van varianten. Op de korte termijn (komende vakantieperiode) is een toename van de circulatie en mogelijk introductie van variantvirussen te verwachten, vanwege import uit vakantiebestemmingen. Het quarantainebeleid is tot nu toe onvoldoende gebleken om die introducties volledig tegen te gaan. Veel mensen

die op reis gaan zijn nog niet of niet volledig gevaccineerd (bijvoorbeeld jongeren) en zijn daardoor vatbaar voor infectie. Ook zijn veel bestrijdingsmaatregelen inmiddels losgelaten in veel Europese vakantielanden en worden er ook bijeenkomsten zoals festivals en feesten georganiseerd waar veel mensen samenkomen.

Indien nieuwe varianten ontstaan waarvoor de werking van de gebruikte vaccins onvoldoende is, zullen die vaccins wat betreft samenstelling moeten worden aangepast. Nationaal en internationaal worden gegevens over varianten verzameld en gebruikt als input voor besluitvorming voor vaccin en keuzes van vaccinsamenstelling. Afhankelijk van de ontwikkelingen van virusvarianten zal ook nagegaan moeten worden of boostervaccinatie met de huidige vaccins, of met aangepaste vaccins, nodig is.

Datum

18 juni 2021

Ons kenmerk

0092/2021 LCI/JvD/at/nn

3. Immunititeit

Allereerst moet gesteld worden dat er nog veel details onbekend zijn met betrekking tot immunititeit na doorgemaakte infectie of vaccinatie. Dit komt omdat de follow-up-tijd nog beperkt is tot maximaal een jaar, en virusvarianten daarbinnen een relatief nieuw verschijnsel zijn. Daardoor is er nog veel onzeker wat betreft intensiteit, breedte en persistentie van immunititeit.

Een SARS-CoV-2-infectie geeft over het algemeen een robuuste humorale en cellulaire immuunreactie die ten minste 6 tot 12 maanden aantoonbaar is; een langere follow-up heeft nog niet kunnen plaatsvinden.

Antistoffen in het bloed nemen na de infectie eerst toe en dan geleidelijk af, maar zijn in enkele onderzoeken tot ten minste 11 maanden na de infectie nog aantoonbaar. Daarnaast blijft het immuungeheugen (memory B- en T-cellen, plasmacellen) in het bloed en beenmerg ten minste 5 maanden aantoonbaar, in hoge aantallen. Ook hier ontbreken nog onderzoeken met langere follow-up. Als na een infectie ook nog een vaccinatie gegeven wordt, zal er naar analogie met andere virusinfecties een langdurige immunititeit ontstaan, die blijkens de eerste onderzoeken zich ook uitstrekt tegen de momenteel bekende variantvirussen.

Uit onderzoeken is bekend dat herinfecties weliswaar kunnen optreden, maar over het algemeen milder of zelfs zonder klachten verlopen. Dat geldt ook ten aanzien van herinfectie met virusvarianten, waarbij er meestal voldoende bescherming blijkt te bestaan om een gecompliceerd beloop en ziekenhuisopname te voorkomen. Na een doorgemaakte infectie zal hernieuwde blootstelling aan (een variant van) SARS-CoV-2 het immuunsysteem bovendien een boost geven. Mensen die opnieuw geïnfecteerd raken, zijn waarschijnlijk minder besmettelijk voor hun omgeving door een lagere viral load.

Kortom, vaccinatie of eerder doorgemaakte infectie beschermt tegen symptomatische herinfectie en ernstige ziekte, en dat lijkt ook op te gaan voor de momenteel circulerende virusvarianten. Echter, de duur van bescherming is nog onzeker. Vaccinatie beschermt ook tegen transmissie doordat mensen die gevaccineerd zijn bij een infectie veelal een lagere virale load hebben, maar hoe groot dit effect precies is, is niet met zekerheid te zeggen. Schattingen lopen uiteen van 50-90%.

Ondanks de snel toenemende immunititeit in Nederland door het vaccinatieprogramma, blijven er groepen die geïnfecteerd kunnen raken. Mensen die niet gevaccineerd zijn, of bij wie het vaccin niet tot immunititeit heeft geleid, kinderen die (nog) niet in aanmerking komen voor vaccinatie, en mensen met een verzwakt afweersysteem (immuunstoornis, afweeronderdrukkende medicatie, kwetsbare ouderen met een verzwakt immuunsysteem) die geen vaccinatiereactie

kunnen aanmaken, zijn niet of onvoldoend beschermd. Momenteel telt deze groep in Nederland nog op tot enkele miljoenen personen. Een deel van deze mensen blijft een risico lopen op een ernstige infectie.

Datum
18 juni 2021

Ons kenmerk
0092/2021 LCI/JvD/at/nn

Doordat het virus naar verwachting blijft circuleren in het winterseizoen, zal een deel van de mensen die gevaccineerd of eerder geïnfecteerd zijn, opnieuw blootgesteld worden aan het virus. Hun afweer zal waarschijnlijk geboost worden door deze blootstelling. De eerste onderzoeken hiernaar suggereren dat slechts bij een klein deel van deze personen een ernstige herinfectie optreedt, ook zullen zij naar verwachting maar beperkt besmettelijk zijn. Op langere termijn en bij een verdere daling van de circulatie van het virus, zal er bij groepen met afnemende afweer tegen het virus wel een situatie kunnen ontstaan waarbij mogelijk hervaccinatie nodig is. De verwachting is dat dit niet voor volgend voorjaar gaat spelen, maar hier is nog niet met zekerheid een uitspraak over te doen. Als nieuwe varianten in de komende jaren aan eerder opgebouwde immuniteit kunnen ontsnappen en ernstige infecties weten te veroorzaken zelfs na eerder doorgemaakte natuurlijke infectie of vaccinatie, lijkt een aangepast vaccin te moeten worden ingezet, maar ook hier is nog veel onzeker. Kortom, er is nog te veel onzekerheid over de duur van bescherming door de vaccins of natuurlijk-doorgemaakte infectie op lange termijn om een gefundeerde uitspraak te doen over de noodzaak van een boostervaccinatie, bij welke doelgroep en met welke vaccins.

4. Maatregelen

Versoepelingen maatregelen

Adviesvraag VWS: Hoe kijkt het OMT naar versoepelingen die mogelijk zijn in de volgende stap in het Openingsplan (stap 4, ingangsdatum voorzien voor 30 juni), het vervolgens verder afschalen van de dan nog resterende maatregelen en de noodzakelijke voorbereidingen voor het najaar en de winterperiode teneinde gereed te blijven staan voor een eventuele opleving van het virus? Welke maatregelen zouden eventueel op dat moment weer ingezet moeten worden. Kan het OMT daarbij aangeven onder welke epidemiologische (voor)waarden de resterende maatregelen losgelaten kunnen worden?

Zie hierboven m.b.t. stap 4 en 5 in het openingsplan.

Hierna volgt advies ten aanzien van eventueel afschalen van de dan nog resterende maatregelen.

Vanwege de mogelijke toename van ziektegevallen in het najaar, adviseert het OMT om een aantal bron- en collectieve maatregelen te handhaven, en deze alleen op geleide van de epidemiologie en de gerealiseerde vaccinatiegraad in een later stadium (gedeeltelijk) los te laten.

Basismaatregelen

Het is niet mogelijk om het effect van het loslaten van afzonderlijke basismaatregelen op te nemen in de modellering omdat deze basismaatregelen veelal tegelijk, als een bundel van maatregelen, zijn ingevoerd.

Bij de beschouwing zijn de volgende uitgangspunten van toepassing:

- Versoepelen of afschaffen van basismaatregelen vindt plaats op landelijk niveau en pas als geruime tijd (bijv. 4 weken) aan bepaalde epidemiologische voorwaarden is voldaan.
- In de openbare ruimte gelden de basismaatregelen voor iedereen. Het is daar niet mogelijk en niet wenselijk om onderscheid te maken tussen

- gevaccineerde en niet-gevaccineerde burgers. Op specifieke locaties – zoals bij evenementen – is het wel mogelijk om onder bepaalde voorwaarden (bijvoorbeeld na toegangstesten) de basismaatregelen los te laten.
- Versoepeling van de basismaatregelen vindt plaats in omgekeerde volgorde van de invoering. De belangrijkste maatregelen zoals 1.5 m afstand houden, worden het langst gecontinueerd.

Datum
18 juni 2021

Ons kenmerk
0092/2021 LCI/JvD/at/nn

De volgende ijkpunten met bijbehorende epidemiologische voorwaarden zijn momenten waarop volgens het OMT verder versoepeld zou kunnen worden:

1. Risiconiveau zorgelijk is bereikt EN alle inwoners van 18 jaar en ouder hebben ten minste 1 vaccinatie aangeboden gekregen.
2. Risiconiveau waakzaam is bereikt EN alle inwoners van 18 jaar en ouder hebben een volledige vaccinatie aangeboden gekregen.
3. COVID-19 is blijvend onder controle.

De belangrijkste basismaatregelen om COVID-19 te bestrijden zijn:

Bronmaatregelen

Thuisblijven en testen bij klachten die bij COVID-19 kunnen passen. Hierdoor wordt mogelijke verspreiding van coronavirus direct bij de bron bestreden. Het OMT adviseert het thuisblijven en testen bij klachten voor te zetten totdat duidelijk is dat COVID-19 blijvend onder controle is. NB Ook gevaccineerde personen dienen thuis te blijven en zich te laten testen bij klachten om zicht te blijven houden op het virus en eventuele nieuwe varianten daarvan. Hieronder valt ook het in quarantaine gaan van huishoud- en overige nauwe contacten van COVID-19 bevestigde zieken, als die nog niet volledig gevaccineerd zijn, en hen na enige dagen (dag 5) testen.

Collectieve maatregelen

Hand- en hoesthygiëne.

Deze hygiënemaatregelen zijn belangrijk om verspreiding van respiratoire infecties tegen te gaan. Deze hygiëneadviezen blijven daarom gelden, ook nadat COVID-19 onder controle lijkt.

1,5 meter afstand houden.

Dit is een zeer effectieve maatregel tegen overdracht van COVID-19. Het OMT adviseert om deze maatregel in de openbare ruimte voort te zetten totdat duidelijk is dat COVID-19 blijvend onder controle is. Echter, op specifieke locaties kan deze maatregel onder voorwaarden niet doorgevoerd hoeven te worden. Te denken valt aan grote evenementen (onder voorwaarde dat het publiek vooraf getest wordt) of aan voorstellingen in de culturele sector (onder voorwaarde van reservering, placering en maximum bezoekersaantal). In het middelbaar, hoger en universitair onderwijs kan de 1,5 meter losgelaten worden als de nog niet-gevaccineerde studenten te mogelijkheid hebben zichzelf frequent, d.i. ten minste tweemaal per week, te testen.

In thuissituaties wordt geadviseerd de 1,5 meter-maatregel voor bezoekers te continueren tot risiconiveau zorgelijk is bereikt en/of alle aanwezigen gevaccineerd of beschermd zijn door natuurlijk doorgemaakte infectie.

Beperkingen van groepsgrootte, maximumbezoekersaantallen, placering en spatschermen.

Dit zijn maatregelen die het aantal contacten binnen 1,5 meter beperken. Daarom wordt geadviseerd deze maatregelen voort te zetten tot en met de fase waakzaam en aan iedereen volledig vaccinatie is aangeboden. Wel kunnen de

maximumaantallen verhoogd worden zodra risiconiveau zorgelijk is bereikt en aan iedereen ten minste 1 vaccinatie is aangeboden.

Datum
18 juni 2021

Ons kenmerk
0092/2021 LCI/JvD/at/nn

Thuiswerken

Het OMT-advies om zoveel mogelijk thuis te werken blijft gehandhaafd tot de fase zorgelijk is bereikt en alle Nederlanders van 18 jaar en ouder ten minste 1 vaccinatie aangeboden hebben gekregen. Tevens wordt in overweging gegeven ook in de fase waakzaam waar mogelijk het thuiswerken te continueren voor een deel van de werktijd. Door het aantal werknemers gelijkmatig over de week te verspreiden kan piekdruk op de werkvloer voorkomen worden.

Ventilatie

Het OMT onderschrijft het belang van een goede ventilatie en adviseert om minimaal de eisen van het bouwbesluit en geldende (arbo)richtlijnen te blijven toepassen. De aanvullende adviezen voor scholen en zorginstellingen blijven ook van kracht.

Mondneusmaskers in openbare ruimtes

De motivatie om gebruik van mondneusmaskers in openbare ruimtes te verplichten was om te voorkomen dat personen die pre- of asymptomatisch SARS-CoV-2 in de keel dragen dit binnen de 1,5 m overdragen naar bevattelijke (niet beschermde) personen. Immers, mensen met klachten blijven thuis. Deze maatregel wordt proportioneel geacht als het risico op besmetting nog hoog is, dus als het aantal besmettelijke personen aanzienlijk is én het aantal bevattelijke personen ook. Op dit moment heeft nog niet iedereen in Nederland vaccinatie aangeboden gekregen. Ongevaccineerden en mensen met een verminderde respons op vaccinatie blijven vatbaar. Het risico dat zij besmet raken is afhankelijk van het aantal besmettelijke personen, de prevalentie, en de mogelijkheid om afstand van hen te houden en de duur van het eventuele contact.

In het OV is het niet mogelijk om 1,5 meter afstand te houden, de contacten kunnen langdurig zijn (> 15 minuten) en het is niet mogelijk om triage uit te voeren. Ook bij contactberoepen is het niet mogelijk om 1,5 meter afstand te houden en kunnen de contacten langdurig zijn, al is het daar wel mogelijk om triage uit te voeren. Het OMT adviseert om de mondkapjesplicht in het OV in stand te houden zolang het advies om 1,5 meter afstand te houden geldt.

Voor contactberoepen kan de mondkapjesplicht eerder vervallen omdat hier triage en registratie mogelijk is. Hierbij verwijzen wij naar eerdere adviezen over dit onderwerp. Wat betreft de mondkapjesplicht in vliegtuigen en op vliegvelden adviseert het OMT om aan te sluiten bij internationale adviezen (ECDC).

In overige openbare ruimtes is het advies om afstand te houden dan wel drukke te mijden en adviseert het OMT om de mondkapjesplicht af te schaffen als risiconiveau zorgelijk is bereikt en alle inwoners van 18 jaar en ouder ten minste 1 vaccinatie aangeboden hebben gekregen. Voor het VO adviseert het OMT om de mondneusmaskers buiten de klas in het schoolgebouw te continueren tot aan de zomervakantie. Uiteraard staat het mensen vrij om ook na afschaffing van de mondkapjesplicht desgewenst mondneusmaskers te blijven gebruiken.

Over het gebruik van mondneusmaskers in de zorg heeft de FMS een advies geformuleerd, hierover volgt nog een aansluitend advies vanuit de OMT werkgroep langdurige zorg.

Maatregel	Fase zorgelijk EN Ten minste 1 vaccinatie	Fase waakzaam EN volledig gevaccineerd	COVID-19 blijvend onder controle
Thuisblijven en testen bij klachten	continueren	continueren	stoppen
Hand- en hoesthygiëne	continueren	continueren	continueren
1,5 meter openbare ruimte	continueren	continueren	-
1,5 meter evenementen	loslaten met testen	loslaten met testen	-
1,5 meter specifieke locaties	continueren	loslaten met testen of met placceren, reserveren en maximum bezoekersaantal	-
1,5 meter thuisbezoek	loslaten bij gevaccineerden	loslaten bij gevaccineerden	-
Advies thuiswerken	indien mogelijk deels thuiswerken	indien mogelijk deels thuiswerken	-
Groepsgrootte en maximum aantallen	aantallen verhogen vlg routekaart	aantallen verhogen vlg routekaart	-
Placering en spatschermen	continueren	continueren	-
Ventilatie	continueren	continueren	continueren
MNM OV	continueren	continueren	-
MNM contactberoepen	continueren	-	-
MNM openbare binnenruimtes	stoppen	-	-

Datum

18 juni 2021

Ons kenmerk

0092/2021 LCI/JvD/at/nn

Bij omstandigheden zoals een toename van het aantal ziektegevallen, kan het nodig zijn om het bovenstaande te herbeoordelen.

5. BCO

Adviesvraag VWS: De Nederlandse bevolking wordt in snel tempo gevaccineerd. Dit heeft naar verwachting een grote invloed op de rol die het bron –en contactonderzoek speelt in de bestrijding van de pandemie. De organisatie van het bron- en contactonderzoek gaat op dit moment uit van ongewijzigd beleid en een maximale capaciteit van 4.400 volledige onderzoeken per dag. Dit is een significante maatschappelijke inspanning met een dagelijkse inzet van ruim 6.000 mensen. Om een toekomstbestendig plan te maken voor de inrichting van de BCO-organisatie voor de tweede helft van het jaar, verzoek ik u te adviseren over het te voeren beleid rond BCO, gegeven de verandering van de vaccinatiegraad van de Nederlandse bevolking.

Concreet ontvang ik graag uw advies over het volgende: 'Hoe ziet BCO eruit in de Nederlandse samenleving nadat de beoogde vaccinatiegraad is bereikt?'

Wat verwacht het OMT in de tweede helft van dit jaar:

- 1. Ten aanzien van de prevalentie?*
- 2. Ten aanzien van de aard van het BCO? Wordt de casuïstiek complexer of juist minder complex?*
- 3. Van het maximaal aantal besmettingen waarbij BCO in fase 1 optimaal effectief is?*
- 4. Van de mogelijkheid om BCO te specificeren naar risicogroepen, dan wel uniform inrichten voor iedereen? We denken daarbij aan een intensieve vorm van BCO bij risicogroepen conform risicogestuurd BCO.*
- 5. Hoe gaan we om met reeds gevaccineerde indexen én gevaccineerde contacten?*

Datum

18 juni 2021

Ons kenmerk

0092/2021 LCI/JvD/at/nn

Ten aanzien van de mogelijkheden van het "zelf BCO" in de context dat de burger via de GGD-Contact applicatie meer gegevens registreert, contacten kan informeren en gegevens kan delen met de betreffende GGD in het kader van BCO?

Het BCO zal op korte termijn minder omvangrijk en eenvoudiger worden, o.a. door een afnemende incidentie, en doordat er minder BCO-maatregelen zoals quarantaine en monitoring voor bepaalde groepen (zie verder) plaatsvinden. Anderzijds zal het BCO complexer worden en meer maatwerk vergen, omdat er meer verschillende interventies beschikbaar zijn voor de index en contacten zoals vaccinatie (bijvoorbeeld bij clusters), postexpositieprohylaxe, vroegbehandeling en/of passieve immunisatie met monoklonale antistoffen. De laatste opties zouden voorlopig in onderzoeksverband uitgevoerd moeten worden. Ook is er alertheid nodig voor situaties waar de vaccinatiegraad en immuniteitsgraad laag is, en verspreiding kan optreden omdat contacten niet beschermd zijn. Voorbeelden hiervan zijn mensen die vanwege geloofsredenen af hebben gezien van vaccinatie ('Biblebelt'). Ook onder personen met een migratieachtergrond, taal- of culturele verschillen, met een lage sociaaleconomische status of andere moeilijk bereikbare groepen zoals arbeidsmigranten, dak- en thuislozen en 'niet-gedocumenteerde' personen kan er sprake zijn van een lagere vaccinatiegraad. .

Wegens de monitoring op nieuw opkomende varianten dient er daarnaast altijd aandacht te blijven voor de reisgeschiedenis van de index en zal er soms een indicatie zijn voor aanvullende diagnostiek (WGS).

Hoewel het BCO aan de ene kant afgeschaald kan worden, zullen zich aan de andere kant juist situaties voordoen waarbij juist meer inzet van de GGD nodig is voor het BCO. Dit vergt een BCO-op maat, waarvoor in de bijlage een voorstel is gedaan. Voor dit maatwerk is het van belang dat er voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is met kennis van de infectieziektebestrijding en met kennis van de betreffende populatie, zoals IZB-verpleegkundigen en -artsen. Er zal minder geprotocolleerd gewerkt kunnen worden.

Het uitgangspunt bij het BCO-op maat blijft dat de GGD met iedere index in ieder geval éénmalig (telefonisch) contact heeft. Dit gesprek is van belang voor het brononderzoek, het verzamelen van surveillancedata en het starten van contactonderzoek. Het brononderzoek en het signaleren van clusters wordt in een fase met lage prevalentie des te belangrijker.

Het inventariseren en informeren van de contacten kan vaak door de index zelf gedaan worden. Indien de index dit niet kan doen of wanneer de index of

contacten tot specifieke risicogroepen behoren of er bijzondere settings zijn, dan zal de GGD zelf de contacten informeren en een uitgebreider BCO verrichten.

Voorwaarden voor contactonderzoek door index zijn:

- De index is voldoende toegerust. Hiertoe zouden informatie en tools ontwikkeld moeten worden.
- Een minimale set aan data wordt door de index gedeeld met de GGD om zo zicht en inzicht te houden op de epidemieën en specifieke bronnen die tot transmissie leiden. Dit is afhankelijk van de keuzes die gemaakt worden m.b.t. surveillance.

Datum

18 juni 2021

Ons kenmerk

0092/2021 LCI/JvD/at/nn

Er is nog onvoldoende informatie over de precieze werking en functionaliteiten van de GGD Contact-app en de eventuele combinatie van deze app met de Coronamelder-app. Denkbaar is dat de GGD Contact-applicatie een faciliterende rol kan hebben in het uitvoeren van contactonderzoek door de index, naast andere ondersteunende faciliteiten.

Met een toenemende immuniteit kunnen de quarantaine- en testadviezen voor contacten versoepeld worden. Contacten die gevaccineerd zijn hebben minder kans om ziek te worden na blootstelling aan SARS-CoV-2. Hoewel er wel een infectie kan optreden, komt er steeds meer bewijs dat zij dan minder besmettelijk zullen zijn voor hun omgeving. Dit geldt ook voor contacten die een infectie hebben doorgemaakt in de afgelopen 6 maanden en voor mensen die na een infectie 1 vaccinatie hebben ontvangen (ook als de infectie langer dan 6 maanden geleden was).

Het OMT adviseert derhalve om (volledig) gevaccineerde contacten en personen die < 6 maanden geleden besmet zijn geweest, geen quarantaineadvies meer te geven. Deze contacten worden wel geïnformeerd over de blootstelling en krijgen het advies om alert te zijn op klachten, en zich bij klachten te laten testen. Voor gevaccineerde huisgenoten van een besmettelijke index blijft het advies om zich 5 dagen na de blootstelling te laten testen, ook als zij geen klachten hebben. Als zij positief getest worden gaan zij in isolatie, welke 72 uur duurt als zij geen klachten hebben of krijgen.

Voor nauwe contacten (categorie 2) die niet gevaccineerd zijn (of een infectie hebben doorgemaakt) adviseert het OMT om het testen z.s.m. na de blootstelling te laten vallen. De reden om deze test eerder wel te adviseren was het vroeg opsporen van infecties en daarmee voorkomen van tertiaire infecties. Met een toenemende vaccinatiegraad is de kans op een dergelijke transmissie van het contact naar diens contacten sowieso al kleiner, waardoor dit testmoment veilig kan vervallen.

Ten aanzien van de overige, niet nauwe contacten, die een gering risico hebben op infectie, adviseert het OMT om het testadvies op dag 5 na de blootstelling te laten vervallen en hen niet meer in te lichten over de mogelijke blootstelling.

Ook het algemene thuisblijfadvisie voor huisgenoten van iemand met coronaklachten en koorts of benauwdheid (totdat de uitslag bekend is) kan vervallen gezien de toenemende immuniteit.

Zie de volledige adviezen m.b.t BCO in de bijlage. De uitwerking van de adviezen in de praktijk dient plaats te vinden met de betrokken veldpartijen.

6. Surveillance

Het blijft belangrijk om zicht te houden op de verspreiding van het virus en de ziektelast: wie worden er ziek, waar treden infecties en clusters op, wat is de vaccineffectiviteit op de langere termijn in verschillende (leeftijds)groepen en welke trends zien we ten aanzien van varianten. Hiervoor kan informatie uit verschillende bronnen worden gebruikt. Het blijft van groot belang dat mensen met klachten zich laagdrempelig kunnen laten testen bij de GGD, en de GGD bij (lokale) uitbraken testcapaciteit snel kan opschalen en flexibel kan inzetten. Afhankelijk van nieuwe inzichten in de voorspellende waarde van verschillende klachten als het virus laag endemisch circuleert in een grotendeels immune populatie, kan mogelijk in het najaar een wijziging aangebracht worden in het advies over testen bij klachten (aanpassing testindicatie).

Datum

18 juni 2021

Ons kenmerk

0092/2021 LCI/JvD/at/nn

Doordat er een toenemende immuniteit is, zullen meer mensen na een infectie milde of zelfs geen klachten krijgen en daardoor minder genegeven zijn zich te laten testen. Daardoor wordt het nog belangrijker om naast de gegevens van de meldingen aan de GGD (en de informatie verkregen bij BCO) andere informatie uit verschillende bronnen te gebruiken.

Andere surveillancebronnen van informatie zijn:

- **rioolwatersurveillance** is een middel om vroeg te signaleren dat er een toenemende circulatie is van het virus. Bij signalering kan risicogericht grootschalig testen worden ingezet om besmettingen op te sporen en via BCO en eventuele maatregelen en voorlichting circulatie in te dammen;
- **huisartsenpeilstations** (NIVEL/RIVM), waarbij het wenselijk is om surveillance van influenza-achtige ziektebeelden en luchtweginfecties (ILI/ARI) verder uit te breiden naar meer huisartsenpraktijken;
- **registratie** (SARI) ziekenhuisopnames, bijvoorbeeld via NICE;
- **virologische weekstaten**;
- **infectieradar**.

Het blijft belangrijk om zicht te houden op varianten, en het is daarom van belang om ook in Nederland een representatieve kiemsurveillance voor circulerende SARS-CoV-2-varianten in te richten. Hiervoor is het van belang dat er van voldoende geïnfecteerde personen virusmateriaal gesequencet wordt. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van:

- reeds bestaande structuren voor ILI/ARI-surveillance;
- (een aselechte steekproef van) nieuwe ziekenhuisopnames;
- (een aselechte steekproef van) zorgpersoneel dat gescreend wordt in het kader van preventie insleep infecties in ziekenhuizen;
- bijzondere casuïstiek (bijv. herinfecties, infecties na volledige vaccinatie, afwijkend ziektebeeld of bij bepaalde reishistories);
- onderzoek bij bijzondere clusters en onverklaarde verheffingen;
- variantenspecifieke (digital) RT-PCR's rioolwatermonsters.

7. Testen

Zoals hierboven beschreven blijft het van belang om mensen met klachten te testen op SARS-CoV-2, zodat bestrijdingsmaatregelen kunnen worden ingezet (BCO, vaccinatie) waar dat nodig is (risicogroepen, mensen die onvoldoende immuun zijn), en voor het zicht op het virus.

Omdat bij een afnemende incidentie de uitslag van sommige testen, zoals de zelftesten, mogelijk een minder goede voorspellende waarde heeft (zowel positief

als negatief), zal het OMT in een volgend advies ingaan op de inzet van verschillende soorten testen.

Datum
18 juni 2021

Ons kenmerk
0092/2021 LCI/JvD/at/nn

Ten aanzien van spoor 1a: het advies blijft om bij klachten die passen bij COVID-19, te testen. Het aantal testen van contacten zal afnemen doordat in het BCO het testadvies voor overige niet nauwe contacten vervalt, evenals het testadvies z.s.m. na blootstelling voor niet gevaccineerde/immune overige nauwe contacten (categorie 2). Voor gevaccineerde overige nauwe contacten vervalt het testen op dag 5, zij krijgen het advies om bij klachten te testen.

Ten aanzien van spoor 1b: Risicogericht (grootschalig) gebiedstesten bij o.a. hoge prevalentie of een hoge dreiging, GGD-gerichte uitrol aanpak, gebiedsgericht testen: dit blijft nodig bij pockets, clusters en uitbraken. Flexibele inzet en opschaling van de testcapaciteit door GGD'en blijft in ieder geval nodig in de 2e helft van 2021 en begin 2022.

Ten aanzien van spoor 1c: In het voortgezet onderwijs wordt de zelftest nu ingezet voor het testen van de overige, niet nauwe contacten (categorie 3). Het is nog onduidelijk of de groep 12-17 jaar vaccinatie krijgt aangeboden, en het BCO in het primair en voortgezet onderwijs voor deze groep zal afhankelijk van deze beleidsbeslissing en de epidemiologie verder worden uitgewerkt. Als in het VO de leerlingen gevaccineerd zijn, zal dit het BCO vergemakkelijken en hoeven leerlingen bij een blootstelling niet in quarantaine of getest te worden. Opgemerkt wordt dat de zelftest minder betrouwbaar wordt bij een afnemende incidentie.

MBO, HBO en WO: loslaten van de 1,5 meter regel in het studiejaar 2021/2022

Adviesaanvraag VWS: Kan het OMT in het licht van het aankomende studiejaar en introductieperiode vanaf medio augustus adviseren over het moment waarop het loslaten van de 1,5 meter in het MBO en HO verantwoord kan plaatsvinden?

Indien de huidige dalende trend in de besmettingscijfers en het vaccinatietempo zich volgens de prognose voortzet, adviseert het OMT om in het hoger onderwijs (MBO, HBO en WO) bij onderwijsactiviteiten binnen de onderwijsinstelling per 1 september de 1,5 meter maatregel los te laten, met daarbij vasthoudend aan de andere basismaatregelen (zoals hand- en hoesthygiëne, thuisblijven en testen bij klachten, gezondheidscheck). Daarbij dient er, zoals nu reeds het geval is, een aanbod voor 2 maal per week preventief testen te zijn voor studenten en medewerkers, gelijk zoals het beleid voor voortgezet onderwijs.

De impact van het loslaten van de 1,5 meter in het hoger onderwijs per 1 september zal afhangen van de gehanteerde uitkomstmaat, op welk moment, en welke andere basismaatregelen nog gehandhaafd blijven en of de 12-17-jarigen gevaccineerd worden. Dat is allemaal nog onzeker op dit moment. De modellen laten zien dat de 1,5 meter-maatregel verantwoord zou kunnen worden losgelaten in augustus, maar vanwege de te verwachten seizoensinvloed op de transmissie niet meer in januari 2022 (ook afhankelijk van vaccinatiebeleid). Dat geldt ook voor de specifieke groep MBO, HBO en WO. Het ligt in de lijn der verwachting dat het loslaten van 1,5 meter in het hoger onderwijs enkel tijdelijk wordt losgelaten, maar mogelijk later weer moet worden ingevoerd. Hierop dient men zich voor te bereiden.

Voor de introductieweken medio augustus en kennismakingsactiviteiten die lopen tot in september, zowel binnen als buiten de onderwijsinstellingen, adviseert het OMT het openingsplan te volgen wat betreft de maatregelen die op dat moment gelden. Gezien het belang van dergelijke activiteiten voor het welzijn van de studenten, adviseert het OMT deze wel doorgang te laten vinden, waarbij de inzet van zelftesten (zoals op dit moment al gebeurt via de onderwijsinstelling in het hoger onderwijs) of alternatief toegangsbewijzen (testen voor toegang) of het Digitale Corona Certificaat (DCC) in te zetten tijdens de introductieperiode om daarmee de 1,5 meter afstand los te kunnen laten.

Datum
18 juni 2021

Ons kenmerk
0092/2021 LCI/JvD/at/nn

Het OMT merkt op dat er aandacht dient te zijn voor studenten die vanuit het buitenland in Nederland komen studeren. Deze studenten zouden laagdrempelig toegang moeten hebben tot testen bij binnenkomst (ook afhankelijk van het land van herkomst) en deelname aan het vaccinatieprogramma.

Vliegverboden

Adviesaanvraag VWS: Geeft de wereldwijde epidemiologische situatie en de hiervoor verstrekte informatie het RIVM aanleiding om te adviseren vliegverboden toch weer in te stellen? Zo ja, voor welke landen adviseert u een vliegverbod en op basis van welke argumentatie?

Het kabinet is voornemens deze besluitvorming te volgen en de grens voor veilige landen te verhogen van 150 naar 200 gevallen per 100.000 inwoners per 14 dagen. We horen het graag als jullie daar onoverkomelijke risico's in zien.

De huidige epidemiologische situatie geeft volgens oordeel van het OMT geen aanleiding voor het opnieuw instellen van vliegverboden. Wel wordt de quarantaineplicht in aanvulling op pre-vlucht testen, waarbij een goede monitoring van de strikte naleving essentieel is, gezien als een effectieve manier om verdere verspreiding van SARS-CoV-2 en import van VOC's te voorkomen. Quarantaine dient te worden ondersteund en quarantaine kan worden gestopt na een negatieve test vanaf dag 5. Het is van groot belang voor de volksgezondheid om eventuele vliegverboden en andere maatregelen rondom reizen in Europees verband af te stemmen om te voorkomen dat via landen met een minder stringent beleid risico's op introductie van nieuwe varianten ontstaan. Een uniform beleid zorgt ervoor dat deze risico's verkleind worden voor alle landen. Via transport over land (na een vlucht naar Europa) kan immers anders alsnog verspreiding in Europa optreden, ook naar de landen die zelf een vliegverbod hebben. Ook wijst het OMT erop dat er zoveel uitzonderingen zijn voor wie op het vliegverbod van toepassing is, dat een introductie van VOC's met een vliegverbod niet voorkomen kan worden.

Daarnaast worden er nu al een toenemend aantal infecties gezien die zijn te relateren aan reizen, ook naar landen die nu een groen of geel reisadvies hebben. Belangrijk is dat vakantiegangers en andere reizigers zich aan de geldende maatregelen houden en goed voorbereid op vakantie gaan. Goede voorlichting is onontbeerlijk. Het aanbieden van laagdrempelige vormen van testen (ook zonder klachten) na thuiskomst voorkomt mogelijk verdere verspreiding na import. Met name ongevaccineerde reizigers zouden na aankomst in Nederland laagdrempelig getest moeten kunnen worden.

Ten slotte, iedere verhoging van de drempelwaarde voor reisadviezen brengt een potentieel risico met zich mee. Anderzijds is Europese harmonisatie van de regelgeving wenselijk.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

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

Datum

18 juni 2021

Ons kenmerk

0092/2021 LCI/JvD/at/nn