



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

0008/2022 LCI/JvD/at/sf

Behandeld door

LCI

T (030) 274 7000

F (030) 274 4455

lci@rivm.nl

Datum 14 februari 2022
Onderwerp Advies n.a.v. 142e OMT

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 11 februari 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 Internist-infectiologen (NVI), 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), 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 eerder 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 9 februari 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 de adviezen van het OMT.

B. Actuele situatie

Verloop van de epidemie

Het OMT is geïnformeerd over het verloop van de epidemie en de resultaten van de modellering.

Adviesvraag VWS:

Wat is het algemene beeld van de epidemiologische situatie? Wat is uw verwachting voor de komende weken, voor de belasting van de gehele zorgketen en de continuïteit van de samenleving?

Epidemiologische situatie

Sinds 8 februari is de meldingsachterstand van GGD aan RIVM, die in de afgelopen weken ontstond door de hoge dagelijkse aantallen positieve coronatesten, ingelopen. De positieve SARS-CoV-2-testuitslagen worden vanaf 8 februari rechtstreeks vanuit CoronIT en het Meldportaal van GGD GHOR aan het RIVM gemeld en niet meer zoals voorheen via het GGD-systeem HPZone.

In de afgelopen week (3 t/m 9 februari) zijn 564.757 positieve testuitslagen gerapporteerd vanuit de GGD-teststraten vergeleken met 609.976 de week ervoor, een afname van 7%. Het aantal testen met uitslag nam af van 1.006.906 naar 954.291, een afname van 5%. Op basis van deze cijfers lijkt het aantal nieuwe besmettingen op landelijk niveau gezien gestabiliseerd, mogelijk zelfs over de piek heen. Echter, mogelijk geeft het aantal (positieve) testen een minder goed beeld van het verloop in het aantal besmettingen dan eerder in de epidemie, door wijzigingen in het quarantainebeleid en doordat het aannemelijk is dat een kleiner aandeel mensen zich laat testen bij de GGD.

Er zijn verschillen in het beeld tussen regio's. Het aantal meldingen van positieve testuitslagen neemt nog toe in bepaalde regio's terwijl deze recent daalt in andere regio's, inclusief in de 4 grote steden. Ook zijn er verschillen naar leeftijd. Het aantal meldingen is de afgelopen kalenderweek verder gedaald voor de leeftijdsgroepen onder de 18 jaar, vergeleken met de week ervoor. Echter, bij oudere leeftijdsgroepen was een stabilisatie of toename zichtbaar. Bij alle leeftijdsgroepen vanaf 50 jaar nam het aantal meldingen toe. De toename bij de leeftijdsgroepen met de hoogste kans op ernstige ziekte en ziekenhuisopname, vanaf ongeveer 60 jaar, is op dit moment nog beperkt. Het is onbekend of dit komt omdat zij nog minder blootgesteld worden, bijvoorbeeld door inachtneming van de maatregelen, door beschermend effect van de recente boostervaccinatie, of wellicht door een combinatie van factoren.

In de rioolwatersurveillance werd in week 5 een verdere toename van de virusvracht gezien. In week 5 (31 jan – 6 feb) is de landelijk gewogen gemiddelde virusvracht (gebaseerd op 306 meetlocaties) gestegen met 11,6% ten opzichte van week 4. De gemiddelde virusvracht in Nederland stijgt al 6 weken op rij en in week 5 wordt wederom het hoogste weekgemiddelde tot nu toe waargenomen. Tot aan week 3 werden de hoge virusvrachten veelal in het westen van het land waargenomen, met name in het grootstedelijk gebied. De hoge virusvrachten zijn in week 5 verspreid door vrijwel heel Nederland waargenomen.

Afgelopen kalenderweek werden 1.266 patiënten met een SARS-CoV-2-besmetting in het ziekenhuis opgenomen. Een stijging van 7% vergeleken met de week er voor. Ook op de IC steeg het aantal nieuwe opnames naar 118 (+42%).

Datum

14 februari 2022

Ons kenmerk

0008/2022 LCI/JvD/at/sf

Het aantal ziekenhuisopnames nam toe in alle leeftijdsgroepen, behalve in de groep <20 jaar.

Datum

14 februari 2022

Ons kenmerk

0008/2022 LCI/JvD/at/sf

De NICE-registratie faciliteert sinds 25 januari de vastlegging van de opnamereden van nieuwe patiënten met een bevestigde SARS-CoV-2-besmetting in het ziekenhuis en op de IC. Zo kan er beter onderscheid worden gemaakt tussen patiënten die vanwege COVID-19 zijn opgenomen en patiënten die positief zijn getest op corona, maar om een andere reden in het ziekenhuis zijn opgenomen. Gezien de korte tijd dat deze uitbreiding mogelijk is, zijn de data over de opnamereden van patiënten met opnamedatum nog niet compleet. In de periode 25 januari t/m 7 februari werden 2.303 patiënten met een SARS-CoV-2-besmetting in het ziekenhuis opgenomen, en geregistreerd bij NICE. Daarvan was van 1.410 (61%) patiënten de opnamereden bekend. COVID-19 was de belangrijkste of één van de redenen van ziekenhuisopname bij 81% van de patiënten met bekende opnamereden. Bij 54% was COVID-19 de primaire reden van opname, bij 27% een secundaire reden (de SARS-CoV-2-besmetting ontregelde een bestaande aandoening en zonder de infectie zou opname niet nodig zijn geweest).

In de periode 25 januari t/m 7 februari werden 166 patiënten met een SARS-CoV-2-besmetting op de IC opgenomen. Daarvan was van 152 (92%) patiënten de opnamereden bekend. COVID-19 was de belangrijkste of één van de redenen van IC-opname bij 79% van de patiënten met bekende opnamereden. Bij 62% was COVID-19 de primaire reden van IC-opname, bij 17% de secundaire reden. In de ruim twee weken dat deze registratie mogelijk is, is er geen verschuiving zichtbaar naar een groter aandeel opnames waarbij COVID-19 niet een van de redenen van opname is. Het aandeel ziekenhuisopnames vanwege COVID-19 (81%) waargenomen in Nederland in week 4-5 ligt beduidend hoger dan in Denemarken, waar dit in week 3 2022 op 55% lag. Mogelijk heeft dit te maken met een andere fase van de uitbraak of ander opnamebeleid. Zo screenen sommige ziekenhuizen in Nederland voorafgaand aan opname, en wordt deze bij een positieve test zo mogelijk uitgesteld, bijvoorbeeld bij een geplande ingreep.

Het aantal nieuwe locaties van verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen die coronabesmettingen meldden, is de afgelopen week gestegen; het aantal meldingen bij personen bekend als bewoners hiervan steeg niet. Hier kan echter een veranderd testbeleid aan ten grondslag liggen, waarbij alleen nog bij klachten getest wordt. Gegevens uit de gehandicaptenzorg laten ook een toename zien van het aantal besmettingen.

Recente gegevens uit Nederland maken duidelijk dat de boostervaccinatie helpt om de bescherming tegen een infectie met de omikron-BA.1-variant te verhogen van 33% naar 68%. Mensen die zowel gevaccineerd waren én eerder een infectie hebben doorgemaakt, zijn nog iets beter beschermd dan mensen die alleen gevaccineerd zijn of alleen eerder besmet waren.

Recente gegevens uit het Verenigd Koninkrijk tonen een vaccineffectiviteit van boostervaccinatie van 95% tegen sterfte na besmetting met de omikronvariant bij personen vanaf 50 jaar, vergeleken met 59% na de basisserie vaccinaties zonder booster. De vaccineffectiviteit tegen symptomatische infectie is vergelijkbaar voor de omikronvarianten BA.1 en BA.2, zowel na de basisserie als na de booster.

In de tweede week van 2022 was er geen oversterfte in Nederland, in geen enkele leeftijdsgroep (bron: CBS).

Reproductiegetal, 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 27 januari op basis van Osiris: gemiddeld 1,09 (95%-interval 1,08 – 1,10) besmettingen per geval. De schatting van het reproductiegetal op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames per dag kent een aanzienlijk grotere onzekerheid, omdat ze berekend wordt op veel geringere aantallen, het is gemiddeld 1,03 (95%-interval 0,86 – 1,20); voor IC-opnames lag het wat hoger, op 1,12.

Datum

14 februari 2022

Ons kenmerk

0008/2022 LCI/JvD/at/sf

Op basis van het aantal meldingen met positieve testen verwachten we voor de komende week dat het aantal ziekenhuis- en IC-opnames stabiel blijft of kan stijgen tot ongeveer 250 ziekenhuisopnames per dag en 25 IC-opnames per dag. Een stijging wordt dan voornamelijk verwacht voor patiënten ouder dan 60 jaar. Doordat de kans op ziekenhuisopname per melding en de kans op IC-opname per ziekenhuisopname variëren in de tijd, kennen deze prognoses ruime onzekerheidsmarges.

De simulaties met een transmissiemodel dat wekelijks gefit wordt op het aantal waargenomen IC-opnames per dag, en waar de beschikbare informatie over vaccinaties (CIMS, GGD'en) en het geplande aantal boostervaccinaties, de effectiviteit van vaccins, en de geschatte opbouw van immuniteit door doorgemaakte infectie in wordt meegenomen, geven een vergelijkbare prognose voor de komende week. Ze geven aan dat naar verwachting de bezetting van ziekenhuizen en de IC met COVID-19-patiënten de komende week verder stijgt en voor het begin van maart een piek bereikt heeft.

De relatieve toenamesnelheid van de omikron-BA.2-variant ten opzichte van de omikron-BA.1-variant in de kiemsurveillance wordt geschat op 0,12 per dag. De dag van monsterafname waarop voor het eerst meer dan 50% van alle besmettingen door omikron-BA.2 veroorzaakt worden in heel Nederland is geschat op 15 februari (96%-interval 12- 18 februari 2022). Deze schattingen zijn gebaseerd op de nationale kiemsurveillance. In de representatieve steekproeven van de kiemsurveillance is het aandeel BA.2 toegenomen van 3,8% in week 3 naar 6,5% in week 4. Het aandeel BA.1 was respectievelijk 94,4% en 92,2%. Gegevens tot in week 6 afkomstig van diverse laboratoria die gebruik maken van een PCR-test die een aanwijzing geeft voor de aanwezigheid van BA.2, zijn in lijn met deze trend. Uit de kiemsurveillancemonitoring van genetische variatie in SARS-CoV-2 in Nederland is gebleken dat in tegenstelling tot bijvoorbeeld in Denemarken, BA.2 in Nederland opkomt in een achtergrond van voornamelijk subvariant BA.1.1. Er komt steeds meer informatie met betrekking tot de omikron-BA.2 beschikbaar, onder andere aanwijzingen dat bepaalde therapieën met monoklonalen minder effectief zijn voor BA.2 dan voor BA.1.

Het transmissiemodel geeft aan dat het verder loslaten van maatregelen vanaf 16 februari een klein effect op de piekbezetting in de ziekenhuizen kan hebben, en ervoor kan zorgen dat de daling in bezetting enkele dagen later inzet. Het maatregelenpakket dat in deze modelstudie werd geëvalueerd is vergelijkbaar met het maatregelenpakket dat eerder (eind september 2021) is ingevoerd, en verschilt bijvoorbeeld in de sluitingstijd van de nachthoreca van het voorstel in de adviesvraag. De reden waarom het effect van versoepelingen in dit scenario relatief gering is in deze modelstudie, is dat de maatregelen worden losgelaten nadat in het model een piek in infecties is bereikt. In hoeverre dit scenario de epidemie in Nederland beschrijft, is onzeker.

In de verschillende uitgewerkte scenario's blijkt de piekbezetting in ziekenhuizen erg gevoelig voor de vaccineffectiviteit. Op basis van een scenario met lage vaccineffectiviteit, overeenkomend met recente schattingen van de vaccineffectiviteit vanuit het Verenigd Koninkrijk, is een piekbezetting mogelijk van 6000 ziekenhuisbedden. Op basis van een scenario met hoge vaccineffectiviteit, overeenkomend met gunstigere recente schattingen op basis van data verkregen in Nederland zelf, is een piekbezetting mogelijk van 3000 ziekenhuisbedden. Het effect van versoepelingen, mits deze vallen na de piek in infecties, is beperkt. Echter, als het aantal infecties per dag op dit moment nog niet op of over de top zou zijn is wel een groter effect van het loslaten van maatregelen op de ziekenhuisbezetting te verwachten.

Datum

14 februari 2022

Ons kenmerk

0008/2022 LCI/JvD/at/sf

Bij de model- en scenarioberekeningen is aangenomen dat de ziektelast van BA.2 en de vaccineffectiviteit tegen BA.2 vergelijkbaar is als tegen BA.1. De beide omikronvarianten circuleren tot nu toe weinig onder mensen ouder dan 60 jaar, waardoor er nog geen nauwkeurige schattingen zijn van de kans op infectie en de kans op ziekenhuisopname gegeven infectie in deze leeftijdsgroepen. Hierdoor is de onzekerheid in de prognoses groot.

Bij eerdere versoepelingen werd soms een extra toename in contacten na de versoepelingen gezien (vgl. 'Dansen met Janssen'). Een dergelijk, veelal tijdelijk, gedragseffect is niet meegenomen in de modellen.

Het verwachte aantal infecties per dag in de bevolking tijdens de piek met de omikronvariant is veel groter dan het aantal infecties per dag tijdens de vorige piek met de deltavariant van begin december 2021. Analyse van verzuimgegevens van HumanTotalCare over de tweede helft van 2021 laten zien dat er een duidelijke positieve correlatie is tussen het aantal positieve testen per dag en verzuim, voor alle bedrijfstakken. Het verwachte verzuim bij een gegeven aantal positieve testen is relatief hoog in de bedrijfstak 'Gezondheids- en welzijnzorg'. Daarbovenop komt nog de uitval door quarantaine. Bij het bepalen van de beschikbare capaciteit in de zorg moet niet alleen worden gekeken naar verzuim door besmetting met SARS-CoV-2 (isolatie), maar ook naar verminderde inzetbaarheid (isolatie + quarantaine). De verwachting is dat er in de hele zorgketen problemen kunnen ontstaan door de verminderde inzetbaarheid tijdens een piekperiode van het aantal infecties per dag.

C. Adviezen

Maatregelen

Adviesvraag VWS:

In de Kamerbrief van 25 januari jl. heeft het kabinet aangegeven dat het huidige maatregelenpakket in principe geldt tot 9 maart aanstaande, waarbij een heroverwegingsmoment plaatsvindt op 15 februari aanstaande. Op het aangekondigde weegmoment zal het kabinet een afweging maken over welke maatregelen gegeven de epidemiologische situatie noodzakelijk zijn.

In verband met de sociaal-maatschappelijke effecten van de geldende beperkingen is het wenselijk om zo snel mogelijk na 15 februari verdere versoepelingen door te kunnen voeren. Het kabinet is voornemens voor het weekend in een ministeriële regeling onder de Twm een pakket versoepelingen na te hangen bij beide Kamers. De versoepelingen die door het kabinet overwogen worden zijn:

- *Sluitingstijden verruimen naar 01.00 uur.*
- *CTB-plicht met inzet van 3G in huidige CTB-plichtige sectoren handhaven.*

- *Met inzet van CTB (3G) kan in CTB-plichtige sectoren de veilige afstandsnorm, placeringsplicht en mondkapjesplicht los kan worden gelaten tot een maximum van 500 bezoekers. Bij meer dan 500 bezoekers geldt een placeringsplicht en mondkapjesplicht bij verplaatsing.*

Datum

14 februari 2022

Ons kenmerk

0008/2022 LCI/JvD/at/sf

Gegeven deze maatregelen is het wenselijk ook de maximale capaciteit van 75 personen per collegezaal (die nu geldt als mitigerende maatregel om daar de 1,5m te kunnen loslaten) te laten vervallen. Tevens volgt uit deze maatregelen dat de maximale capaciteit van 1250 bezoekers bij geplaatste activiteiten op binnenlocaties komt te vervallen. Kan het OMT aangeven welke mitigerende maatregelen gegeven de epidemiologische situatie getroffen moeten worden bij doorvoeren van deze versoepelingen met ingang van vrijdag 18 februari? Het kabinet overweegt daarnaast het thuiswerkadvies te versoepelen naar maximaal de helft van de tijd naar het werk, het thuisbezoekadvies van maximaal 4 personen per dag en het binnenlandse reisadvies met ingang van woensdag 16 februari aanstaande los te laten. Kan het OMT aangeven hoe u deze versoepelingen beoordeelt in het licht van de epidemiologische situatie.

Kunt u aangeven of en welke mitigerende maatregelen nodig zijn om vanaf vrijdag 25 februari aanstaande verder te versoepelen en meer mogelijk te maken voor ongeplaatste activiteiten met meer dan 500 personen met inzet van CTB 1G of 3G? En is hierbij voor wat betreft de keuze tussen 1G en 3G een onderscheid te maken tussen settings binnen en buiten? Daarbij wordt gedacht om de inzet CTB o.b.v. 1G te verplichten bij meer dan 500 bezoekers per ruimte binnen bij ongeplaatste activiteiten. Het kabinet overweegt tevens de verplichting van 1,5 meter afstand generiek los te laten. Kan het OMT aangeven of verwacht kan worden dat er epidemiologische ruimte is om de 1,5 meter generiek vanaf vrijdag 25 februari 2022 los te laten.

Het OMT heeft kennis genomen van de voorgenomen versoepelingen. Omdat de scenariomodellerings voor het bekend worden van details van deze versoepelingen moesten worden ingezet, vallen de voorgenomen versoepelingen nu niet geheel samen met de wijze waarop de verschillende scenario's van versoepelingen zijn berekend. Aan de andere kant was het aantal vrijheidsgraden van keuzes beperkt, en komen ze voldoende overeen om uit de scenarioberekeningen de orde van grootte van de effecten van de voorgenomen versoepelingen af te lezen. Versoepelen betekent altijd meer contacten, die door hun duur en intensiteit ook altijd kunnen leiden tot meer besmettingen. En meer infecties na meer besmettingen hebben invloed op verzuim door ziekte en door quarantaine van contacten, de druk op de gehele zorgketen en op het aantal ziekenhuisopnames. De fase van de uitbraak maakt dat immuniteit opgebouwd door (zeer veel) recente infecties of door boostering van een basisvaccinatierreeks een belangrijk deel van zulke contacten kan beschermen tegen infectie en ernstige ziekte. In dit verband is het belangrijk of het aantal infecties in Nederland al op of zelfs net over de piek is, of nog vóór de piek. En afgeleid, of de afname die momenteel wordt waargenomen van infecties onder jongeren een voorbode is van een afname onder alle leeftijdsgroepen, of dat onder ouderen de incidentie nog langer doorstijgt. Versoepelingen genomen nadat de piek bij alle groepen bereikt is zullen namelijk veel minder negatieve consequenties hebben – door een bredere immuniteit onder de bevolking – dan versoepelingen genomen vóórdat de piek bereikt is.

Ervan uitgaande dat we medio volgende week een piek bereikt hebben, laten de modelleringsstudies zoals hierboven beschreven zien dat de voorgenomen

versoepelingen waarschijnlijk slechts een beperkt effect hebben op de piekbezetting in de ziekenhuizen en op de IC. Op deze eindpunten vindt het OMT de versoepelingen zoals voorgesteld daarom verantwoord; dit uiteraard met de disclaimer van de opkomst van een weer nieuwe virusvariant. Wel wil het OMT een aantal kanttekeningen maken, omdat naast te verwachten aantallen patiënten, de capaciteit van de hele zorgketen, inbegrepen huisartsen, SEH, ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg ook te maken krijgt met belasting door uitval van zorgmedewerkers en mantelzorgers zelf!

Datum

14 februari 2022

Ons kenmerk

0008/2022 LCI/JvD/at/sf

Enkele punten die in het OMT besproken zijn:

1. De voorgenomen versoepelingen zullen tot een snellere verspreiding en groter aantal infecties leiden. Er zullen daardoor meer mensen in thuisisolatie moeten, omdat ze een infectie krijgen. Tevens moeten nauwe contacten in quarantaine. Dit kan zorgen voor uitval van personeel in diverse sectoren, zoals ook nu al het geval in o.a. de zorgsector. Een deel kan opgevangen worden door een actualisering van de isolatieregels, zoals hieronder nog aan bod komt. De maatschappij moet zich ook breed op dit probleem oriënteren en voorbereidingen treffen.
2. Door maatregelen te versoepelen bij de huidige hoge infectiedruk, komt er een grotere verantwoordelijkheid naar, én bij, kwetsbare personen. De gehele bevolking zou met kwetsbaren rekening moeten houden, door afstand houden en dergelijke. Maar er ligt ook een verantwoordelijkheid bij kwetsbare personen om zichzelf te beschermen, door bijvoorbeeld drukte te vermijden, een neusmondmasker te gebruiken, en dergelijke. Het verschaffen en faciliteren van een handelingsperspectief voor deze groep is hierbij belangrijk (zie: [Tips voor ouderen en mensen met een kwetsbare gezondheid | Coronavirus COVID-19 | Rijksoverheid.nl](#)). De groep kwetsbaren moet hierover goed worden geïnformeerd. Om kwetsbare personen de mogelijkheid te bieden om afstand te houden, bijv. in een supermarkt, is het belangrijk om op dergelijke plaatsen en in openbare ruimten de 1,5-meterafstandregel te controleren en handhaven zolang de infectiedruk hoog is. Daarnaast moeten kwetsbare werkenden ook altijd in de gelegenheid worden gesteld om zich optimaal te kunnen beschermen. Bijvoorbeeld, in een eerder advies (OMT 133) hebben we er al nadrukkelijk op gewezen dat een medewerker in de zorg zich afhankelijk van de context kan beschermen met een type IIR- of FFP-2-mondneusmasker. Dit geldt natuurlijk ook voor kwetsbaren buiten de zorg.
3. In de voorgenomen versoepelingen is een belangrijke rol toebedeeld aan het CTB, om in CTB-plichtige sectoren de veilige afstandsnorm, placheringsplicht en mondkapjesplicht onder condities los te kunnen laten. Dit vereist dat het CTB, zoals nu toegepast, een bepaalde effectiviteit heeft om overdracht van infecties te voorkomen. In dit kader zijn de berekeningen van de TU Delft en UMCU opnieuw uitgevoerd, nu rekening houdend met het huidig effectief reproductiegetal en in Nederland vastgestelde vaccin- en boostereffectiviteit tegen de omikronvariant. Toegang met CTB is gebaseerd op volledige vaccinatie of doorgemaakte infectie, met de aanname dat een groot deel van de gevaccineerden ook een booster heeft ontvangen. Het OMT heeft hier kennis van genomen. Uit de geactualiseerde berekeningen, die nadrukkelijk gelden voor de huidige fase van de epidemie waarin de omikronvariant dominant is, blijkt dat, zelfs met incorporatie van de boostervaccinatie, 3G een geringe bijdrage kan leveren aan het terugdringen van het

reproductiegetal ten opzichte van een situatie met dezelfde versoepelingen maar zonder inzet van het CTB. Bij de berekeningen is er vanuit gegaan dat het CTB in alle daarvoor in aanmerking komende situaties (m.u.v. het werk en school) wordt ingezet. Het betreft bovendien het maximaal haalbare effect, als alles open gaat en er geen compenserend gedrag (of bijv. fraudering) is. Een 2G-strategie kan een aanzienlijk hogere reductie opleveren. Hiervoor geldt ook weer dat deze strategie effectiever is na een basisserie én een booster. Een 1G-beleid is het meest effectief.

Datum
14 februari 2022

Ons kenmerk
0008/2022 LCI/JvD/at/sf

Het OMT adviseert derhalve om in de huidige fase van de epidemie, de boostervaccinatie in het CTB te incorporeren (m.a.w. CTB op te plussen met de boostervaccinatie), voor gebruik in die CTB-plichtige sectoren waarin overwogen wordt de veilige afstandsnorm, placeringsplicht en mondkapjesplicht onder condities los te laten.

Daarnaast adviseert het OMT om 1G te gebruiken voor grote, hoogrisico-evenementen (ongeplaceerd, meer dan 500 personen) zolang er sprake is van een epidemiologische situatie met hoge incidentie zoals momenteel het geval.

4. Het OMT adviseert om de basismaatregelen, zoals thuisblijven bij klachten, handen wassen, hoesten in de elleboog, en goede ventilatie van ruimtes te handhaven, ook op de langere termijn. Tevens dienen maatregelen te allen tijde weer opgeschaald kunnen worden als de situatie daartoe noodzaak geeft, zoals bijv. het ontstaan van een nieuwe variant.
5. Het OMT adviseert om de zelftesten breed beschikbaar te stellen, omdat zelftesten een belangrijke plaats gaan innemen in de bestrijding van de epidemie in de middellangetermijnstrategie. Het wil benadrukken dat zelftesten, net als de huidige GGD-testen, zonder drempel ter beschikking zouden moeten worden gesteld zoals ook geadviseerd in OMT 130 en 139. Gedragsonderzoek laat zien dat het thuis op voorraad hebben van zelftesten een grote invloed heeft op bereidheid tot zelftesten. Uit recent gedragsonderzoek blijkt daarnaast dat 40% van de deelnemers de zelftesten (heel) duur vinden, ook mensen met midden en hoog opleidingsniveau die in de regel meer financiële draagkracht hebben. Hoogopgeleide mensen zelftesten wel wat vaker dan midden- en laagopgeleide mensen. Veel mensen ervaren dus een drempel voor testen bij klachten, ook mensen met voldoende financiële draagkracht. Het zonder drempel beschikbaar stellen van zelftesten zal het gebruik daarvan bevorderen.
6. Het OMT adviseert om het thuiswerkadvies niet ineens, maar gefaseerd af te bouwen. De eerste stap, naar 50% zoals nu in de voorgenomen versoepelingen overwogen wordt, komt daarmee overeen. Daarnaast kan piekdruk op de werkvloer voorkomen worden door het aantal werknemers gelijkmatig over de week te verspreiden; ook blijft in werksituaties speciale aandacht voor de 1,5-meterafstandsnorm nodig, omdat dit in situaties van omgang met bekenden als moeilijk wordt ervaren.

Langdurige zorg

Het OMT is geïnformeerd over het effect van boostervaccinaties in de langdurige zorg. Eerste analyses van recente data uit verpleeghuizen laat zien dat geboosterde verpleeghuis bewoners over het algemeen milde klachten ontwikkelden bij een SARS CoV-2-infectie met de omikronvariant. De kans op

overlijden van ouderen binnen 30 dagen na een infectie is teruggelopen van 22% (in eerdere golven) naar 8% in de huidige omikrongolf, voor degenen die een boostervaccinatie hebben ontvangen. Dit geeft aan dat ook in de verpleeghuispopulatie een evident positief effect gezien wordt van de boostervaccinatie.

Datum

14 februari 2022

Ons kenmerk

0008/2022 LCI/JvD/at/sf

Verpleeghuisbewoners die minder dan 3 maanden geleden, eind vorig jaar, een infectie met de deltavariant hebben doorgemaakt, zijn vanwege die recente besmetting nog niet in aanmerking gekomen voor een boostervaccinatie. Deze groep, maar ook verpleeghuisbewoners die om een andere reden nog niet geboosterd zijn, lopen meer kans op een ernstig ziektebeeld en overlijden bij een SARS CoV-2-besmetting met de omikronvariant. Om deze verpleeghuisbewoners toch optimaal te beschermen, nu de infectiedruk nog erg hoog is, adviseert het OMT te overwegen om de tijd tussen doorgemaakte infectie en de booster voor deze specifieke groep te bekorten tot 8 weken en hen zo snel mogelijk een boostervaccinatie te geven.

Testen

Op 4 februari heeft het OMT een eerste visie over het toekomstige testlandschap besproken. In bijlage 1 is dit verder uitgewerkt.

Het testbeleid staat echter niet op zichzelf, maar moet worden beschouwd in samenhang met de doelen en methoden met betrekking tot de surveillance, en het BCO en de meldplicht. Een meer samenhangende visie over de lange termijn aanpak op deze gebieden, waarin het doel van het beleid centraal staat, zal verder worden uitgewerkt en in het volgende OMT worden besproken.

Isolatieduur

Adviesvraag VWS:

Op dit moment zijn er grote maatschappelijke effecten van isolatie, bovenop de (inmiddels beperktere) ontwrichtende effecten van quarantaine. Het ECDC heeft een nieuwe aanbeveling uitgebracht over isolatieduur. Is het, gezien het ziekteverloop van de omikronvariant, wenselijk om de richtlijnen voor de isolatieduur aan te passen en in te korten? Maakt het daarbij uit wat de immunestatus van de besmette persoon is? En kan een (zelf)test een rol spelen bij het verkorten van de isolatieduur?

Het OMT adviseert de isolatieduur van een positief getest persoon, conform de recente adviezen van de ECDC, in te korten van 7 dagen naar 5 dagen, mits deze persoon dan ook minimaal 24 uur klachtenvrij is. Bij aanhoudende klachten geldt een maximale isolatieduur van 10 dagen. Bij een asymptomatische infectie wordt een isolatie van 5 dagen na de positieve testdatum aangehouden.

Het OMT realiseert zich dat het verkorten van de isolatieduur bij deze omikronvariant een nog onbekend, maar momenteel naar verwachting beperkt risico met zich meebrengt in de verspreiding van deze variant in de bevolking. Het OMT adviseert om, conform het advies van de ECDC, gedurende de daaropvolgende 5 dagen een medisch mondneusmasker (minimaal type II) te dragen en de 1,5 m-afstandsnorm op te volgen. Concreet betekent dit dat iedereen vanaf 13 jaar in de eerste 5 dagen na de isolatieperiode, met nog meer aandacht een medisch mondneusmasker draagt op plaatsen waar nu ook het advies is een mondneusmasker te dragen. Te weten: in alle publieke binnenruimtes, zoals de supermarkt, het openbaar vervoer en in het onderwijs, en buiten op plaatsen waar geen 1,5 meter afstand gehouden kan worden. Het

OMT adviseert dit specifieke mondneusmaskeradvies voor personen die net uit isolatie zijn, ongeacht het eventueel afschaffen van de mondkapjesplicht voor de algemene bevolking op publieke plaatsen in de toekomst.

Datum

14 februari 2022

Ons kenmerk

0008/2022 LCI/JvD/at/sf

NB. Voor zorgmedewerkers werkzaam in ziekenhuizen is de [FMS-richtlijn](#) leidend. Voor hen geldt vooralsnog een standaard isolatieduur van 7 dagen, indien symptomatisch, voordat werkzaamheden in de zorg hervat mogen worden. Er zijn echter ook uitzonderingen en (strikte) voorwaarden opgenomen om positief geteste medewerkers zonder klachten eerder te laten werken bij schaarste van personeel, als de medewerker onmisbaar is. Voor argumentatie verwijzen wij naar de FMS-richtlijn.

Voor immuungecompromitteerde patiënten en patiënten binnen een instelling waar personen verblijven met een hoger risico op ernstig beloop, kan de isolatieduur eveneens bekort worden tot 5 dagen, mits 24 uur klachtenvrij, met een maximale isolatieduur van 10 dagen bij aanhoudende klachten. Hiervoor is gekozen omdat het erg complex is om onderscheid te maken tussen bewoners en zorgmedewerkers en hun naasten, met daarnaast het argument dat het grootste deel van de kwetsbaren in een instelling gevaccineerd én geboosterd is. Met een eenduidig advies voor alle groepen wordt tenslotte ook het draagvlak voor het opvolgen van het isolatieadvies vergroot. Wel is er extra aandacht nodig voor signalering en uitvraag van klachten bij deze groep binnen een instelling waarbij klachten actief gemonitord worden.

Samenvattend kan de isolatie verkort worden op basis van aanwijzingen over kortere uitscheiding waarbij variante eigenschappen en immuniteit een rol spelen. Op dit moment kan er nog geen sprake zijn van het geheel afschaffen van de isolatie of vervangen van isolatie door dagelijks zelftesten bijvoorbeeld. Voor zorgmedewerkers werkzaam in ziekenhuizen is de [FMS-richtlijn](#) leidend.

Voor het aanpassen van de isolatieduur vraagt het OMT implementatietijd om werkinstructies en informatiematerialen aan te passen, zodat er geen tegenstrijdige informatie te vinden is. Bij voorkeur zou dit beleid in gaan op woensdag 16 februari, de nodige wijzigingen zullen uiterlijk vrijdag 18 februari verwerkt zijn.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

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