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 22 maart 2021
Onderwerp Advies n.a.v. 105e OMT

Ons kenmerk
0054/2021 LCI/JvD/at/mtw

Behandeld door
LCI

T (030) 274 7000
F (030) 274 4455
lci@rivm.nl

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 19 maart 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, regionaal artsen-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 vervolgadviezen 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 17 maart 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

Achtergrond

Op 27 februari 2020 werd de eerste patiënt met COVID-19 in Nederland gediagnosticeerd. Tot 18 maart zijn er wereldwijd 120.268.427 patiënten met COVID-19 gemeld, van wie 24.449.050 in Europa. Wereldwijd zijn er 2.659.802 patiënten overleden, van wie 583.484 in Europa (bron: ECDC).
Tot 18 maart zijn er in Nederland 1.179.612 patiënten met laboratorium-bevestigde COVID-19 gemeld van wie 53.529 personen werden opgenomen in het ziekenhuis (bron: Stichting NICE). In totaal zijn 16.198 personen met een bevestigde SARS-CoV-2-infectie als overleden gemeld (bron: RIVM).

Verloop van de epidemie

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

Adviesaanvraag VWS:
Wat is het algemene beeld van de epidemiologische situatie en de ontwikkeling van de R? Wat is uw verwachting voor de komende weken? Kunt u daarbij ook ingaan op de verwachtingen t.a.v. de andere varianten? Het aantal positieve testen in de leeftijdsgroepen 20 tot 30 en 50 tot 60 stijgt. Kunt u aangeven hoe en wanneer dit naar verwachting zijn weerslag zal krijgen op de belasting van de zorg.

Epidemiologische situatie

In de afgelopen week (11-18 maart) nam het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen met 24% toe, in vergelijking met de week ervoor. Het aantal testen bij de GGD-testlocaties nam met 29% toe in de afgelopen week; het percentage positieve testen stabiliseerde afgelopen week en bedroeg 7,6%.

In de week van 11–18 maart werden in totaal 231 personen per 100.000 inwoners positief voor SARS-CoV-2 gemeld, de week ervoor was dit aantal nog 186 per 100.000 inwoners. Twee regio's (Noord-Holland Noord en Zuid-Holland Zuid) meldden afgelopen week tussen de 350-400 positief geteste personen per 100.000 inwoners en in 7 regio's werden tussen de 250-350 inwoners, en in 10 regio's tussen de 200 en 250 inwoners per 100.000 inwoners positief gemeld.

De infectieradar.nl laat een redelijk stabiel percentage van personen met COVID-19-achtige klachten zien.

De testincidentie steeg de afgelopen week verder in alle leeftijdsgroepen. De grootste stijging daarbij ten opzichte van de week hiervoor is te zien bij de 0-12- en de 13-17-jarigen. Dit hangt naar alle waarschijnlijkheid samen met de opening van het primair onderwijs en de gedeeltelijke opening van het voortgezet en middelbaar beroepsonderwijs. Het percentage positief geteste personen nam relatief het meest af in de leeftijdsgroepen onder de 25 jaar; zo nam het percentage positief in de groep 0-12-jarigen af van 5,5% naar 4,6% en in de groepen 13-17 en 18-24 jaar van 10,2% naar 9,3%, en van 10,4% naar 9,8% respectievelijk. In de leeftijdsgroepen 50-59 jaar en 70 jaar en ouder nam het percentage positief het meest toe van 10,2 naar 10,9% en van 9,7 naar 10,2% respectievelijk.

In alle leeftijdsgroepen was een stijging in het aantal meldingen per 100.000 personen te zien; de grootste absolute stijgingen waren te zien in de leeftijdsgroepen onder de 60 jaar. Het aantal meldingen per 100.000 personen nam relatief het sterkst toe in de groep 0-12-jarigen (+35%), gevolgd door de groep 40-49-jarigen (27%) en de groepen 50-59 en 25-29-jarigen (elk + 24%).

Het hoogste aantal meldingen (323) per 100.000 inwoners deed zich voor in de leeftijdsgroep 18-24 jaar. Het aantal clusters gerelateerd aan school nam toe in de leeftijd 0-12 jaar; in de leeftijd 13-17 jaar is vooralsnog geen stijging te zien. De ziekenhuis- en IC-data van de stichting NICE laten vrij stabiele, hoge cijfers zien, met tussen de 150 en 230 ziekenhuisopnames en tussen de 35 en 45 IC-opnames per dag. In de laatste dagen was enige toename waarneembaar.

De vraag of, en zo ja wanneer de toename in het aantal positieve testen in de leeftijdsgroepen 20-30 en 50-60 jaar zijn weerslag zal krijgen op de belasting van de zorg, i.c. ziekenhuis- en IC-opnames, is lastig te beantwoorden. Nadere analyses laten zien dat de kans op ziekenhuisopname oploopt met de leeftijd, maar ook dat de verhouding tussen het aantal meldingen en het aantal opnames recent aan verandering onderhevig is. Circa een kwart van de opgenomen SARS-CoV-2-patiënten is ouder dan 80 jaar, ongeveer een kwart is 70-79 jaar, ongeveer een vijfde is 69-69 jaar en zo'n 15% is 50-59 jaar. De instroom in de ziekenhuizen bij het begin van de tweede golf liep pas sterk op nadat het aantal meldingen bij de 60- en 70-plussers opliep. Doordat het testgedrag verandert, de opnamekans per leeftijdsgroep niet stabiel is (mede t.g.v. het opkomen van de UK-variant), de maatregelen en de naleving daarvan variabel zijn en de vaccinatiegraad langzaam zal stijgen, is het niet te voorspellen of en wanneer precies de toename in de leeftijdsgroepen 20-30 en 50-60 jaar zijn weerslag op ziekte bij ouderen zal hebben en daarmee op de belasting van de zorg. In algemene zin zal de belasting van de zorg stijgen zodra de incidentie toeneemt bij ouderen, totdat zij in aanmerking zijn gekomen voor een vaccinatie.

In de afgelopen week nam het aantal besmette locaties in verpleeghuizen en woonzorgcentra toe, na wekenlang te zijn gedaald; momenteel kampt 11,3% van deze locaties met 1 of meer positief geteste bewoners nadat daar langer dan 28 dagen geen besmetting was geweest. Dit lijkt conflicterend met de zich voortzettende daling in het aantal positief gemelde verpleeghuisbewoners, als gevolg van het vaccinatieprogramma voor deze groep en het aldaar werkzame verzorgend personeel. Verdere analyse maakt duidelijk dat het voor een relatief groot deel locaties betreft waar maar een zeer beperkt aantal bewoners (1-2 tot nu toe) positief testte. Of het vooral om al dan niet gevaccineerde bewoners gaat is helaas op dit moment niet duidelijk, omdat de vaccinatiegegevens nog niet compleet zijn.
Het aantal nieuw gemelde, besmette locaties van instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking blijft redelijk stabiel en hetzelfde geldt voor het aantal positief geteste bewoners van deze instellingen.

De sterfte is, zowel in de berekeningen van het RIVM als in de berekeningen van het CBS op verwacht niveau voor de tijd van het jaar.

Samenvattend is de testvraag toegenomen (+29%) met een redelijk stabiel percentage positief van 7,6%. Het aantal nieuwe meldingen is navenant gestegen, met 24%. Het aantal positief geteste personen nam landelijk toe van 186 naar 231 per 100.000 inwoners. De instroom en bezetting in de ziekenhuizen inclusief IC's is redelijk stabiel, maar hoog. De eerste effecten van de vaccinatie van de oudste leeftijdsgroepen en bewoners van instellingen worden duidelijker zichtbaar. Wel is aandacht nodig voor registratie van de vaccinatiestatus in de meldingen omdat dit belangrijk is voor de monitoring van de effectiviteit van de vaccinatiecampagne.
De sterfte was in de periode oktober 2020 t/m februari 2021 significant verhoogd volgens de RIVM-methode; in maart 2021 is een eind gekomen aan de oversterfte.

Reproductiegetal, effect van maatregelen en prognoses
De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt, zoals berekend op basis van meldingen van positieve gevallen, is voor 4 maart op basis van Osiris: 1,13

(1,10 – 1,16) besmettingen per geval. Het reproductiegetal wordt ook op basis van andere gegevensbronnen berekend, zoals het aantal nieuwe ziekenhuisopnames en IC-opnames per dag. De schattingen op basis van deze andere gegevensbronnen kennen een grotere onzekerheid, maar ook daar ligt het geschat reproductiegetal boven de waarde van 1 besmetting per geval met een eerste ziektedag rond 4 maart. Dit duidt op een gestage toename van het aantal gevallen – ondanks alle maatregelen, inclusief 'lockdown', avondklok en bezoekbeperking.
Het geschatte reproductiegetal voor de Britse variant is 34% hoger dan de oude variant, de schatting van het reproductiegetal voor de UK-variant op 4 maart komt uit op 1,18 (1,14-1,22); het geschatte reproductiegetal voor de Zuid-Afrikaanse variant is 27% hoger dan de oude variant, de schatting van het reproductiegetal voor deze variant op 4 maart komt uit op 1,12 (0,91-1,33).

De schattingen van het reproductiegetal voor de Britse variant zijn sinds december 2020, ondanks de maatregelen, steeds boven de drempelwaarde van 1 gebleven. De schattingen in de afgelopen weken, van 4 februari 2021 tot de meest recente datum waarvoor een betrouwbare schatting is (4 maart) zijn: 1,09, 1,22, 1,14, 1,08 en 1,18. We verwachten dat als het aandeel van de Britse variant verder stijgt, en inmiddels is dat al meer dan 80% van de besmettingen, dat het reproductiegetal Rt op basis van de meldingen van positieve gevallen, bij voortzetting van de huidige maatregelen, naar deze bandbreedte van waarden toe beweegt.

Het aantal opnames in het ziekenhuis en op de IC vertoonden een stabilisatie in de afgelopen week, met geringe toename eind van de week. De verwachting is dat dit aantal zal toenemen, de snelheid van stijging is nog onzeker. De prognoses op langere termijn, waar ook de effecten van vaccinatie wordt meegenomen, hebben brede onzekerheidsmarges. Dit wordt veroorzaakt door een stapeling van onzekere factoren bij een Rt rondom de één, waaronder het effect van de recente versoepelingen en het effect van het vaccinatieprogramma, zoals ook in voorgaande OMT-adviezen uiteengezet.

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. De toename van de VOC 202012/01-virusvariant (hierna de VK-variant, ofwel B.1.1.7) te zien in de kiemsurveillance sinds week 51 van het afgelopen jaar zet door van 1,1% in week 51 van 2020 tot 82% in week 9 van 2021. De geobserveerde percentages in de weken 7-9, en met name voor week 8 en 9, zijn nog aan veranderingen onderhevig, vanwege aankomende uitslagen van monsters die momenteel geanalyseerd worden. In totaal zijn nu 2350 VK-varianten in de kiemsurveillance naar voren gekomen, op een totaal aantal onderzochte bemonsteringen van zo'n 6400.

Daarnaast lijkt in de kiemsurveillance het aandeel van de 501Y.V2 (de Zuid-Afrika variant, verder aangeduid als ZA-variant) te stabiliseren rond de 2-3%. In totaal zijn er door het RIVM tot nu toe 105 gevallen van infectie met de ZA-variant aangetroffen in de kiemsurveillance. Zowel de data met betrekking tot de VK-variant als de ZA-variant zijn meegenomen in de modelleringen.
De Brazilië-P.1. variant is nu in totaal viermaal aangetroffen in de kiemsurveillance, in de weken 3, 8 en 9. Momenteel vindt bron- en contactonderzoek (BCO) plaats naar aanleiding van de nieuwste bevindingen.

Naast deze drie zogenaamde 'variants of concern (VOC)', heeft de WHO inmiddels drie 'variants of interest' (VOI) benoemd, te weten B.1.1.7+E484K, B.1.525 en in de afgelopen week B.1.427/429 (hierna de Cal-variant, ofwel CAL.20C). De Cal-variant is voor het eerst gesignaleerd in Californië, VS in Juni 2020. Inmiddels wordt deze aangetroffen in alle staten in de VS en in 26 andere landen. Deze

variant is door WHO benoemd als VOI, omdat er eerste indicaties zijn voor een verhoogde besmettelijkheid en verminderd effect van behandeling en bestrijdingsmaatregelen. B.1.1.7+E484K is tot nu toe vier keer in de kiemsurveillance aangetroffen, in de weken 5, 7 en 9. BCO van casus 1 heeft 1 extra casus opgeleverd. B.1.525 is zeven keer in de kiemsurveillance aangetroffen in de weken 7, 8 en 9. Dit aantal is met twee naar beneden bijgesteld, omdat bij controle twee casus uit BCO naar voren waren gekomen en niet uit de aselecte steekproef. De Cal-variant is nog niet in Nederland gevonden, maar wel in twee landen in het Caribisch deel van het Koninkrijk.

De afgelopen week maakte de Franse overheid bekend dat er een tot dan toe onbekende variant is aangetroffen bij 9 personen in Bretagne. De variant wordt 20C/H655Y genoemd in het 'Nextstrain nomenclature'-systeem. Reden voor de waarschuwing was dat er aanwijzingen zijn dat deze variant soms niet gedetecteerd wordt in neuswatten. Van een vermoedelijk ziekenhuiscluster met 79 patiënten met een ernstige verdenking op COVID-19, waren 40 patiënten negatief voor coronavirus RNA met RT-PCR op een neuswat, terwijl er bij hen vroege antistoffen gedetecteerd werden. In 7 gevallen werd de nieuwe variant wel aangetroffen in monsters vanuit de lage luchtwegen. In 2 casus was genoeg virus aanwezig in de neuswat om te sequencen. Indien deze variant inderdaad voornamelijk de lage luchtwegen infecteert, is de verwachting dat deze variant alleen in bijzondere settingen met specifieke risicofactoren, zoals bijvoorbeeld in ziekenhuisomgeving, overgedragen wordt. Meer onderzoek is gaande. Deze variant is nog niet in Nederland aangetroffen.

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

C. Adviezen

Maatregelen conform routekaart

In de brief aan de Tweede Kamer van 8 maart jl. heeft het kabinet de epidemiologische voorwaarden benoemd waaronder versoepelingen op 23 maart aan de orde kunnen zijn:

- *de R-waarde is rond de 1 gebleven, waarmee sprake is van een stabiele bezetting van ziekenhuizen en IC's, of*
- *indien de bezetting van de ziekenhuizen en IC's is toegenomen, ligt de R-waarde weer aantoonbaar onder de 1.*

<u>Maatregelen conform routekaart</u>
Het kabinet heeft 8 maart besloten de lockdown te verlengen tot en met 30 maart 2021. Het kabinet zal op 23 maart besluiten over het maatregenpakket vanaf 31 maart 2021. Ik verzoek u mij te adviseren over het effect van het geldende maatregelenpakket, inclusief avondklok en bezoekbeperking.

De huidige regeling inzake de avondklok loopt af op 31 maart 2021 om 04.30 uur. Het kabinet zal deze zelfstandige maatregel op 23 maart heroverwegen. In dat kader verzoek ik u mij separaat te adviseren over het effect van de avondklok. Daarnaast verzoek ik u mij te adviseren over het effect van een versoepeling van de bezoekbeperking waarbij mensen in plaats van 1 persoon, 2 personen thuis mogen ontvangen. Zijn er nieuwe (internationale) inzichten over de bijdrage van deze individuele maatregelen aan het bestrijden van de epidemie.

Ten aanzien van de voorwaarden waaronder versoepelingen op 23 maart aan de orde zouden kunnen zijn, zoals benoemd in de brief aan de Tweede Kamer, is duidelijk dat hieraan niet voldaan wordt. Immers, er is sprake van een toename van het aantal besmettelijke personen, tot meer dan 100.000, een lichte verhoging van de ziekenhuis- en IC-bedbezetting, en een reproductiegetal dat met 1,13 ruim boven de 1 is gekomen. Conform deze gegevens adviseert het OMT dan ook om geen versoepelingen door te voeren op 23 maart.

In de beoordeling van het OMT draagt de avondklok en de bezoekbeperking thuis tot 1 persoon significant bij aan het verlagen van de Rt met naar schatting zo'n 10 procent. Deze maatregelen zijn gelijktijdig ingegaan, en het is niet mogelijk het effect van de afzonderlijke maatregelen nauwkeurig te schatten. Naar verwachting zou zonder deze maatregelen het aantal meldingen en ziekenhuis- en IC-opnames inmiddels beduidend hoger liggen, vanwege een circa 10 percent hogere Rt.
De eerder geprognosticeerde toename van ziekenhuis- en IC-opnames blijft enigszins achter, of is naar achteren vertraagd, al passen de ziekenhuis- en IC-bezetting ruim binnen de aangegeven onzekerheidsmarges. Tegelijkertijd wordt er momenteel een aanzienlijke stijging van de meldingen waargenomen in de jonge leeftijdsgroepen; naar verwachting zal die op den duur leiden tot een toename van gevallen in de volwassen en oudere (nog niet gevaccineerde) leeftijdsgroepen; met enige vertraging zal dit vertaald worden naar meer ziekenhuis – en IC-opnames. Ook in de ons omringende landen wordt een dergelijke toename van meldingen gezien.

Kan het OMT aanvullend, gegeven de huidige R waarde en de bezetting van ziekenhuis en IC, aangeven of beperkte versoepelingen (zoals verwoord in de routekaart) aan de orde kunnen zijn.
Het gaat dan om:
a. *Hoger onderwijs maximaal 1 dag per week fysiek onderwijs onder voorwaarden van het hanteren van de 1,5m afstandsnorm en overige RIVM-richtlijnen.*
b. *Detailhandel - openstelling winkels en warenmarkten (inclusief non-food), onder voorwaarden van 1,5 meter, max aantal 1 per 25m2, van 9-18 uur, klant komt alleen, hoogstnodig personeel:*
c. *Heropening buitenterrassen van eet- en drinkgelegenheden, exclusief sportkantines, onder voorwaarden maximaal 50 personen, 2 per tafel, triage, registratie, placering en mondkapje voor toiletbezoek en garderobe.*

Ziet het OMT, op basis van het actuele epidemiologisch beeld t.a.v. kinderen, mede op basis van de recente ervaringen met heropening van scholen, kinderdagverblijven, zwaarwegende bezwaren tegen heropening van de BSO? Ook met het oog op het maatschappelijke belang van de BSO.

Gezien het voorgaande, een Rt van 1,13 significant boven de 1, en die ook de afgelopen weken doorgaans boven de 1 lag, wordt niet voldaan aan de epidemiologische voorwaarden waaronder versoepelingen van maatregelen op 23 maart aan de orde kunnen zijn. Dit geldt ook voor de hierboven genoemde aanpassingen van maatregelen. Daarnaast adviseert het OMT om de avondklok te verlengen en ook de bezoekbeperking thuis in stand te houden, en het epidemiologisch beeld de komende week/weken nauwgezet te volgen. Mocht er de komende tijd ruimte voor versoepelingen ontstaan, dan zal het OMT niet schromen hier ook tussentijds een advies over uit te brengen.

Het OMT benadrukt het belang van doorgaande vaccinatie bij 60-plussers om de belasting van de zorg zoveel mogelijk te beperken.

Samenvattend is het OMT zeer terughoudend voor wat betreft eventuele versoepelingen, ook al worden die uitgevoerd met de nodige maatregelen om overdracht van het virus tegen te gaan. De in de adviesaanvraag genoemde opties a, b en c zijn doorgerekend. De effecten van deze versoepelingen blijken wat betreft hun impact af te hangen van de werkzaamheid van vaccinatie om overdracht van het virus tegen te gaan, iets waarover de kennis nog ontbreekt. Mocht het kabinet desondanks tot versoepelingen over willen gaan, dan legt het OMT de prioriteit bij optie a, het openstellen hoger onderwijs voor 1 dag per week fysiek onderwijs, indien daarbij naast de algemene maatregelen en het generieke kader, ook frequent preventief wordt getest. Deze prioriteit komt voort uit de uitkomsten van de modellering, het belang van onderwijs voor adolescenten en jongvolwassenen en uit het feit dat in deze settingen goede controle mogelijk is op de te nemen maatregelen door de onderwijsaanbieders. Voor de opties b en c laten de epidemiologische voorwaarden helaas geen ruimte. Wat betreft heropenen van BSO is essentieel dat de ouders dit niet als een mogelijkheid zien om naar het werk te gaan en niet langer thuis te werken.

Maatregelen voor gevaccineerde thuiswonende ouderen en bewoners van instellingen voor langdurige zorg.

Adviesaanvraag VWS:
Het vaccineren van de bewoners van verpleeghuizen resp. instellingen voor gehandicaptenzorg en van ouderen thuis vordert gestaag. Daarom ontvangen wij graag een samenhangend advies over de mogelijkheden om Covid-maatregelen voor deze doelgroepen op verantwoorde wijze te versoepelen. Het gaat zowel om de algemeen geldende maatregelen als maatregelen meer specifiek gericht op deze doelgroepen.

In de bijlage is onder andere aangegeven op welke terreinen behoefte bestaat aan duidelijkheid over versoepeling bij de doelgroepen, bewoners van verpleeghuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg en thuiswonende ouderen.

Het OMT-advies over maatregelen voor gevaccineerde thuiswonende ouderen en bewoners van instellingen voor langdurige zorg wordt momenteel door een kleinere OMT-werkgroep voorbereid. Het conceptadvies wordt volgende week in het OMT besproken, waarna ik u zal berichten.

Reizen

Adviesaanvraag VWS:
Het kabinet is in lijn met de OMT-adviezen van plan om verplichte quarantaine in te voeren voor reizigers uit hoogrisicogebieden volgens de risico-inschatting van het RIVM (landen binnen de EU) en veilige landenlijst van de EU (landen buiten de EU). Het kabinet wil graag weten of deze maatregel de ruimte geeft om andere maatregelen voor reizigers los te laten. In dat licht stel ik u de volgende vragen:

1. *Als de volgende maatregelen gelden voor reizigers uit hoogrisicogebieden, zijn epidemiologische risico's van reizen van en naar deze gebieden dan voldoende gemitigeerd?*
    a. *Verplichte quarantaine van tien dagen voor alle reizigers die terugkomen uit een hoogrisicogebied, met de mogelijkheid deze te beëindigen met negatieve uitslag van een test afgenomen na vijf dagen.*

b. *Verplichte negatieve NAAT/PCR-testuitslag uiterlijk 72 uur voor aankomst in Nederland afgenomen, voor alle reizigers die terugkeren uit hoogrisicogebieden, ook automobilisten.*
c. *Antigeentestverplichting (naast NAAT-testverplichting) alleen voor passagiers uit hoogrisicogebieden waar de epidemiologische situatie bijzonder zorgelijk is, bijvoorbeeld vanwege daar aangetroffen zorgwekkende varianten. Hier volgt het kabinet dan het advies van het RIVM.*
d. *Alleen vlieg- en aanmeerverboden (zie toelichting in bijlage 3) als de epidemiologische situatie in een land bijzonder zorgelijk is volgens het RIVM. Er zijn weinig Europese landen waar nog vliegverboden van kracht zijn. Deze landen hebben t.a.v. Zuid-Amerika alleen een vliegverbod voor Brazilië. Kunt u aangeven of het gezien de huidige situatie Zuid-Amerika en Zuid-Afrika noodzakelijk is om vliegverboden voor de individuele landen te handhaven en daarbij bijzondere aandacht geven aan Suriname?*

2. *In hoeverre geeft de epidemiologische situatie in het binnen- en buitenland aanleiding om het advies 'Blijf in Nederland', dat geldt tot 15 april, te verlengen tot medio mei?*

Het OMT blijft bij haar mening dat de import van nieuwe mutantvirussen – en zeker de door de WHO als VOC geclassificeerde coronavirussen – zoveel als mogelijk moet worden tegengegaan. Dit kan door ervoor te zorgen dat men tijdens en na de reis anderen niet besmet, totdat vast staat dat men zo'n virus niet bij zich draagt. Een combinatie van het negatief testen voorafgaande aan de reis, en een quarantaineperiode na de reis kan hier zorg voor dragen.

Quarantaine na aankomst in Nederland is een effectief middel om verspreiding vanuit een geïmporteerd geval te voorkomen. De effectiviteit is afhankelijk van de mate van naleving van deze maatregel. Er dient dus te worden toegezien op het naleven van deze verplichting, en het bieden van ondersteuning aan mensen die zich niet aan deze regel lijken te kunnen houden. Een en ander vereist een monitoringsysteem.

Testen voor vertrek naar Nederland vermindert het risico op import en op transmissie tijdens de reis. De testen dienen zo kort mogelijk voor vertrek te worden afgenomen, waarbij de voorkeur uitgaat naar een combinatie van een NAAT-test en een antigeensneltest kort voor vertrek. Op dit moment worden twee testen vereist voor vertrek naar Nederland. Indien de voorkeur uitgaat naar het vereisen van één test dan zou een test met een hoge sensitiviteit het meest aangewezen zijn, maar een NAAT-test vlak voor vertrek is niet altijd mogelijk. Een test met een lagere sensitiviteit (antigeensneltest) vlak voor vertrek heeft dan de voorkeur, maar ook dit blijkt vaak moeilijk realiseerbaar. Alleen een NAAT-test voor vertrek is voldoende effectief als de maximale afnametermijn voor aankomst in Nederland kan worden teruggebracht naar 48 uur. Dit beperkt dan ook de kans dat iemand, die aanvankelijk negatief test, alsnog besmettelijk wordt tijdens de reis. Als de maximale termijn voor de afname van de NAAT-test niet teruggebracht kan worden tot minder dan 48 uur voor aankomst in Nederland dan wordt geadviseerd om de eis voor een antigeensneltest voor vertrek te handhaven. Als het alleen mogelijk is een antigeensneltest uit te voeren voor vertrek, zou de NAAT test bij aankomst in Nederland afgenomen moeten worden; een negatief resultaat laat dan overigens onverlet dat men in quarantaine gaat.

Om import van VOC's te voorkomen uit landen met een aanzienlijk hogere incidentie daarvan dan in Nederland, is het OMT voorts van mening dat de huidige vliegverboden gehandhaafd dienen te blijven, zolang de VOC's hier weinig

voorkomen. Dit beleid kan heroverwogen worden als de verplichte quarantaine nageleefd wordt.

Het OMT adviseert om niet buiten Nederland te reizen zolang: 1. quarantaine na terug- of aankomst in Nederland niet strikt wordt nageleefd, 2. de bescherming van kwetsbare groepen tegen COVID-19 door vaccinatie nog onvoldoende op niveau is, en 3. de situatie in de landen waarnaar en waarvan gereisd wordt niet onder controle (dalende incidentie, Rt onder de 1) is. Het OMT adviseert daarom, op basis van bovenstaande inhoudelijke argumenten, om het advies 'Blijf in Nederland' te verlengen tot minimaal medio mei.

Indicatoren voor het inschalen van de veiligheidsregio's en voor het verlichten van maatregelen

Adviesaanvraag VWS
In het advies naar aanleiding van o.a. het 88ste en 98ste OMT, is het OMT al ingegaan op de inschalingssystematiek. Het OMT heeft eerder geadviseerd om met een groter aantal (hoofd)indicatoren te werken en pas af te schalen indien niveau 1 "waakzaam" is bereikt. Vanwege de wens de systematiek zo transparant en communiceerbaar mogelijk maken en om al tussentijds perspectief te bieden, heeft het kabinet echter besloten om voor de inschaling slechts twee indicatoren te gebruiken en de inschaling niet direct aan maatregelen te koppelen.
Het gaat om de volgende twee indicatoren op basis waarvan de regio's worden ingeschaald: (1) het aantal positieve testen per 100.000 inwoners per week in een regio; en (2) het aantal ziekenhuisopnamen per 1 miljoen inwoners per week in een regio.
In uw 104e OMT-advies heeft u aangegeven hierop in een volgend advies te zullen terugkomen. Ter volledigheid gaat het om de volgende vraag: Kunt u aangeven of en in hoeverre de grenswaarden van deze twee hoofdindicatoren nog een juist beeld geven van de ernst van de situatie in de regio's (in relatie tot de druk op de zorg en het beschermen van mensen met een kwetsbare gezondheid), gegeven veranderende epidemiologische omstandigheden (zoals de testbereidheid, het testbeleid, de huidige vaccinatiegraad, de opkomst van mutanten en/of andere factoren die van invloed zijn op de testuitslagen en/of ziekenhuisopnamen)?

Inderdaad laten recente epidemiologische data een verschuiving zien in de onderlinge verhouding tussen het aantal meldingen, de ziekenhuisopnames, en de IC-opnames. De oorzaak hiervan kan velerlei zijn en is nog niet duidelijk. Bijvoorbeeld, veranderingen in testbeleid (onder andere voor kinderen onder de 13 jaar en voor contacten) en een veranderende testbereidheid over de tijd bieden een gedeeltelijke verklaring. Ook een toename van het aandeel van nieuwe variantvirussen gecombineerd met een ernstiger beloop van de infectie (waardoor naar rato meer ziekenhuisopnames) kan een rol spelen. En we verwachten hier op termijn ook de effecten van vaccinatie en het toenemend aantal personen immuun na doorgemaakte infectie, in te gaan zien. Ook kunnen regio's verschillen in bovenbeschreven dynamiek, bijvoorbeeld omdat huisartsen soms een deel van de ziekenhuiszorg op zich nemen door thuisbehandeling met zuurstof en geneesmiddelen. Op termijn zal het nodig blijken om de grenswaarden van de twee hoofdindicatoren aan te passen op basis van al deze veranderingen. Het OMT adviseert hiermee te wachten tot het beeld van deze verhoudingen enigszins gestabiliseerd is. Het OMT adviseert daarom de grenswaarden voorlopig op het huidige niveaus te handhaven.

Het OMT geeft mee dat de 'semi-automatische' inschaling van regio's op het dashboard op basis van de twee gekozen opschalingsindicatoren (incidentie en ziekenhuisopnames) op dit moment in de epidemie misschien niet heel zinvol is.

Immers, het afschalen zonder dat het gepaard gaat met aanpassingen van maatregelen kan onduidelijkheid geven waar duidelijkheid gewenst is.

Adviesaanvraag VWS
De indicatoren die richtinggevend zijn bij het verlichten van maatregelen in het hele land:
Het aantal ziekenhuisopnames (gedurende een periode van 14 dagen onder een bepaalde grenswaarde per niveau in de routekaart)
Het aantal IC-opnames (gedurende een periode van 14 dagen onder een bepaalde grenswaarde per niveau in de routekaart)
Het reproductiegetal (gedurende een periode van 14 dagen kleiner dan 1,0)

Daarnaast worden in de besluitvorming epidemiologische contextindicatoren meegewogen, positieve testuitslagen, bezette bedden, besmettingen onder kwetsbare groepen, overlijdens, vaccinatiegraad, VOC's, de druk op BCO, naleving en informatie op sociaalmaatschappelijk en economisch terrein.

Kunt u aangeven of en in hoeverre de grenswaarden van de richtinggevende indicatoren nog passend zijn (in relatie tot de druk op de zorg en het beschermen van mensen met een kwetsbare gezondheid), gegeven veranderende epidemiologische omstandigheden (zoals de testbereidheid, het testbeleid, de huidige vaccinatiegraad, de opkomst van mutanten en/of andere factoren die van invloed zijn op de testuitslagen en/of ziekenhuisopnamen)?

De hoofdindicatoren voor afschaling, de-escalatie, samen met de voorgestelde contextindicatoren, geven een redelijk compleet beeld van de epidemie, zodat verantwoorde keuzes gemaakt kunnen worden over het al dan niet afschalen van maatregelen op basis van het bereiken van de grenswaarden. Wel zit er in al deze parameters een belangrijke dynamiek. Ondanks de te verwachten verschuivingen hierin, met effect op de epidemie, adviseert het OMT om ook de grenswaarden voor deze indicatoren voorlopig te handhaven op het huidige niveau, ook om niet elke week met correcties hierop te moeten komen.

Het OMT wil daarnaast benadrukken dat bij het beoordelen van de contextindicatoren, de indicator voor bedbezetting essentieel is. Immers, zodra de bedbezetting te hoog dreigt te worden, moet tijdig en proactief gereageerd kunnen worden vanwege de vertraging tussen besmettingen, klachten, testen, meldingen en ziekenhuisopnames. Het OMT verwijst hierbij ook naar het verder te ontwikkelen nomogram, dat kan helpen in de beoordeling van de restcapaciteit (of gebrek daarvan) in de zorg, bij het in- of afschalen van maatregelen.

Nader advies over testen en de rol als 'bewijs van doorgemaakte infectie'

Het kabinet zou eventueel –naast een bewijs van een recent negatief testresultaat- een bewijs van een doorgemaakte COVID-19-besmetting willen accepteren als toegangsbewijs. Is het restrisico op transmissie die er nog is na een doorgemaakte COVID-19-infectie, vergelijkbaar met het risico op een vals-negatieve antigeentest (die we ook zullen gebruiken voor het toegangstesten)?

Uit onderzoek is gebleken dat in de periode van november 2020 tot en met februari 2021 in totaal 5348 meldingen bij het RIVM van een mogelijke tweede (her-) infecties zijn binnengekomen; dit betreft 0,7% van alle meldingen in deze periode. Hier is niet aangegeven hoe vaak dit her-infecties met of zonder symptomen betrof.
Tegelijkertijd lijkt bij 94% van de mensen tot 6 maanden na infectie, antistoffen aantoonbaar te zijn met serologie. De specificiteit van een serologische test is ongeveer 98%. Betreffende negatieve testenuitslagen: een antigeentest heeft een sensitiviteit van 85-90%.

Het kabinet zou op basis van bovengenoemde getallen graag een kansberekening zien van de volgende 3 situaties:

a. *Wat is de kans dat iemand voor de 2-de keer besmet en besmettelijk is maar toch toegang zou krijgen tot een sociale bijeenkomst na: 1) triage op symptomen bij de deur en dus geen symptomen heeft) en 2) een aantoonbaar bewijs heeft van een doorgemaakte infectie minder dan 6 maanden geleden d.m.v. een positieve test?*
b. *Wat is de kans dat iemand voor de 2-de keer besmet en besmettelijk is maar toch toegang zou krijgen tot een sociale bijeenkomst na: 1) triage op symptomen bij de deur en dus geen symptomen heeft en 2) een aantoonbaar bewijs heeft van een doorgemaakte infectie minder dan 6 maanden geleden d.m.v. de aanwezigheid van antistoffen?*
c. *Wat is de kans dat iemand voor de 1-ste keer besmet en besmettelijk is maar toch toegang zou krijgen tot een sociale bijeenkomst na: 1) triage op symptomen bij de deur en dus geen symptomen heeft en 2) een aantoonbaar negatief testresultaat heeft van een antigeen test van max. 48 uur oud?*

Kan het OMT aangeven hoe deze risico's ten opzichte van elkaar gewogen moeten worden in het besef dat geen enkel type toegangsbewijs gebaseerd kan zijn op een 100% effectieve test.
Weegt het OMT de risico's van het gebruik van eerste twee typen toegangsbewijs grondslagen, zoals bedoelt onder a) en b) anders, omdat hiermee het totale volume van beschikbare toegangsbewijzen te snel zeer groot zou kunnen worden en daarmee het opgetelde restrisico eveneens? Zou dit kwantitatieve bezwaar, dat zich dus niet baseert op het individuele verschil in risico per type grondslag, weg te nemen zijn door het aantal per dag te benutten toegangstestbewijzen te maximeren via bijvoorbeeld de aantallen daarvoor opengestelde evenementen?

In afwachting van verdere kennis hierover kan het OMT op al deze gedetailleerde vragen alleen een kwalitatieve uitspraak doen.
Allereerst, de voorspellende positieve en negatieve waarde van een test is niet alleen afhankelijk van de testeigenschappen, maar ook van de prevalentie van het SARS-CoV-2. Bij een lage prevalentie kunnen er relatief meer fout-positieve uitslagen zijn, die dan ten onrechte voor langere tijd aangemerkt zouden kunnen worden als bewijs van een recente infectie, met alle mogelijke gevolgen van dien. Verschillen in specificiteit en sensitiviteit tussen een moleculaire test, aan antigeensneltest en bijvoorbeeld een e-nose-test vertalen zich dan in de kans op een fout-positieve en fout-negatieve uitslag. En niet alleen de prevalentie van besmettelijke personen in het algemeen speelt hier, maar voor veel gelegenheden zal er met een leeftijdscohort-gespecificeerde prevalentie moeten worden gerekend. En dan wordt het snel complex: de kansen kunnen klein zijn, maar in specifieke groepen ook weer aanzienlijk.

Wat betreft de triage speelt het onderscheid tussen asymptomatische personen die het SARS-CoV-2 soms transient in de keel dragen, presymptomatische personen die in aanloop op een klinisch-manifest ziektebeeld een of twee dagen tevoren het virus al in de keel dragen en besmettelijk zijn, en de symptomatische personen, die ronduit klachten hebben. Alleen de laatste groep wordt met triage opgemerkt, en zou ongeveer voor grofweg de helft van de overdracht verantwoordelijk zijn. Maar triage kan ook een belangrijk deel van presymptomatische personen opmerken, bijvoorbeeld omdat een deel uit een huishouden komt waarin al een geval is vastgesteld. Deze personen zouden eigenlijk thuis in quarantaine moeten, maar dat gebeurt lang niet altijd. Het is dan ook de vraag of dit altijd gemeld zal worden indien in een vraag opgebracht.

Bij een negatief geteste persoon is de uitslag slechts 24 uur geldig. Ook is de invloed van de varianten lastig te kwantificeren, omdat niet duidelijk is of deze de kans op her-infectie en daarmee op besmetting van niet beschermde personen zou vergroten. Ook is met een enkelvoudige positieve serologische test –

waarvan voor SARS-CoV-2 nog geen goede zogenaamde 'correlates of protection' zijn – geen uitspraak te doen wanneer de infectie bij benadering is geweest en is ook, mede in het licht van de varianten, niet duidelijk welke proportie personen met een enkelvoudige serologische test daadwerkelijk beschermd is tegen her-infectie. Overigens is duidelijk dat niet iedereen na een (a-)symptomatische infectie antistoffen aanmaakt; de mate waarin dat wel of niet gebeurt en bij welk bijbehorend klinisch beeld is nog niet voldoende duidelijk. 'Last but not least' zijn uiteraard ook de vigerende maatregelen (met beoogd effect op bron, collectief en individueel niveau) ten tijde van de activiteiten waarvoor een toegangsbewijs wordt verleend van invloed.
Al met al zou een gekwantificeerd antwoord op basis van de vele onzekerheden schijnzekerheid geven. En overigens blijft het OMT van mening dat een goede opvolging van het algemene maatregelenpakket essentieel blijft. De kernboodschap over het belang van de bron (bijv. als je klachten hebt, blijf thuis en test) en collectieve maatregelen (bijv. houd afstand, vermijd drukte en strikte hygiëne) staat onverminderd. Het OMT is van mening dat het blijvend aandacht geven aan de basisregels en het je laten testen bij klachten, essentieel bijdraagt aan het naar beneden brengen en houden van het reproductiegetal.

In het verlengde van deze vragen, uit het OMT, gezien de huidige epidemiologische context met stijgende aantallen besmettingen, haar zorg over de circa 100 geplande evenementen die op zeer korte termijn doorgang zullen vinden om met toegangstesten te experimenteren. Het OMT zou graag zien dat de ervaringen en de follow-up van de eerste evenementen hier goed in worden meegenomen. Ook vraagt het OMT dat bij de pilots met preventief testen binnen het wetenschappelijk en hoger onderwijs de desbetreffende GGD'en worden betrokken vanuit het belang van een zorgvuldig BCO.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

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