



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 26 april 2021
Onderwerp Advies n.a.v. 110e OMT

Ons kenmerk
0072/2021 LCI/JvD/at/sf

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

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 23 april 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), verschillende experts (internist-infectioloog, viroloog, epidemioloog, arts-microbioloog, een regionaal arts-consulent, ouderengeneeskundige, arts 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 22 april 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

Datum

26 april 2021

Ons kenmerk

0072/2021 LCI/JvD/at/sf

Achtergrond

Op 27 februari 2020 werd de eerste patiënt met COVID-19 in Nederland gediagnosticeerd. Tot 22 april 2021 zijn er wereldwijd 141.805.956 patiënten met COVID-19 gemeld, van wie 29.441.874 in de EU/EEA. Wereldwijd zijn er 3.026.902 patiënten overleden, van wie 662.622 in de EU/EEA (Bron: ECDC). Tot 22 april zijn er in Nederland 1.435.854 meldingen gedaan van personen die positief getest zijn voor SARS-CoV-2, van wie 17.002 als overleden zijn gemeld (bron: RIVM). Tot 22 april 2021 werden in totaal 57.838 personen opgenomen in het ziekenhuis (bron: Stichting NICE).

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.

Adviesvraag VWS: Wat is het algemene beeld van de epidemiologische situatie en de ontwikkeling van de R? Wat is uw verwachting voor de komende weken, gegeven de ontwikkeling van de vaccinatiegraad? Kunt u daarbij ook ingaan op de verwachtingen ten aanzien van andere virusvarianten?

Epidemiologische situatie

In de afgelopen week (16-22 april) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen met 13% toegenomen, in vergelijking met de week ervoor. Het aantal testen bij de GGD-testlocaties in de periode 14-20 april was vergelijkbaar (+1%) met de 7 dagen ervoor; het percentage positieve testen steeg van 9,9% naar 10,4%.

Landelijk werden in de afgelopen week 325 personen per 100.000 inwoners positief getest voor SARS-CoV-2, de week ervoor was dit aantal 292. Alle regio's meldden afgelopen week meer dan 150 positief geteste personen per 100.000 inwoners, waarvan 20 regio's tussen de 250-350, en 1 regio boven de 450 (te weten 497/100.000 inwoners in de regio Zuid-Holland Zuid). Een toename van het aantal meldingen per 100.000 inwoners in de afgelopen kalenderweek was vooral te zien bij alle leeftijdsgroepen onder de 60 jaar (259 bij kinderen 0-12 jaar en tussen de 336 en 481 bij de leeftijdsgroepen 13-59 jaar). Bij de leeftijdsgroepen 60-69 jaar (214) en 70-79 jaar (162) was het aantal meldingen redelijk stabiel en in de leeftijdsgroep vanaf 80 jaar verder dalend (73).

In de Infectieradar daalt het percentage deelnemers met COVID-19-achtige klachten bij personen waarbij de klachten niet worden toegeschreven aan hooikoorts. Van de 8% deelnemers aan de Infectieradar die in de afgelopen kalenderweek getest zijn, had 15% (ook) een zelftest gedaan. Van de deelnemers die een zelftest hadden gedaan, had 22% tenminste 1 klacht ontwikkeld die veroorzaakt kan worden door een SARS-CoV-2-infectie, in de week voor invullen van de wekelijkse vragenlijst.

De ziekenhuis- en IC-data van de stichting NICE en van de LCPS laten een afvlakking zien van de ziekenhuisopnames en IC-opnames. Op basis van de NICE-data nam het gemiddeld aantal nieuwe opnames (zowel totaal als op de IC) licht af (maar nog duidelijk minder dan 10% op basis van data van 13-19 april). Op basis van de LCPS-data, die 3 dagen meer recent zijn, nam het gemiddeld aantal opnames op weekniveau (zowel totaal als op de IC) echter licht toe. De bezetting op zowel de verpleegafdelingen en de IC nam toe.

Bij zowel positief geteste personen (bron: Osiris) als bij positief geteste en in het ziekenhuis opgenomen personen (bron: NICE) is een verschuiving zichtbaar naar jongere leeftijdsgroepen. Bij op de IC opgenomen positief geteste personen (bron: NICE) is die verschuiving minimaal, met een daling van de mediane leeftijd met circa 2 jaar sinds de tweede golf. Het aandeel van in het ziekenhuis opgenomen personen dat vervolgens op de IC wordt opgenomen, is licht toegenomen sinds eind februari.

Datum

26 april 2021

Ons kenmerk

0072/2021 LCI/JvD/at/sf

Medio april is er lichte oversterfte geconstateerd van ongeveer 200 personen op weekbasis. Net als vorige week vindt de oversterfte alleen plaats onder personen die géén gebruik maken van de Wet langdurige zorg (grotendeels de bewoners van instellingen) en was de sterfte vooral verhoogd bij de groep 65-79 jaar (bron: CBS). De sterfte was licht verhoogd in de leeftijdsgroep 45-54, en verhoogd in 55-64, 64-74, en 75-79 jaar (bron: RIVM). De verhoogde sterfte in de eerste helft van april is een indicatie van de toegenomen transmissie van het SARS-CoV-2-virus in de afgelopen periode.

Het aantal nieuwe instellingslocaties voor ouderen en gehandicaptenzorg met COVID-19 is stabiel op een laag niveau, het aantal bewoners met een COVID-19-diagnose is ook op een laag niveau. Dat is ook zichtbaar in de sterke afname van het aantal meldingen bij verpleeghuisbewoners in vergelijking met het aantal meldingen bij de nog niet-gevacceerde thuiswonende ouderen.

Op basis van de gepresenteerde gegevens constateert het OMT dat de registratie van de vaccinatiestatus van bewoners in instellingen die gemeld worden conform de Wet Publieke Gezondheid, na een positieve test verre van volledig is. Zo was de vaccinatiestatus onbekend aangegeven bij 36% van de meldingen betreffende bewoners in instellingen in de maand maart, vergeleken met 6% van alle meldingen. Het OMT uit haar zorgen over de onvolledige doorgifte van deze gegevens aan de GGD, waarvoor reeds een wettelijke basis bestaat, vastgelegd in de bovengenoemde wet. Immers, compleetheid van deze gegevens is essentieel voor het signaleren en bewaken van (mogelijke) gevallen van vaccinfalen en dus van de effectiviteit van de vaccinatie.

De landelijke vaccinatiegegevens, nodig voor het bijhouden van de voortgang van de vaccinatiecampagne en het monitoren van de effecten daarvan op de epidemiologie van COVID-19, worden herleid uit twee registraties. Het eerste betreft het CIMS, een landelijk register met persoons- en vaccinatiegegevens van personen die toestemming hebben gegeven aan de toediener om deze gegevens met het RIVM te delen. Het tweede registratiesysteem omvat slechts minimale procesinformatie waarin geanonimiseerde informatie wordt opgenomen voor personen die geen toestemming geven voor opname van hun persoonsgegevens.

Gegevens uit het landelijke vaccinatieregister CIMS laten zien dat dit register, dat door maar liefst 28 systemen gevoed wordt, nog niet volledig gevuld is. Momenteel wordt het totaal aantal toegediende vaccinaties geschat op basis van uitgereden vaccins. CIMS is naar schatting nu voor 70% compleet in vergelijking met het totaal aantal gezette vaccinaties; dit percentage bedraagt meer dan 90% voor door de GGD gezette vaccinaties en aanzienlijk minder voor de vaccinaties gezet door andere partijen. Het OMT roept alle partijen met klem op om de benodigde gegevens voor het landelijk vaccinatieregister CIMS aan te leveren. Anonieme informatie over het aantal gezette vaccinaties bij mensen die geen toestemming gaven voor doorgifte van hun informatie aan het RIVM voor opname in CIMS is nog minder compleet.

Op basis van informatie van de GGD'en blijkt circa 92% van de aldaar gevaccineerde personen toestemming te hebben verleend voor opname van hun gegevens in CIMS. Voor personen gevaccineerd door huisartsen en in instellingen is dit percentage momenteel onbekend, omdat de aanlevering van de gegevens niet compleet is. Dat de vaccinatiegegevens nog niet compleet en tijdig aan het CIMS aangeleverd wordt bemoeilijkt de monitoring, evaluatie, en bijsturing van het vaccinatieprogramma, terwijl juist een betrouwbaar zicht op de vaccinatiegraad en vaccineffectiviteit naar bijvoorbeeld regio en leeftijd essentieel is. Maar ook om de incidentie van (vermeende) bijwerkingen goed te kunnen monitoren, evenals voor veiligheidssignalering en benodigde acties hieromtrent, is een compleet gevuld landelijk vaccinatieregister noodzakelijk. Het OMT adviseert om te onderzoeken hoe een volledig COVID-19-vaccinatieregister snel geëffectueerd kan worden, zoals dit ook in andere Europese landen is gerealiseerd, en roept daartoe alle betrokken partijen op gegevens aan te leveren.

Datum

26 april 2021

Ons kenmerk

0072/2021 LCI/JvD/at/sf

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 8 april op basis van Osiris-meldingen: 1.03 (1.01 - 1.05) besmettingen per geval. Dit is een iets hogere waarde dan die vorige week werd gerapporteerd. Het reproductiegetal wordt ook op basis van andere gegevensbronnen, zoals het aantal nieuwe ziekenhuisopnames en IC-opnames per dag, berekend. De schattingen op basis van deze bronnen, die veel minder gegevens bevatten, kennen een aanzienlijk grotere onzekerheid. Het reproductiegetal op basis van ziekenhuisgegevens (1.03 (0.90 - 1.16)) en op basis van IC (1.02 (0.75 - 1.33)) liggen ook net iets boven de 1. Door een (inmiddels weer opgeloste) storing in het platform voor kiemsurveillance wordt er deze week geen R-waarde voor afzonderlijke varianten gerapporteerd. Wel weten we dat de epidemiologie vrijwel geheel bepaald wordt door de Britse virusvariant waarvan de R-waarde de afgelopen weken steeds iets boven de 1.0 gelegen was.

De nieuwe ziekenhuis- en IC-opnames laten een grote dag-tot-dag-spreiding zien, maar het beeld is consistent met de prognose van vorige week. De prognoses op korte termijn, waar ook opgebouwde immuniteit door doorgemaakte infectie of vaccinatie in wordt meegenomen, hebben nog brede onzekerheidsmarges. Prognoses waarbij de piek in de opnames inmiddels bereikt is, worden waarschijnlijker, maar er zijn ook simulaties waarin de piek later bereikt wordt en in dat geval is de piek ook hoger. In tegenstelling tot wat geldt voor de opnames, is de piek in de IC- en ziekenhuisbezetting nog niet bereikt. Deze situatie is zorgelijk omdat in diverse ziekenhuizen de IC maximaal is opgeschaald.

De epidemie lijkt een nieuwe fase in te gaan, waarbij de verwachting is dat het aantal nieuwe gevallen zal afnemen door een combinatie van bestaande maatregelen én van toenemende immuniteit (na doorgemaakte infectie of vaccinatie). Net als in de vorige brief, merkt het OMT op dat de onzekerheid groot is en dat de prognoses afhankelijk zijn van een aantal factoren onderliggend aan de modellering, te weten: de grootte en realisatie van een seizoenseffect, de naleving van de huidige maatregelen, de uitvoering van het vaccinatieprogramma conform de planning, een hoge vaccinatiebereidheid (85%), vaccins die werken tegen transmissie en tegen alle varianten én langdurige immuniteit na het doormaken van de infectie of na vaccinatie. Modellering gaat hier uit van voor de

bestrijding gunstige aannames, die evenwel nog niet zeker zijn. Mogelijke nadelige effecten van pilotevenementen zijn niet meegenomen in deze berekeningen, maar opgemerkt dient te worden dat de grootste evenementen met hoogste risico's zijn uitgesteld.

Datum

26 april 2021

Ons kenmerk

0072/2021 LCI/JvD/at/sf

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 ruim 15.500 monsters in deze aselechte steekproef gesequencet. De getallen in deze brief zijn deze week uitsluitend gebaseerd op de sequenties bepaald door het RIVM (14.954 sequenties).

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 94,9% in week 13 van 2021. Het aandeel in de monsters in week 14 is voorlopig ook 94,9% maar dit percentage zal nog aan kleine veranderingen onderhevig zijn omdat nog niet alle monsters geanalyseerd zijn.

Daarnaast is in week 13 het aandeel van de 501Y.V2 (de Zuid-Afrika variant, verder aangeduid als ZA-variant) in de kiemsurveillance 2,4%. In week 14 ligt dit percentage voorlopig op 1,7%. In totaal zijn er door het RIVM tot nu toe 296 gevallen van infectie met de ZA-variant aangetroffen in de kiemsurveillance. Het aandeel van de Braziliaanse (P.1-)variant lijkt vooralsnog enigszins te stabiliseren rond 1,0 – 2,0%. Deze variant werd tot nu toe 94 keer in de kiemsurveillance in verschillende regio's in Nederland aangetroffen.

Naast deze drie zogenaamde 'variants of concern' (VOC), heeft de WHO op 22 April 2021 zes 'variants of interest' (VOI) benoemd. In de kiemsurveillance zijn de afgelopen week voor deze varianten geen noemenswaardige veranderingen waargenomen.

Tot slot, in week 14 is twee keer de variant B.1.617.1 aangetroffen. Deze variant is sterk in opkomst in India. Belangrijke epidemiologische karakteristieken ten aanzien van besmettelijkheid, ziekmakende vermogen en mogelijk verminderde bescherming van antistoffen zijn nog onzeker en worden door internationale autoriteiten en RIVM nauwlettend in de gaten gehouden. In het addendum wordt nader ingegaan op de consequenties van de Indiase virusvarianten voor reizigers.

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

Beoordeling epidemiologische situatie

Het aantal besmettelijke personen in de bevolking is hoog, in totaal ruim 180.000 personen. Het aantal meldingen van positief geteste personen is op dit moment nog stijgende, met grote regionale verschillen, bij een reproductiegetal rond de 1. De opnames in ziekenhuis en op de IC lijken zich op of juist over een plateau te bevinden, de bezetting heeft de piek nog niet bereikt.

Het OMT beoordeelt de situatie als erg kwetsbaar op korte termijn. De voorspellingen op grond van modellering voor de langere termijn zijn niet veranderd, maar de verwachting kent een grote onzekerheidsmarges. Daarbij wordt eraan herinnerd dat de modellering wat betreft onderliggende aannames uitgaat van gunstige voorwaarden, zoals gesteld in de eerdere paragraaf.

Datum

26 april 2021

Ons kenmerk

0072/2021 LCI/JvD/at/sf

Het OMT wil benadrukken dat verder versoepelen van de maatregelen, dat is verder gaan dan Stap 1 in het heropenen van de samenleving, pas plaats kan vinden als er daadwerkelijk een afname gerealiseerd is van tenminste 10%, maar ziet die voor het nemen van volgende stappen het liefst nog groter (15%) over het lopende 7-daagsgemiddelde van het aantal nieuwe IC- en ziekenhuisopnames (definitie zoals eerder geadviseerd n.a.v. het 109^e OMT (16-4-2021)). Verder adviseert het OMT om steeds de mogelijkheid van een noodstop op de versoepelingen aan te houden, indien de situatie m.b.t. opnames op de IC ten nadele keert en er een forse toename plaatsvindt.

Vaccinatiebereidheid

Het OMT is geïnformeerd over de voorlopige resultaten van onderzoeken vanuit het RIVM (Cib en de gedragsunit) over vaccinatiebereidheid. Hieruit blijkt een aanhoudend hoge vaccinatiebereidheid die oploopt met de leeftijd. De belangrijkste redenen voor mensen om zich te vaccineren zijn de eigen bescherming, de bescherming van de naasten en een uitweg uit de crisis door het opheffen van de maatregelen. Maar er zijn ook twijfels over de effectiviteit en zorgen over bijwerkingen, een te snelle ontwikkeling van vaccins en over effecten op lange termijn. De vaccinatiebereidheid voor een vaccinatie met AstraZeneca is na de eerste vaccinatiepauze in het onderzochte panel aanzienlijk gedaald ten opzichte van de periode daarvoor, vooral in de jongere leeftijdsgroepen.

Het OMT geeft aan dat er signalen zijn over een lagere vaccinatiebereidheid bij mensen met een migratieachtergrond. Mogelijk speelt dit niet in alle regio's, maar het OMT wil benadrukken dat specifieke aandacht voor deze bevolkingsgroep belangrijk is en dat gerichte communicatie richting deze doelgroep van belang is.

Toenemende vaccinatiegraad

Adviesvraag VWS: Het ECDC heeft deze week een advies gepubliceerd over maatregelen bij volledig gevaccineerde personen. Heeft dit advies gevolgen voor de maatregelen c.q. adviezen in instellingen voor langdurige zorg, voor thuiswonende ouderen, voor BCO en voor reizen?

In het recent gepubliceerde ECDC document [Interim guidance once the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions \(europa.eu\)](#) wordt ingegaan op mogelijke versoepeling van infectiepreventiemaatregelen na volledige vaccinatie tegen COVID-19. Aan de basis van de ECDC-adviezen ligt een inschatting van het risico dat een wel of niet volledig gevaccineerde persoon besmet wordt en vervolgens ernstig ziek wordt door COVID-19. Dit risico is mede afhankelijk van de infectiedruk (aantal besmettelijk personen in de omgeving) en de leeftijd en/of kwetsbaarheid van de gevaccineerde persoon. Daarnaast wordt het risico meegewogen dat een volledig gevaccineerde persoon, die geïnficeerd is met SARS-CoV-2, iemand anders besmet en dat die persoon vervolgens ernstig ziek wordt. Op basis van deze risico-inschattingen komt ECDC tot gedifferentieerde adviezen over het loslaten van basismaatregelen (met name het afstand houden) en gebruik van mondneusmaskers bij onderlinge contacten tussen gevaccineerde en ongevaccineerde personen waarbij rekening wordt gehouden met een

verhoogd risico op ernstig beloop bij ouderen. ECDC geeft overigens duidelijk aan dat in de openbare ruimte de basismaatregelen en mondneusmaskerplicht voor iedereen blijven gelden, ongeacht de vaccinatiestatus.

Datum

26 april 2021

Ons kenmerk

0072/2021 LCI/JvD/at/sf

Het 106^e OMT heeft eind maart geadviseerd over het versoepelen van maatregelen in instellingen voor langdurige zorg en gehandicaptenzorg na volledige vaccinatie van de bewoners, zie [Versoepeling van maatregelen in instellingen voor langdurige zorg na vaccinatie tegen COVID-19 | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#). Deze adviezen zijn geheel in lijn met de hierboven genoemde ECDC-adviezen. Zo wordt expliciet vermeld dat het mogelijk is dat op de eigen kamer van een volledig gevaccineerde bewoner door een of enkele vaste bezoekers afgezien kan worden van het dragen van een mondneusmasker en het afstand houden. Deze bezoekers dienen dan bij voorkeur zelf ook volledig gevaccineerd te zijn of zich te laten testen voorafgaand aan het bezoek.

In de algemene bevolking is de vaccinatiegraad op dit moment echter nog relatief laag en de infectiedruk juist hoog. Daarom adviseert het OMT iedereen om (buiten het eigen huishouden) ongeacht de vaccinatiestatus toch 1,5 meter afstand te houden tot anderen. Dat geldt ook voor thuiswonende ouderen. Gebruik van een mondneusmasker is in de privésituatie niet nodig. Zorgmedewerkers dienen bij de huidige infectiedruk wel preventief een mondneusmasker te blijven gebruiken om te voorkomen dat zij bij verpleging, verzorging of behandeling ongemerkt hun patiënten besmetten. Het OMT merkt op dat de ECDC-adviezen uitgaan van personen met een bekende vaccinatiestatus, maar dat in Nederland de vaccinatiestatus van zorgmedewerkers niet bekend is omdat zorgmedewerkers deze niet hoeven te melden en werkgevers er niet naar mogen vragen. Dat beperkt de mogelijkheden om gericht maatregelen te versoepelen.

Met betrekking tot bron- en contactonderzoek geeft ECDC aan dat bij volledig gevaccineerde personen die worden geïdentificeerd als nauw contact van een positief geteste persoon de reguliere quarantainemaatregelen gelden. Op individuele basis kunnen gezondheidsautoriteiten daar eventueel gemotiveerd een uitzondering op maken, waarbij dan ook rekening moet worden gehouden met het risico op verdere verspreiding door de gevaccineerde persoon naar kwetsbare groepen.

Voor reizigers blijven - ongeacht de vaccinatiestatus - tijdens de reis de basismaatregelen en het verplichte gebruik van mondneusmaskers gelden. ECDC geeft in overweging om voor gevaccineerde reizigers een uitzondering te maken ten aanzien van het testbeleid voor en na de reis en/of de quarantainemaatregelen na aankomst. Het is echter noodzakelijk dat er dan eerst duidelijkheid komt over een (Europees) vaccinatiepaspoort.

Adviesvraag VWS: Hoe kijkt het OMT naar de rol en betekenis van testen en BCO in het licht van een toenemende vaccinatiegraad. Kan het OMT uitgangspunten meegeven voor het testbeleid in de verschillende sporen in de zomer, het najaar en de winter van 2021?

Deze vraag zal in een volgend OMT worden geadresseerd in combinatie met het verder vragen over het verder openen van de samenleving.

Implementatie OMT-advies over zelftesten

Het OMT is geïnformeerd over een aantal knelpunten waar de GGD'en / GGD GHOR tegenaan lopen bij de implementatie van het advies zoals geformuleerd n.a.v. het 108^e OMT (9-4-2021). Hierin adviseerde het OMT dat GGD'en meldingen van personen met een positieve zelftest aan het RIVM doorgeven en bron- en contactonderzoek verrichten, ook als geen confirmatietest in de GGD-teststraat heeft plaatsgevonden. De zelftest heeft namelijk een hoge specificiteit en door bron- en contactonderzoek blijft de GGD zicht houden op de epidemie.

Het aanpassen van de registratiesystemen van de GGD'en / GGD GHOR om het melden van positieve resultaten van zelftesten geautomatiseerd mogelijk te maken via Coronatest.nl, waarna bron- en contactonderzoek kan volgen en melding aan het RIVM kan plaatsvinden, blijkt op korte termijn niet haalbaar. Het is momenteel alleen mogelijk om personen met een positieve zelftest zonder hertest handmatig in te voeren door de regionale GGD.

Het OMT adviseert daarom voorlopig het huidige beleid te handhaven. Dat betekent dat er een hertest door de GGD wordt geadviseerd bij een positieve zelftest, m.u.v. de zelftesten die worden afgenomen bij categorie 3-contacten op scholen. Op deze manier worden positieve personen na de confirmatietest automatisch gemeld bij de GGD. Om ervoor te zorgen dat het bron- en contactonderzoek zo min mogelijk vertraging oploopt, en ook om mensen die geen hertest willen, van een adequate instructie voor bron- en contactonderzoek te voorzien, adviseert het OMT om op korte termijn een online folder of webpagina te ontwikkelen, in afwachting van de applicatie voor zelf-BCO in GGD Contact. Daarmee kan iemand die positief test met de zelftest, (alvast) zelf aan de slag om bron- en contactonderzoek uit te voeren en mogelijke contacten te waarschuwen.

Het OMT adviseert wel om de benodigde aanpassingen in de registratiesystemen in gang te zetten om het melden van positieve zelftesten in de nabije toekomst mogelijk te maken. Het OMT denkt dat het vanaf de zomer, wanneer de incidentie waarschijnlijk lager is, opportuun is om het melden van positieve zelftesten bij de GGD automatisch ingeregeld te hebben, om zicht te houden op de epidemie en om de keuze voor het al dan niet laten verrichten van een hertest, die dan belangrijker wordt vanwege de te verwachten lage prevalentie, te faciliteren.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

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

Bijlage: Addendum over reisadviezen in verband met virusvarianten, o.a. uit India

Datum

26 april 2021

Ons kenmerk

0072/2021 LCI/JvD/at/sf

Addendum

Advies ten aanzien van reizen naar India

Datum

26 april 2021

Ons kenmerk

0072/2021 LCI/JvD/at/sf

Het Nederlandse kabinet adviseert om niet naar het buitenland te reizen, en ook niet vanuit het buitenland naar Nederland te komen. Voor India geldt een code oranje en voor enkele van haar grensregio's zelfs code rood. Dat betekent dat alleen hoogst noodzakelijke reizen zijn toegestaan. Er geldt een verbod op alle commerciële passagiersvluchten.

Als men ondanks het negatieve reisadvies toch vanuit India naar Nederland reist, is betreffende persoon verplicht zich voor vertrek te laten testen op COVID-19. Dit geldt voor de enkele uitzonderingen op het reisverbod, namelijk hoogst noodzakelijke vluchten voor zakenreizigers, studenten en zogenaamde 'langeafstandsgeliefden'. Alleen met een negatieve PCR (72 uur geldig) en antigeensneltest kort voor vertrek, kunnen deze personen boarden. Bij terugkeer in Nederland moet men 10 dagen in quarantaine; indien er tot op dag 5 geen enkele klacht is ontstaan kan men zich bij de GGD laten testen. Als deze test bij de GGD negatief is, kan de quarantaineperiode worden beëindigd. In quarantaine betekent dat men alleen (of in de eigen reiscohort-bubbel) afgezonderd in een huis verblijft en deze niet verlaat. Ook na het beëindigen van de quarantaine is er geen garantie dat iemand toch nog klachten krijgt, tot circa twee weken na terugkeer in Nederland. Men dient hierop verdacht te zijn en zich terstond te laten testen bij de GGD indien klachten ontstaan. Ten alle tijden dient men de basisregels wat betreffende afstand en hygiëne in acht te nemen.

In Nederland is afgelopen week 14, twee keer – voor het eerst – de Indiase variant B.1.617.1 aangetroffen in de kiemsurveillance. Beide in Nederland vastgestelde cases hadden een recente reishistorie naar India en BCO is ingezet waarbij positieve contacten voor sequentiebepalingen bemonsterd zullen worden.

Deze B.1.617.1-variant is sterk in opkomst in India en er is onzekerheid over de epidemiologische karakteristieken ten aanzien van besmettelijkheid, het ziekmakende vermogen en de mogelijk verminderde bescherming van antistoffen na vaccinatie of eerder doorgemaakte infectie. De daadwerkelijke karakteristieken betreffende biologisch gedrag en het aandeel van deze variantvirussen in de huidige epidemiologische ontwikkelingen in India zijn op dit moment echter zeer onduidelijk. De WHO bestempelt deze – en een andere Indiase variant – niet als VOC. Ze bezitten wel soortgelijke genetische variaties als varianten uit Brazilië en Zuid-Afrika.

In India is de kiemsurveillance beperkt, en het betreft momenteel een vijftigtal isolaten op vele miljoenen besmettingen in een land met meer dan een miljard inwoners. Vanwege de grootschalige verspreiding van het coronavirus in India, na verkiezingen en religieuze feesten onder weinig beperkingen, zal naar verwachting de verspreiding van COVID-19 helaas nog verder toenemen, hetgeen de kans op het ontstaan van nieuwe virusvarianten belangrijk vergroot. Kortom, in de zich snel ontwikkelende en expanderende uitbraak in India, met inmiddels meer dan 300.000 nieuwe gevallen per dag, is het risico op doorbraak van een of meerdere variantvirussen groot en inmiddels zijn er meerdere geïdentificeerd. Of dit opkomen te wijten is aan nieuw verkregen biologische eigenschappen van variantvirussen of aan de bijzondere epidemiologische situatie (zoals grote bijeenkomsten en religieuze feesten), of aan beiden, is niet duidelijk. Echter, de

kiemsurveillance in India is beperkt en het is allereerst de vraag of de rapportage vanuit dat land representatief is.

Datum

26 april 2021

Ons kenmerk

0072/2021 LCI/JvD/at/sf

Generieke maatregelen bij personen die binnen twee weken na terugkeer vanuit buiten EU en naar Nederland komen (al dan niet via ander EU-land)

Het OMT benadrukt dat het essentieel is en blijft dat *alle* reizigers vanuit het buitenland (en van buiten de EU), ook degenen uit India, zich strikt aan de afgesproken, generieke maatregelen houden, zoals: zich laten testen voor vertrek naar Nederland, een antigeentest vlak voor boarden, niet reizen bij een positief testresultaat, onverwijld in quarantaine gaan bij aankomst in Nederland en zich laten testen op dag 5 (en altijd, ook in latere fase, bij klachten). Deze maatregelen en quarantaineperiode na inreizen gelden ook voor personen die op een van de vele internationale luchthavens in de EU vanuit buiten de EU-regio aankomen, nog minder dan twee weken in de EU verkeren en naar Nederland komen.

De bovengenoemde bundel van maatregelen geeft de beste garantie dat virusvarianten uit het buiten-EU-buitenland niet worden geïntroduceerd of in ieder geval geen kans krijgen om zich verder te kunnen verspreiden in Nederland. Omdat nieuwe variantvirussen overal ter wereld kunnen ontstaan, en de laatste weken niet langer alleen in Zuid-Amerika, Zuid-Afrika of India maar bijv. ook in diverse andere Afrikaanse landen teruggevonden worden (waarbij landen in zeer wisselende mate en intensiteit kiemsurveillance uitvoeren), moeten de generieke maatregelen *ten alle tijden* en *voor alle reizigers* naar Nederland van een regio buiten de EU (direct of indirect hier aangekomen, of binnen twee weken na terugkomst in ander EU-land naar Nederland komen), doorgevoerd worden.

Algeheel vluchtverbod

Maatregelen, zoals een algeheel vluchtverbod, dat ook vrachtluchten en medische transporten raakt, en gericht is op één specifiek land en alleen van toepassing op luchtverkeer acht het OMT aanzienlijk minder effectief dan strikte uitvoer van bovenbeschreven, generieke maatregelen om import van virusvarianten te voorkomen in Nederland. Immers, alternatieve routes via tussenlanden kunnen het zicht op de daadwerkelijke plek van vertrek en aankomst onttrekken en voor vervoer over land (trein, bus, auto, etc.) vanuit andere EU-landen, na aankomst met vliegtuig aldaar, geldt daarom hetzelfde.

In het geval dat bovenstaande generieke maatregelen (nog) niet geëffectueerd kunnen worden, en mogelijkheid van handhaving ontbreekt, acht het OMT een algeheel reis- cq. vluchtverbod op z'n plaats in afwachting van strikte uitvoer en handhavend toezicht op dergelijke maatregelen. Echter, de voorkeur gaat hier niet naar uit omdat dit het vervoer over land na aankomst elders, onaangeraakt laat: een vliegverbod kan als een slot op de voordeur fungeren terwijl de ramen en achterdeur openstaan. Dit is ook reden dat het OMT een EU-brede aanpak van deze problematiek nadrukkelijk onderschrijft.

Tenslotte, vanuit een aantal andere EU-landen krijgt het RIVM bericht dat de adviezen van wetenschappelijke instituten ten aanzien van inperking van de verspreiding van virusvarianten door inkomende reizigers insgelijks zijn.