



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 november 2021
Onderwerp Advies n.a.v. 130e OMT

Ons kenmerk
0123/2021 LCI/JvD/at/hr

Behandeld door
LCI

22 november 2021: aanpassing van de adviesbrief d.d. 22 november 2021

In deze gewijzigde versie van de adviesbrief zijn enkele verduidelijkingen in de tekst toegepast.

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

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 19 november 2021 riep het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM het Outbreak Management Team (OMT) bijeen om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-pandemie. Naast de vaste OMT-leden, vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB), de Nederlandse Vereniging van Medische Microbiologie (NVMM), de Vereniging voor Infectieziekten (VIZ) en het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI), waren er leden van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), de Vereniging van de Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso), de Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde (NVK), de Nederlandse Vereniging voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG, verschillende experts (internist-infectioloog, viroloog, epidemioloog, artsen-microbioloog, een regionaal arts-consulent, ouderengeneeskundige, artsen M&G), vertegenwoordigers van referentielaboratoria en vertegenwoordigers van diverse centra van het RIVM aanwezig.

A. Aanleiding OMT en doelstelling

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

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

- een acceptabele belastbaarheid van de zorg – ziekenhuizen moeten kwalitatief goede zorg aan zowel COVID-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg kunnen leveren;
- het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;
- het zicht houden op en het inzicht hebben in de verspreiding van het virus.

Op 18 november 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

22 november 2021

Ons kenmerk

0123/2021 LCI/JvD/at/hr

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 en de ontwikkeling van de R? Wat is uw verwachting voor de komende weken?

Epidemiologische situatie

In de afgelopen 7 kalenderdagen (11-18 november) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen gestegen met 46% in vergelijking met de 7 dagen ervoor. In de afgelopen 7 kalenderdagen werden landelijk 716 personen per 100.000 inwoners gemeld met een positieve test voor SARS-CoV-2, vergeleken met 492 per 100.000 inwoners in de week daarvoor.

Het aantal meldingen nam toe in alle regio's, maar er is wel een grote regionale variatie in het aantal positieve testen, van 418 tot 1070 per 100.000 inwoners. De regio's met het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (≥ 800) waren Limburg-Zuid, Zuid-Holland Zuid, Zeeland, Hollands Midden, Limburg-Noord, Gelderland-Zuid en Utrecht. Het regionale beeld van verhoogde incidentie van positieve testen komt overeen met de virusvrachten in de rioolwatersurveillance.

Het aantal meldingen nam in alle leeftijdsgroepen verder toe in de afgelopen kalenderweek en varieerde van 420 tot 773 per 100.000 inwoners. Het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners betrof de leeftijdsgroep 0-12 jaar. De leeftijdsgroepen onder de 50 jaar hadden hogere incidenties (meer dan ~ 600 per 100.000) dan de leeftijdsgroepen boven de 50 jaar (minder dan ~ 500 per 100.000). Het aantal meldingen vanuit verpleeghuizen en woonzorgcentra nam verder toe; 30% van de locaties had een of meerdere besmettingen in de afgelopen vier weken. Het aantal meldingen vanuit instellingen voor de gehandicaptenzorg stabiliseerde, 6% van de locaties had één of meerdere besmettingen in de afgelopen vier weken.

Het aantal testen bij de GGD-testlocaties laat een geleidelijke stijging zien in de afgelopen weken. Over de laatste 7 dagen met complete data (10-16 november) was het aantal testen 25% hoger ten opzichte van de week ervoor. Het bijbehorende percentage positieve testen in de GGD-teststraten was 20,6% gemiddeld in de afgelopen 7 kalenderdagen, vergeleken met 17,5% de week ervoor.

Het is van belang te realiseren dat het aantal bij de GGD geteste personen een mix is van personen mét en personen zónder klachten, al dan niet naar aanleiding van een nauw contact getest (d.i. in kader van BCO), en al dan niet getest naar aanleiding van een tevoren positief bevonden zelftest (de zogenaamde confirmatietesten). Na exclusie van confirmatietesten was 12,5% van alle testen positief in de afgelopen 7 dagen, vergeleken met 10,7% de week ervoor.

Van alle personen die zich in de afgelopen week lieten testen bij de GGD, was dat bij 10% naar aanleiding van een positieve zelftest; 86% van positieve zelftesten werd bevestigd positief bij de GGD-bemonstering. Positieve confirmatietesten van zelftesten bedroegen 43% van alle positieve testen bij de GGD.

Bij personen getest in het kader van het coronatoegangsbewijs (CTB) was het percentage positieve testen 1,0% in de afgelopen kalenderweek, vergeleken met 0,7% in de week ervoor, en 0,5% in de week daarvoor. Deze trend kan als proxy gezien worden om een indruk te geven van de ontwikkeling van de prevalentie van SARS-CoV-2 in de algemene bevolking. Mogelijk gaan er de laatste week vanwege de drukte bij de GGD ook mensen met klachten naar de testlocaties voor de CTB-testen.

Datum

22 november 2021

Ons kenmerk

0123/2021 LCI/JvD/at/hr

De instroom en bezetting op verpleegafdelingen en IC in de ziekenhuizen van personen met een positieve test op SARS-CoV-2 nam toe. In de afgelopen kalenderweek werden 1476 opnames in het ziekenhuis geregistreerd, waarvan 228 op de IC, vergeleken met respectievelijk 1252 en 209 de week daarvoor (bron: stichting NICE, d.d. 18 november). Dit is een stijging van 18% instroom totaal, en van 9% op de IC. De hoogste aantallen opgenomen COVID-19-patiënten op verpleegafdelingen in het ziekenhuis betreffen personen van boven de 80 jaar, op de IC van 60-79 jaar. Op 18 november 2021 was de totale bedbezetting 2110: 1697 op de verpleegafdelingen in het ziekenhuis en 413 op de IC (bron: LCPS).

De oversterfte neemt sinds kort toe, en lag in de week van 8 t/m 14 november 2021 op ongeveer 850 personen boven het verwachte aantal. De sterfte was verhoogd in alle leeftijdsgroepen, en zowel in Wlz-zorggebruikers als in de overige bevolking (bron: CBS).

De geschatte opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg t/m 14 november 2021 88,4% voor de volwassen bevolking, en 84,8% had de volledige vaccinatieserie afgerond. Voor de bevolking vanaf 12 jaar was dit respectievelijk 86,5% en 82,9%.

Uit de nieuwe data van ziekenhuisopname (NICE) verrijkt met vaccinatiestatus uit CIMS blijkt dat in alle leeftijdsgroepen de incidentie van zowel ziekenhuis- als IC-opnames per 100.000 personen veel sterker is gestegen onder de ongevaccineerde dan onder de gevaccineerde bevolking. De overall vaccineffectiviteit in de periode 20 september t/m 14 november 2021 was 92% voor ziekenhuisopname en 96% voor IC-opname. Uitgesplitst naar leeftijd was deze respectievelijk 95% en 97% voor de bevolking <70 jaar, en 86% en 94% voor de bevolking vanaf 70 jaar.

Reproductiegetal en prognose ziekenhuis- en IC-opnames

De meest recente schatting van het reproductiegetal R_t , zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 4 november op basis van Osiris: gemiddeld 1,26 (95%-interval 1,24 – 1,28) 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, en dit reproductiegetal valt lager uit voor 3 november, het is gemiddeld 1,12 (95%-interval 0,97 – 1,28). Het reproductiegetal berekend op basis van nieuwe IC-opnames is nog iets lager, dat is gemiddeld 1,08 (95%-interval 0,71 – 1,50). Bijna alle infecties in Nederland worden momenteel veroorzaakt door de deltavariant. Het aandeel van de AY.4.2-deltavariant neemt langzaam toe, het aandeel van deze deltavariant naar tijdstip van monsternamen groeide van 0,6% in week 42, 1,2% in week 43, tot 1,5% in week 44.

Op basis van de recente toename in meldingen wordt verwacht voor de komende week dat het aantal ziekenhuis- en IC-opnames verder gaat stijgen. Deze statistische prognose geeft een orde van grootte aan voor het aantal opnames per dag in de komende week van 300 tot 400, en een orde van grootte voor het aantal IC-opnames van 50 tot 60.

Datum

22 november 2021

Ons kenmerk

0123/2021 LCI/JvD/at/hr

De groeisnelheid van het aantal meldingen van positieve testen wijkt af van de groeisnelheid van het aantal nieuwe IC-opnames per dag. Dit maakt het moeilijker om een betrouwbare prognose van het aantal verwachte IC-opnames te berekenen op basis van het aantal IC-opnames dat tot nu toe is gerapporteerd. Vergelijking tussen de gerapporteerde gegevens en simulaties met een transmissiemodel dat gefit wordt op het aantal waargenomen IC-opnames per dag, en waar de beschikbare informatie over vaccinaties (CIMS, GGD'en), de effectiviteit van vaccins, en de geschatte opbouw van immuniteit door doorgemaakte infectie in wordt meegenomen, laat onzekerheid zien over het tempo waarin de afname van bescherming tegen infectie verloopt. Deze onzekerheid vertaalt zich in een grote onzekerheid over het tijdstip waarop een piek bereikt wordt en over de piekwaarde van de IC-bezetting.

Op basis van het geschatte reproductiegetal voor meldingen van 1,26 is een daling in het aantal contacten van meer dan 26% op korte termijn vereist om de incidentie van nieuwe meldingen te stabiliseren of af te laten nemen.

Het is te vroeg om nu al een effect van de aangescherpte maatregelen van 13 november te kunnen zien, dat duurt nog zeker een week. Als proxy voor een daling in het aantal contacten worden de mobiliteitsgegevens gebruikt. De beschikbare indicatoren voor mobiliteit in Nederland zijn Google community mobility reports en Apple mobility trends. Deze indicatoren geven een daling van de mobiliteit na 13 november aan, maar deze is vooralsnog bescheiden.

Maatregelen

Het OMT constateert op grond van de huidige epidemiologische situatie en onderzoek van de gedragsunit dat de ingevoerde maatregelen op 5 november met betrekking tot thuiswerken, naleven van de basismaatregelen, dragen van mondneusmaskers in openbare ruimtes en toepassing van het CTB onvoldoende opgevolgd worden om te kunnen verwachten dat daarmee een ten minste 25% reductie van contacten en virusoverdracht bereikt wordt. Ook is er geen positieve invloed op het aantal nieuwe infecties zichtbaar.

Het 129e OMT heeft een pakket aanvullende maatregelen geadviseerd dat tot minstens 25% afname van het aantal contacten en het aantal nieuwe infecties moet leiden. De geadviseerde maatregelen zijn niet een-op-een doorgevoerd. Op dit moment, dat is binnen één week na de invoering van de aanvullende maatregelen op 13 november, kan het OMT nog niet beoordelen wat het effect van de maatregelen is of zal zijn. Zoals hierboven vermeld zijn er grote onzekerheidsmarges in en tussen de prognoses over het verloop van de ziekenhuis- en IC-opnames op een langere termijn dan één week. Met het oog op de dreiging van een overbelasting van de zorg, niet alleen op de IC's en in de ziekenhuizen maar ook in de langdurige zorg en eerstelijnszorg, adviseert het OMT het kabinet de opvolging op de eerder ingestelde maatregelen aan te scherpen door het belang van de naleving daarvan dagelijks, blijvend en met nog grotere intensiteit dan nu te blijven benadrukken.

Verbeterde naleving van de bestaande maatregelen heeft naar mening van het OMT momenteel in potentie meer effect op de afname van het aantal contacten

dan nu, binnen een week, te kiezen voor een volgende aanpassing en uitbreiding van beperkende maatregelen. Opvolging van de basisregels, te weten bronisolatie en testen bij klachten, en de toegevoegde set van collectieve maatregelen zoals de 1,5 m-afstandsnorm en gebruik van mondneusmaskers daar waar die afstand niet aangehouden kan worden, is dé wijze om te voorkomen dat striktere maatregelen bovenop de bestaande, tot aan zelfs een mogelijke lockdown nodig zullen zijn in de komende winterperiode. En het OMT benadrukt: DE ENIGE WIJZE om dat te voorkomen! In de huidige situatie van viruscirculatie geldt dit voor zowel de niet-gevaccineerde als de gevaccineerde personen. De bevindingen van de gedragsunit stemmen niet optimistisch: in minder dan de helft van de gevallen geeft men opvolging aan de basismaatregelen. Dit punt zal het uiterste vragen van communicatie, van inrichten van de omgeving om de gedragsregels te steunen, en van controle en handhaving. Daar waar gebruik gemaakt wordt van Coronatoegangsbewijzen geldt het belang van controle en handhaving daarop, te meer, omdat het CTB een deel van de basisregels vervangt.

Datum

22 november 2021

Ons kenmerk

0123/2021 LCI/JvD/at/hr

Komende week zal het OMT de situatie opnieuw beoordelen, en uiteraard eerder adviseren als een verslechtering van de situatie daartoe noopt.

Op de lange termijn biedt vooralsnog alleen een hoge immuniteit onder de bevolking bescherming tegen optreden van steeds weer nieuwe infectiegolven zodra een deel van de maatregelen wordt teruggedraaid, introductie van het virus op grote schaal plaatsvindt of varianten optreden, of het seizoenseffect zich tegen ons keert. De weg daaruit is een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad. Daarom blijft het eveneens essentieel om in te blijven zetten op het verhogen van de vaccinatiegraad.

Voor de middellange termijn (weken tot maanden) kan het aanzienlijk versnellen van de boostervaccinaties voor 60-plussers waarschijnlijk de druk op de zorg verlichten. Niet alleen van de ouderen die ondanks vaccinatie in het ziekenhuis worden opgenomen wegens verminderde werking van het vaccin, maar ook van de mildere beelden onder ouderen in de eerstelijnszorg en onder verpleeghuiscliënten.

Echter, op korte termijn biedt een versnelde vaccinatie geen uitkomst als de ingestelde maatregelen volgende week onvoldoende effect laten zien op het terugdringen van de infectiedruk in de algemene populatie. Indien dit effect niet binnen afzienbare termijn zichtbaar is, dan zijn er aanvullende striktere maatregelen nodig, zoals hierboven aangegeven en waarin weinig ruimte is voor nuance.

Er is echter één onderdeel van de samenleving waarbij het OMT nieuwe beperkende maatregelen wil vermijden en dat is het primair en voortgezet onderwijs. Dat vindt haar oorsprong in het toenemend wetenschappelijk bewijs voor schade aan de ontwikkeling van kinderen als zij sociale schoolcontacten en onderwijs ontberen. En dit zou mogelijk zijn als de samenleving elders meer opvolging geeft aan basisregels en meer beperkingen accepteert, en dan de kinderen daarvan vrijstelt omwille van hun ontwikkeling. Tegelijk stelt het OMT vast dat schoolkinderen, met name onder de leeftijd van 12 jaar, na de herfstvakantie vaker dan voorheen in uitbraken en clusters van coronagevallen betrokken zijn. Dat zal deels komen doordat kinderen onder de leeftijd van 12 niet gevaccineerd zijn en zonder beperkingen met elkaar contact hebben. Deze situatie vraagt om zorgvuldigheid en extra aandacht van de ouders en leerkrachten om te voorkómen dat een keten van infecties kan uitbreiden naar hen, en bijv. naar kwetsbare grootouders. Het is van groot belang dat ook

kinderen in de basisschoolleeftijd thuisblijven en testen bij klachten en dat zij in quarantaine gaan als een huisgenoot of overig nauw contact positief getest is. Ook de situatie bij schoolkinderen zal nauwlettend gevolgd worden, om na te gaan wat de relatieve bijdrage van de toename onder schoolkinderen is voor optreden van infecties in de andere leeftijdscohorten, en of er toch aanvullende maatregelen op scholen gewenst zijn.

Datum

22 november 2021

Ons kenmerk

0123/2021 LCI/JvD/at/hr

C. Adviezen

Effectiviteit CTB

Adviesvraag VWS:

Kan het OMT nader reflecteren op de effectiviteit van de verschillende uitvoeringsmodaliteiten van CTB in relatie tot de infectiedruk en de risico's van diverse settings waar een CTB kan worden toegepast, tegen de achtergrond van de vaccinatiegraad. Hierbij wordt gedacht aan de volgende modaliteiten voor CTB:

- 3G (getest, gevaccineerd of hersteld),
- 2G (gevaccineerd of hersteld),
- 3G gecombineerd met 1G (iedereen getest, ook indien gevaccineerd of hersteld),
- 2G gecombineerd met 1G (gevaccineerd of hersteld EN getest).

Hoe verhouden de vier modaliteiten (3G, 2G, 3G gecombineerd met 1G en 2G gecombineerd met 1G) zich tot de setting waarin ze op een verantwoorde wijze kunnen worden toegepast. Denk hierbij aan factoren voor settings, zoals placeren/niet placeren; binnen/buiten; groepsgrootte; sluitingstijd.

Kunt u daarbij ook aangeven of het mogelijk is voor de inzet van de verschillende modaliteiten voor CTB aan te sluiten bij de signaalwaarden in de Aanpak Najaar (waakzaam, zorgelijk, ernstig)? Welke CTB modaliteit adviseert het OMT vanaf welk risiconiveau uit de Aanpak Najaar?

Is het mogelijk een samenvatting van uw advies in de vorm van een matrix van infectiedruk en settings te ontvangen, waarbij de inzet van de vier CTB modaliteiten is ingevuld?

Het OMT wil benadrukken dat voor het beperken van het aantal besmettingen het opvolging geven aan de basisregels en de collectieve maatregelen essentieel is. Alleen daarmee kunnen de nauwe contacten met hoogste risico op virusoverdracht verminderen. Een CTB-modaliteit is een middel om risico's te beperken bij opening van sectoren, en géén maatregel om virusverspreiding te voorkomen en een epidemie te bestrijden, zoals de basisregels en collectieve maatregelen dat wel zijn. Bij een hoge prevalentie van SARS-CoV-2 in de maatschappij, zoals momenteel het geval is, zijn de absolute risico's op verdere verspreiding, ook bij gebruik van een CTB-modaliteit, nog steeds relevant.

Om het aantal risicovolle contacten en virusoverdracht te verminderen in settings waar de basisregels niet of maar beperkt nageleefd kunnen worden, en collectieve maatregelen zoals mondneusmaskers en afstand geen oplossing bieden, is door regering en parlement besloten gebruik te maken van een CTB. Maar bij toepassing van een CTB geldt nog steeds dat iemand met klachten thuis moet blijven en zich moet laten testen, ook als deze persoon gevaccineerd is of een

SARS-CoV-2-infectie heeft doorgemaakt. Bovendien kunnen CTB alleen een risico-verminderend effect hebben als ze juist toegepast worden, gecontroleerd worden en als daarop handhaving is. Daar waar een test onderdeel is van het CTB is een essentiële randvoorwaarde een juiste timing van uitvoeren van de toegangstest, in relatie tot toegang tot de activiteit (d.i. max 24 uur).

Datum

22 november 2021

Ons kenmerk

0123/2021 LCI/JvD/at/hr

Daarnaast is het effect van een CTB-modaliteit op het voorkómen van besmettingen en ziekenhuis- en IC-opnames sterk afhankelijk van de setting waar het wordt toegepast (d.i. aantal, duur en intensiteit van contact) en de bezoekers van die setting (zoals leeftijd, groepsgrootte, mix van gevaccineerden en niet-gevaccineerden, en de aanwezigheid van personen met verhoogd risico op ernstig verloop van COVID-19). Bijvoorbeeld: de absolute opbrengst van CTB-modaliteit is afhankelijk van de leeftijdsmix van de aanwezigen: bij een grote groep van hoogbejaarden zou je eigenlijk geen enkele toename van overdracht en bijgevolg infecties willen zien, vanwege de grote kans op uiteindelijke ziekenhuisopnames daaraan verbonden. Bij exact dezelfde groepsactiviteit door een groep jongeren geldt dit argument niet, omdat de kans op ziekenhuisopname na een besmetting bij hen zeer laag is. Dan is er hoogstens een indirect effect op ziekenhuisopname, bij doorgifte van een infectie binnen het eigen huishouden, of naar andere contacten die mogelijk verhoogd risico hebben op een ziekenhuisopname, maar dat geldt voor elke doorgifte. Eenzelfde overweging geldt ten aanzien van groepsgrootte in relatie tot de voorafkans besmet te zijn, en de kans dat zich überhaupt iemand met een besmetting onder de aanwezigen bevindt.

Toepassing van een CTB heeft alléén effect op de transmissie op de betreffende locatie. Meer op macroniveau is het van belang welk aandeel van de infecties buiten deze locaties plaatsvindt, maar ook of dat mensen die niet worden toegelaten alsnog samenkomen op andere plekken. Ook hangt het er vanaf of door toepassing van een CTB locaties geopend worden die eerder gesloten waren, dan neemt het risico immers altijd wat toe, omdat het nooit de situatie van geheel gesloten zijn kan evenaren.

Om – onder boven benoemde voorbehouden – toch een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van de verschillende CTB-modaliteiten is onder standaard omstandigheden door middel van modellering gekeken wat het maximaal haalbare effect van deze modaliteiten is op de reductie van het aantal infecties en ziekenhuisopnames onder de aanwezigen. Het doel hierbij is dus om een volgorde vast te stellen in de trends in het terugdringen van het aantal infecties en ziekenhuisopnames. De notitie waarin dit verder is uitgewerkt is te vinden in bijlage 1.

Vergeleken met het huidige 3G-systeem, dringt een 2G-systeem het aantal besmettingen op die locaties met ongeveer 50% terug en het aantal ziekenhuisopnames ten gevolge van besmettingen op de locatie met ongeveer 82%. Een 3G+1G-systeem zal infecties met ongeveer 35% reduceren ten opzichte van 3G, en ziekenhuisopnames ook met 35%. Afschaffen van het 3G-systeem leidt tot een toename van ongeveer 59% in infecties en ziekenhuisopnames. Een 2G+1G-systeem waarbij ook een test vereist is voor gevaccineerden en recent herstelden, leidt tot een reductie van ongeveer 79% in infecties en ongeveer 93% in ziekenhuisopnames, vergeleken met het huidige 3G-systeem. De precieze percentages zijn afhankelijk van de gebruikte waarden voor vaccineffectiviteit en testsensitiviteit. Bij de huidige waarden is 2G dus beter

dan 3G+1G, 3G+1G is beter dan 3G, en 3G is beter dan geen maatregelen in het voorkomen van besmettingen op de locatie.

Datum

22 november 2021

Ons kenmerk

0123/2021 LCI/JvD/at/hr

Van belang is dat de volgorde niet afhangt van de prevalentie van SARS-CoV-2-besmettingen, dus ook bij halvering van het aantal besmettingen wordt dezelfde relatieve uitkomst verwacht. Uiteraard heeft dit wel gevolgen voor de absolute vermindering van het aantal gevallen, en de afweging of een toepassing van de CTB-modaliteit zinvol en proportioneel is.

Wanneer gekeken wordt naar waar de verschillen tussen de drie systemen door veroorzaakt worden, dan blijken 3G+1G en 2G bij de aangenomen testsensitiviteit ongeveer even effectief in het buiten houden van besmettelijke personen. Wat 2G hieraan toevoegt is het reduceren van de gemiddelde vatbaarheid van de mensen op de locatie: als mensen zonder bescherming door vaccinatie of recente infectie niet binnen mogen, worden er minder infecties en vooral minder ziekenhuisopnames verwacht.

Het effect van testen bij zowel 3G+1G als 2G+1G en 3G hangt af van welke test gebruikt wordt en wat de testsensitiviteit is. Voor deze berekeningen wordt uitgegaan van een antigeentest, met een sensitiviteit van 59% bij een testpopulatie die geen klachten heeft. Een PCR-test heeft een hogere gevoeligheid en dit leidt tot een hogere effectiviteit van systemen waar testen een onderdeel van is: 3G, maar vooral bij 3G+1G en bij 2G+1G. Bij hogere waarden van testsensitiviteit gaat de volgorde verschuiven: bij een sensitiviteit van meer dan ongeveer 69% is 3G+1G beter dan 2G in voorkomen van besmettingen; de sensitiviteit moet meer dan ongeveer 88% zijn om 3G+1G beter dan 2G te laten presteren tegen ziekenhuisopnames.

Het maximaal haalbare effect van 2G+1G is dus groter dan 2G alleen. Het effect van 2G is vervolgens beter dan 3G+1G, en vervolgens is 3G+1G beter dan 3G. Dit geldt voor zowel het voorkomen van infecties als van ziekenhuisopnames ten gevolge van infectie op de locatie, als de sensitiviteit van de test lager is dan ongeveer 69%. Deze resultaten moeten gezien worden als het maximaal haalbare, omdat daarbij aangenomen wordt dat de opvolging en de controle en de handhaving optimaal zijn. Ook wordt alleen het effect op de verspreiding op deze locaties zelf beoordeeld. Het bredere epidemiologische effect op de transmissie in de gehele bevolking is gerelateerd aan het aandeel van de infecties dat buiten deze locaties plaatsvindt, maar vooral aan of mensen die niet worden toegelaten alsnog elders samenkomen.

Door de Gedragsunit zijn gedragsreflecties hierbij aangeleverd, zoals gebruikelijk gebaseerd op resultaten uit het gedragsonderzoek van het RIVM en de GGD'en, wetenschappelijke literatuur, beschikbare data uit andere EU-landen en consultatie van experts. Zoals gebruikelijk houden zij rekening met de impact van maatregelen op naleving, draagvlak, welbevinden, rechtvaardigheid en vertrouwen in beleid.

A: 2G of 2G+1G heeft negatieve effecten, maar zou uitlegbaar zijn indien a) het véél effectiever tegen ziekenhuisopnames dan 3G, b) de maatregel van tijdelijke aard is, en c) de sectoren/locaties zonder 2G dicht moeten, omdat er echt geen inclusievere strategieën zijn waarmee de sectoren opgehouden kunnen worden.

B: 2G en 2G+1G hebben mogelijk negatieve effecten op naleving basismaatregelen en testgedrag.

C: substantiële positieve effecten op vaccinatie zijn onwaarschijnlijk.

D: 3G+1G en 2G+1G betekent beperken vrijheid van grote groep mensen die gevaccineerd zijn.

Datum
22 november 2021

Ons kenmerk
0123/2021 LCI/JvD/at/hr

Gezien de vele beïnvloedende factoren is het niet mogelijk om het effect van de verschillende modaliteiten per setting in een matrix weer te geven. Afhankelijk van de setting, doelgroep en fase in de epidemie dient beoordeeld te worden welke modaliteit effectief en proportioneel is.

Kortom, het realiseren van een maximale risicobeperking door gebruik van de CTB-modaliteiten, anders dan de huidige 3G, is complex, en vraagt eigenlijk om een individuele beoordeling per setting met haar eigen bezoekersmix van gevaccineerden, personen met doorgemaakte infectie, en niet-gevaccineerden, waarbij ook de leeftijd van de deelnemers en het bij de activiteit aantal aanwezigen (voorafkans op aanwezigheid virus bij bepaalde incidentie) doorslaggevend is voor de beoordeling welke CTB-modaliteit zinvol en proportioneel is.

Rol van zelftesten in het testlandschap

Adviesvraag VWS:

Kan het OMT aangeven wat de rol van zelftesten kan zijn bij de diverse categorieën testen met of zonder klachten. Ziet het OMT mogelijkheden om ook bij klachten een zelftest advies te geven in het licht van zowel de doelen van de bestrijding van de pandemie als het beperken van de uitval door thuiszittend personeel (waarna bij een positieve zelftest een confirmatietest bij de GGD nodig blijft)?

Het OMT adviseert om zelftesten in de toekomst breder in te gaan zetten voor personen met klachten. Dit vergt echter goede voorbereidingen en duidelijke publiekscommunicatie. Daarnaast is er meer onderzoek nodig naar de sensitiviteit van zelftesten onder de huidige epidemiologische omstandigheden bij (gevaccineerde) personen zonder klachten.

Hoewel zelftesten op dit moment nog niet geadviseerd worden voor mensen met klachten, blijkt uit data van de gedragsunit en de teststraten dat deze al wel frequent (32%) worden toegepast door mensen met klachten. Tevens blijkt uit data van de gedragsunit dat 35% van de mensen met klachten zich helemaal niet laat testen. De GGD'en hebben hun maximale testcapaciteit bereikt, terwijl het testen en traceren essentieel is om COVID-19 onder controle te krijgen. Frequent en laagdrempelig zelftesten kan een belangrijke aanvulling zijn op het huidige pakket, ook voor mensen met klachten, en zou kunnen helpen de drempel voor testen te verlagen en bereidheid te verhogen.

Gegevens van recent Nederlands onderzoek van (één type) zelftest op een mid-turbinate neusswab toont een hoge sensitiviteit van deze test onder gevaccineerde en ongevaccineerde mensen met klachten en hogere virale load ($CT \leq 30$). Van de personen die zich bij de GGD hebben laten testen na een positieve zelftest, wordt bij 87% de infectie bevestigd met de professioneel afgenomen confirmatietest.

Het OMT is van mening dat plaatsbepaling van de zelftest in het huidige testlandschap het gebruik ervan bij de *juiste indicaties* kan bevorderen. De sensitiviteit van de zelftest is lager dan de PCR-test, maar de detectiekans kan

vergroot worden door de zelftest kort na het ontstaan van de klachten af te nemen en door de volgende dag opnieuw te testen. Voor bredere toepassing van zelftesten gelden de volgende kaders:

- De zelftest kan worden gebruikt door niet-kwetsbare personen met klachten passend bij COVID-19. Een positieve uitslag moet wel altijd bevestigd worden door een professioneel afgenomen test.
- Voor kwetsbare personen en/of personen met een ernstig ziektebeeld is de meest accurate (PCR) test gewenst vanwege de indicatie van een eventuele vroegbehandeling. Echter, bij lange wachttijden kan het doen van een antigeenzelftest overwogen worden om diagnostiek te bespoedigen. Elke uitslag hiervan dient bevestigd te worden met een professioneel afgenomen PCR-test.
- Ter bescherming van kwetsbare personen is de meest sensitieve (PCR) test gewenst voor mensen die met hen in nauw contact komen (beroepsmatig/persoonlijk).
- In het kader van bron- en contactonderzoek krijgt de zelftest een plaats om identificatie van positieve contacten te bespoedigen en bij klachten. Een negatieve zelftest leidt *niet* tot opheffen van quarantaine.
- Er is een gecontroleerde afname en officiële uitslag nodig voor de generatie van een QR-code in het kader van een Coronatoegangsbewijs (CTB) of Digitaal Corona Certificaat (DCC). Dit kan momenteel niet via een zelftest.

Het OMT stelt een aantal voorwaarden aan de inzet van zelftesten:

De zelftesten dienen van voldoende kwaliteit te zijn (zie bijlage). Het OMT heeft geen zicht op de kwaliteit van zelftesten die in Nederland en via het internet verkocht worden en of er op deze manier gekozen wordt voor zelftesten die kwalitatief voldoende presteren. Wanneer de zelftesten kosteloos beschikbaar worden gesteld (cq. tenminste voor specifieke groepen) dan is het mogelijk om kwalitatief goede testen te selecteren en het gebruik zo laagdrempelig mogelijk te maken. Volgens een zeer recente vignettestudie van de gedragsunit van het RIVM leidt het thuis beschikbaar hebben van zelftesten op het moment van klachten, tot een verwachte verdubbeling van zelftesten bij klachten (20,5% naar 42,2% op dag 1 van klachten). Het percentage mensen dat verwacht zich in deze studie helemaal niet te laten testen op dag 1 van klachten daalt dan van 47,4% naar 33,5%.

Deze aanpassing in het testbeleid dient vergezeld te worden door heldere communicatie. De uitgangspunten hiervoor worden samengevat in de bijlage 2. De inpassing van de zelftesten in het testbeleid in Nederland moet eerst worden verwerkt in de desbetreffende tabel en zal beschikbaar worden gesteld op de website van het RIVM.

Bij een *positieve* zelftest is confirmatie door de GGD noodzakelijk, om zicht te houden op het virus, voor BCO door de GGD en voor registratie in het kader van een CTB of toegangsbewijs in andere vorm. Laagdrempelige inzet van zelftesten mag niet ten koste gaan van de fijnmazigheid van het netwerk van GGD-teststraten.

Het gebruik van zelftesten en mogelijke effecten hiervan zal geëvalueerd moeten worden en de plek van de zelftest kan in een later stadium van de epidemie bijgesteld worden.

In tegenstelling tot hoe de situatie momenteel is ingericht voor professionele antigeentesten is er op Europees niveau niet dezelfde data-evaluatiestructuur en overeengekomen minimale prestatiecriteria voor antigeenzelftesten. Het verdient

Datum

22 november 2021

Ons kenmerk

0123/2021 LCI/JvD/at/hr

aanbeveling dat de mogelijkheden om een dergelijke structuur verder in te richten onderzocht worden.

Datum

22 november 2021

Ons kenmerk

0123/2021 LCI/JvD/at/hr

Voorts gaat het OMT ervan uit dat verzuimbeleid en bedrijfs- en zorgcontinuïteit een primaire werkgeversverantwoordelijkheid zijn. Het huidige beleid is dat personen met klachten die passen bij COVID-19 thuisblijven. Zelftesten kunnen worden ingezet bij cruciale medewerkers met milde klachten die niet in contact komen met kwetsbare personen, leraren inclusief. Met een negatieve zelftest kan de cruciale medewerker aan het werk, indien mogelijk met PBM. Dit gaat alleen om situaties waarbij werkzaamheden niet vanuit huis kunnen worden gedaan.

Sluitingstijd horeca

Ten slotte heeft het OMT kennisgenomen van het voorstel om de sluitingstijden in de horeca te verruimen, maar na 20 uur geen nieuwe bezoekers meer in de gelegenheden toe te laten. Omdat het risico op besmetting niet alleen afhankelijk is van het aantal en wisseling van verschillende bezoekers, maar ook van de contactduur tussen de bezoekers en de intensiteit van het contact, zal door het voorstel het aantal besmettingen toenemen. Daarom adviseert het OMT de sluitingstijd niet te verruimen, maar gelijk te houden aan de tijd dat alle bezoekers de gelegenheid c.q. het pand verlaten. Momenteel is dat op 20.00 uur bepaald.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

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