



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 15 maart 2021  
Onderwerp Advies n.a.v. 104e OMT

**Ons kenmerk**  
0051/2021 LCI/JvD/at/gvr

Geachte mevrouw Sonnema,

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

Op 12 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, 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 11 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

**Datum**

15 maart 2021

**Ons kenmerk**

0051/2021 LCI/JvD/at/gvr

### Achtergrond

Op 27 februari 2020 werd de eerste patiënt met COVID-19 in Nederland gediagnosticeerd. Tot 11 maart zijn er wereldwijd 117.160.237 patiënten met COVID-19 gemeld, van wie 23.585.691 in Europa. Wereldwijd zijn er 2.598.892 patiënten overleden, van wie 569.259 in Europa (bron: [ECDC](#)). Tot 12 maart zijn er in Nederland 1.144.822 patiënten met laboratoriumbevestigde COVID-19 gemeld waarvan 52.296 personen werden opgenomen in het ziekenhuis (bron: [Stichting NICE](#)). In totaal zijn 16.024 personen met een bevestigde SARS-CoV-2-infectie overleden (bron: RIVM).

### Verloop van de epidemie

Het OMT is geïnformeerd over het verloop van de epidemie en 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?*

Afgelopen week is het aantal meldingen van nieuw gediagnosticeerde gevallen van COVID-19 met 6% toegenomen. Gemiddeld waren er afgelopen week 186 meldingen van bevestigde COVID-19-gevallen per 100.000 inwoners, t.o.v. 176 in de week daarvoor. In 18 van de 25 regio's was er een toename in het aantal besmettingen en in 7 regio's was er een daling. Er is grote variatie tussen de regio's. Drie regio's hadden meer dan 250 meldingen per 100.000 inwoners, 4 regio's hadden 200-250 meldingen per 100.000 inwoners, 14 regio's 150-200 meldingen per 100.000 inwoners, en 4 regio's 100-150 meldingen per 100.000 inwoners.

Het aantal afgenomen testen in de teststraten nam met 15% toe t.o.v. de week daarvoor. In alle leeftijdsgroepen nam het aantal testen toe. De invloed van het veranderde test- en BCO-beleid bij kinderen onder de 13 jaar, samen met de opening van primair onderwijs en kinderopvang, is nog steeds goed zichtbaar; het aantal testen per 100.000 inwoners was in de leeftijdsgroep 0- t/m 12-jarigen het sterkst verhoogd, maar in de afgelopen week nu ook verhoogd bij 13 tot 24-jarigen. De testincidentie was het hoogst in de groep van 30-39 jaar. Het percentage positief geteste personen in de teststraten bedroeg afgelopen week 7,6%, wat opnieuw een daling is ten opzichte van vorige weken (week 8: 8,5%). Het percentage positief geteste personen is in alle leeftijdsgroepen gedaald. Het percentage positief getest is het laagst bij 0-12 en 30-39 jaar en het hoogst bij 20-24 jaar. In geen van de regio's kwam het weekgemiddelde van het percentage positief geteste personen in de teststraten uit boven 13%.

De Infectieradar ([www.infectieradar.nl](http://www.infectieradar.nl)) laat in de afgelopen week een stabilisatie zien van het aandeel mensen met luchtwegklachten.

In de jongste leeftijdsgroepen, tussen 0 tot en met 24 jaar, is een stijging van de incidentie van meldingen te zien, en in de oudere leeftijdsgroepen een lichte tot zeer lichte daling is waargenomen. Het hoogste aantal gemelde gevallen (285) per 100.000 personen betreft de groep van 18 t/m 24 jaar, het laagste aantal gemelde gevallen per 100.000 is er bij kinderen van 0-12-jaar en 60-69 jaar en

70-plussers (100-150). De andere leeftijdsgroepen hebben tussen de 190 en 210 gevallen per 100.000 personen.

**Datum**  
15 maart 2021

**Ons kenmerk**  
0051/2021 LCI/JvD/at/gvr

De belasting van de zorg in de ziekenhuizen blijft onveranderd hoog. Het aantal nieuw opgenomen COVID-19-patiënten en de bezetting op de ziekenhuisafdelingen is stabiel, maar bij de IC-afdelingen is er een toename van nieuwe patiënten en van de bezetting te zien. In de verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen daalt het aantal nieuwe besmettingen verder. In instellingen voor personen met een beperking daalt het aantal nieuwe besmettingen ook. Dit is waarschijnlijk toe te schrijven aan de daar uitgevoerde vaccinaties.

Afgelopen week werden bij het RIVM nog meer dan 200 overlijdens door COVID-19 gemeld, maar voor het eerst dit jaar was dit geen significante oversterfte meer (conform de berekeningen van het RIVM). De berekeningen van het CBS laten al enkele weken geen oversterfte meer zien. Het verschil tussen CBS en RIVM is terug te voeren op verschillende schattingsmethoden, waarbij het CBS i.t.t het RIVM wat betreft de referentiewaarde extra sterfte ten gevolge van griep betreft – terwijl dit jaar nog geen griepsterfte heeft gekend.

De effecten van vaccinatie op het aantal meldingen wordt nauwkeurig gevolgd. Zoals vorige week ook aangegeven, is het effect van vaccinatie duidelijk zichtbaar bij verpleeghuisbewoners, al is het aantal besmettingen met COVID-19 nog steeds hoger dan bij thuiswonende ouderen.

Er is een duidelijke positieve associatie tussen het recente aandeel besmettingen door de VK-variant per regio en het verloop van de epidemie in die regio. Hoe hoger het aandeel besmettingen door de VK-variant in 2021 tot nu toe op basis van de kiemsurveillance, hoe hoger het aantal meldingen, ziekenhuisopnames en IC-opnames per 100.000 inwoners in die regio. Ook lijkt op basis van deze ecologische analyses een hoger aandeel van de VK-variant geassocieerd te zijn met een verhoogde kans op ziekenhuisopname per melding. Deze associatie is niet zichtbaar voor IC-opnames.

In de meldingen van positief geteste personen vindt in de periode vanaf december een verschuiving plaats naar jongere leeftijdsgroepen. Bij in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten treedt deze verschuiving in mindere mate op. Hiervoor verschuiven de verhoudingen tussen aantallen meldingen en ziekenhuisopname, ziekenhuis- en IC-opnames, en meldingen en IC-opnames, maar niet in gelijke mate. Verklaringen hiervoor kunnen liggen in veranderingen in testgedrag, in daadwerkelijke incidentie binnen leeftijdsgroepen, opkomst van de VK-variant en vaccinatie. De verdere uitrol van het vaccinatieprogramma zal in de komende maanden tot gevolg hebben dat deze verhoudingen binnen leeftijdsgroepen verder zullen veranderen.

Samenvattend wordt in de afgelopen week een toename van het aantal meldingen gezien en een nog grotere toename van het aantal uitgevoerde testen. Het percentage positieve testuitslagen is gedaald tot 7,6%. Er zijn grote verschillen tussen de regio's. Landelijk was de incidentie afgelopen week 186 per 100.000 inwoners, regionaal varieert deze tussen de 100 en 305 meldingen per 100.000 inwoners. De afgelopen week is het aantal nieuwe ziekenhuisopnames opnieuw gelijk gebleven, maar de instroom op de IC nog wel licht toegenomen. Het aantal locaties met nieuwe besmettingen van verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen daalt verder; waarschijnlijk als gevolg van het

vaccinatieprogramma. Het aantal besmettingen bij bewoners van verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een beperking daalt. De oversterfte is niet meer verhoogd.

**Datum**  
15 maart 2021

**Ons kenmerk**  
0051/2021 LCI/JvD/at/gvr

### **Reproductiegetal, effect van maatregelen en prognoses**

De meest recente schatting van het reproductiegetal  $R_t$ , zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 25 februari op basis van Osirismeldingen: 1,01 (0,98-1,04) besmettingen per geval. Het reproductiegetal wordt ook berekend op basis van andere gegevensbronnen, zoals het aantal nieuwe ziekenhuisopnames en IC-opnames per dag. De schattingen op basis van deze andere gegevensbronnen kennen een aanzienlijk grotere onzekerheid, maar ook daar zien we dat het geschat reproductiegetal ligt net boven de waarde van 1 besmetting per geval met een eerste ziektedag rond 25 februari. Dit duidt op een langzame maar gestage toename van het aantal gevallen. Het geschatte reproductiegetal voor de Britse variant (VK-variant) is 31% hoger dan de klassieke variant, de schatting van het reproductiegetal voor deze VK-variant op 25 februari komt uit op 1,08 (1,04-1,12), het geschatte reproductiegetal voor de Zuid-Afrikaanse variant (ZA-variant) is 26% hoger dan de klassieke variant, de schatting van het reproductiegetal voor deze ZA-variant op 25 februari komt uit op 1,04 (0,84-1,24). Sedert de eerste isolaties daarvan is het reproductiegetal van de VK-variant steeds boven de één geweest.

In de afgelopen week is het aantal ziekenhuisopnames stabiel gebleven en het aantal opnames op de IC licht gestegen. De prognose is dat deze stijging op de IC verder doorzet, maar de snelheid van toename is onzeker. Ook voor de ziekenhuisopnames laten de prognoses een stijging zien, hier is de onzekerheidsmarge groter. De prognoses op langere termijn, waar ook vaccinatie in wordt meegenomen, hebben brede onzekerheidsmarges. Dit wordt veroorzaakt door een stapeling van onzekere factoren, waaronder de eigenschappen van de nieuwe variant, het effect van de recente versoepelingen, en het effect van het vaccinatieprogramma.

Het OMT benadrukt het belang van opvolging aan de huidige basismaatregelen. Alleen met een hoge compliance aan de bronmaatregelen zoals het thuisblijven en testen bij klachten, het in quarantaine gaan van nauwe contacten; en de collectieve maatregelen zoals het afstand houden, het frequent wassen van de handen, en het vermijden van drukte, zal het mogelijk blijken het verloop van de uitbraak gunstig te beïnvloeden en versoepelingen mogelijk te maken.

Er lijkt hier nog belangrijke winst behaald te kunnen worden, door in ieder geval een achterstand in kennis over COVID-19, SARS-CoV-2 en het belang van de bestrijdingsmaatregelen niet bepalend te doen zijn voor het niet of onvoldoende opvolgen van basismaatregelen.

### **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 dat hierin samenwerkt met microbiologische laboratoria in Nederland.

De toename van de VK-variant (VOC 202012/01 ofwel B.1.1.7), te zien in de kiemsurveillance sinds week 51 van het afgelopen jaar, zet door van 1,1% in week 51/2020 naar inmiddels 74,9% in week 8/2021. De geobserveerde percentages in de weken 6-8, en met name voor week 8, zijn nog aan

veranderingen onderhevig, vanwege nog te verwachten aankomende uitslagen van monsters die momenteel geanalyseerd worden. In totaal zijn nu 1753 VK-varianten in de kiemsurveillance naar voren gekomen, op een totaal aantal onderzochte bemonsteringen van ruim 5500.

**Datum**  
15 maart 2021

**Ons kenmerk**  
0051/2021 LCI/JvD/at/gvr

Daarnaast lijkt in de kiemsurveillance het aandeel van de ZA-variant (501Y.V2) te stabiliseren rond de 2%. In totaal zijn er door het RIVM tot nu toe 87 gevallen van infectie met de ZA-variant aangetroffen. Zowel de data met betrekking tot de VK-variant als de ZA-variant zijn meegenomen in de modelleringen. De Brazilië-P.1.-variant is twee keer aangetroffen in de kiemsurveillance, in de weken 3 en 7. Momenteel vindt bron- en contactopsporing (BCO) plaats naar aanleiding van deze nieuwe detectie.

Naast deze drie zogenaamde 'variants of concern (VOC)', heeft de WHO twee 'variants of interest' (VOI) benoemd te weten B.1.1.7+E484K en B.1.525. B.1.1.7+E484K is inmiddels twee keer in de kiemsurveillance aangetroffen, in week 5 en 7. Beide casus zijn niet gerelateerd. BCO van casus 1 heeft 1 extra casus opgeleverd. B.1.525 is negen keer in de kiemsurveillance aangetroffen waarvan vier keer in week 7; BCO is gaande. Tot slot is uit de kiemsurveillance gebleken dat de E484K-mutatie in Nederland voorkomt in de achtergrond van een tweetal in Europa dominante genetische lijnen van SARS-CoV-2 en ook een vijftal andere lijnen. Dit naast de bekende aanwezigheid in twee VOCs (zie boven) en de twee VOIs. De ontwikkelingen met betrekking tot SARS-CoV-2-varianten worden gemonitord voor het gehele Koninkrijk door kiemsurveillance, sequenzen van bijzondere gevallen en clusters, en in internationaal verband in specifieke werkgroepen met de ECDC, de WHO en buurlanden.

Detectie van specifieke mutaties met RT-PCR kan in bepaalde situaties een proxy zijn voor de aanwezigheid van bepaalde varianten. Of het daadwerkelijk om deze varianten gaat, kan alleen op basis van sequenzen bepaald worden. In bepaalde fases van de pandemie kunnen zulke specifieke PCR's tijdelijk meerwaarde hebben om, in aanvulling op monitoring door sequenzen, een indruk van de stand van zaken te geven in een regio en bij bijvoorbeeld uitbraken, om snel een schatting van de mate van verspreiding van een variant te hebben. Er is een landelijke werkgroep ingericht die de toepasbaarheid en inzet van dergelijke RT-PCR's nagaat. Er wordt gewerkt naar een wekelijkse duiding van data uit dit type PCR's, ter aanvulling van data uit de kiemsurveillance.

## **C. Adviezen**

### **Herijking inschalingsystematiek en routekaart**

*Adviesvraag VWS*

*Gezien het grillige verloop van de epidemie, de continu veranderende omstandigheden (door vaccinaties, doorgemaakte infecties en opkomende variantvirussen) en voortschrijdend inzicht in de bestrijding, worden de inschalingswaarden en routekaart standaard elke drie weken of zo nodig eerder aan het OMT voorgelegd. Deze aanpak is eerder aangekondigd. Hierbij ontvangt u voor de eerste keer dit verzoek.*

*De adviesvragen m.b.t. dit onderwerp zijn verdeeld in drie delen.*

*Adviesvraag VWS (1<sup>e</sup> deel): Indicatoren voor het inschalen van de veiligheidsregio's*

*In het advies naar aanleiding van o.a. het 88ste en 98ste OMT, is het OMT al ingegaan op de inschalingsystematiek. Het OMT heeft toen geadviseerd om met*

een groter aantal (hoofd)indicatoren te werken en pas af te schalen indien niveau 1 "waakzaam" is bereikt. Echter, vanwege de wens de systematiek zo transparant en communiceerbaar mogelijk maken en om al tussentijds perspectief te bieden, heeft het kabinet toen besloten om met de inschaling 'semi-automatisch' op basis van slechts twee indicatoren de feitelijke stand van de epidemie per regio te laten zien en bij de besluitvorming over maatregelen een bredere afweging te maken en in kleine stapjes te versoepelen binnen een risiconiveau volgens de routekaart. Wel blijft het continu nodig om – in een standaard ritme van 3 weken - deze systematiek te blijven herijken als veranderende omstandigheden (zoals toenemende vaccinatiegraad of de opkomst van besmettelijkere virusvarianten) daar om vragen. Dat leidt concreet tot de volgende vragen:

1. Kunt u aangeven of en in hoeverre de twee hoofdindicatoren nog een juist beeld geven van de ernst van de situatie in de regio's én of de grenswaarden nog accuraat zijn, gegeven veranderende omstandigheden, waaronder de testbereidheid, het testbeleid, de huidige vaccinatiegraad en/of andere factoren die van invloed zijn op de testuitslagen en/of ziekenhuisopnamen?
2. Kunt u aangeven of inmiddels andere indicatoren geschikter zijn dan de huidige twee hoofdindicatoren om de ernst van de situatie in de veiligheidsregio's weer te geven?

*Adviesvraag VWS (deel 2):* Epidemiologische indicatoren voor het nemen van maatregelen

Afschalen van maatregelen gebeurt landelijk, zonder regionale differentiatie, totdat niveau 1 'waakzaam' is bereikt. Daarnaast staat in de systematiek omschreven dat in de besluitvorming over maatregelen door de MCC-19 het hele beeld wordt gewogen ("zowel de cijfers als de context"). Hieronder is zowel het epidemiologisch als het sociaalmaatschappelijk en economisch beeld te verstaan. Concreet zijn voor het epidemiologisch beeld de volgende indicatoren richtinggevend bij het afschalen van maatregelen in het hele land:

- het aantal ziekenhuisopnames (gedurende een periode van 14 dagen onder een bepaalde grenswaarde);
- het aantal IC-opnames (gedurende een periode van 14 dagen onder een bepaalde grenswaarde);
- het reproductiegetal (gedurende een periode van 14 dagen kleiner dan 1,0).

Daarnaast worden in de besluitvorming de volgende contextindicatoren meegewogen:

- het aantal positieve testuitslagen;
- het aantal bedden op de verpleeg- en IC-afdeling die bezet zijn door COVID-19-patiënten;
- het aantal besmettingen onder kwetsbare groepen (in het bijzonder verpleeghuizen, gehandicaptenzorg en thuiswonende ouderen);
- het aantal mensen dat overlijdt aan of met COVID-19;
- vaccinatiegraad;
- het aandeel en de besmettelijkheid van mutanten;
- de druk op het bron- en contactonderzoek;
- de naleving van maatregelen.

Dat leidt concreet tot de volgende vraag:

3. Kunt u aangeven of bovenstaande indicatoren de juiste indicatoren zijn om het beeld te wegen en duiden in de besluitvorming over de maatregelen en of de grenswaarden van de richtinggevend indicatoren nog passend zijn bij de huidige omstandigheden?

*Adviesvraag VWS (deel 3):* Welke aanpassingen voorziet u in inschaling, afschaling en toepassing van de routekaart? Zie voor de achtergrond desgewenst

**Datum**  
15 maart 2021

**Ons kenmerk**  
0051/2021 LCI/JvD/at/gvr

de kamerbrief met de stand van zaken corona virus van 2 februari (kamerstuk 25295 nr.950).

**Datum**  
15 maart 2021

**Ons kenmerk**  
0051/2021 LCI/JvD/at/gvr

Het OMT is van mening dat de huidige routekaart nuttig en richtinggevend is voor scenario denken. Wij hebben een oriënterend gesprek gevoerd waarin de complexiteit van de adviesvragen aan bod kwam. Deze complexiteit maakt dat er meer tijd nodig is voor een gedetailleerde uitwerking van de antwoorden door een OMT-werkgroep. Derhalve zullen de antwoorden op de vragen en de discussie daarover in een volgend OMT-advies opgenomen worden.

### **Betekenis testen en mogelijke rol als 'bewijs van doorgemaakte infectie'**

*Adviesvraag VWS:*

*Het kabinet zou graag –naast een bewijs van een negatief testresultaat- een bewijs van een recente COVID-19-besmetting accepteren als toegangsbewijs.*

- *Is het risico 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)?*
- *Kan een geregistreerde positieve testuitslag bij de GGD, die niet ouder is dan 90 dagen, worden ingezet voor een testbewijs?*
- *Is confirmatie met een serologische testuitslag nodig (dubbel slot)? Zo ja, in welke gevallen en met welke typen serologische test?*
- *Is er een uitspraak te doen over de maximale geldigheidsduur van een serologische testuitslag in relatie tot het moment van besmetting en de termijn waarvoor de toegang tot een activiteit zou kunnen gelden?*

De voor- en nadelen van de verschillende testen die een recente COVID-19-besmetting kunnen aantonen zijn door het OMT besproken. In het algemeen kan gesteld worden dat een doorgemaakte SARS-CoV-2-infectie, afhankelijk van stadium van infectie, vastgesteld kan worden met een van de beschikbare testen (RT-PCR, LAMP, antigeensneltest of serologie). Uit onderzoek is gebleken dat niet iedereen met een positieve test in het acute stadium, ook antistoffen aanmaakt. De mogelijkheid van een tweede infectie (met klassieke of nieuwe varianten) is na een positief testresultaat met een van deze methodologieën vooraf, niet uit te sluiten, al is de kans daarop – op grond van de huidige literatuur – niet hoog. In de periode van november 2020 tot en met februari 2021 zijn in totaal, bij het RIVM, 5348 meldingen van mogelijke tweede (her-) infecties binnengekomen; dit betreft 0,7% van alle meldingen in deze periode. Bij een tweede infectie bestaat er opnieuw een kans op transmissie naar anderen.

De duur van (mogelijke) bescherming van een doorgemaakte COVID-19 is nog onbekend, maar lijkt in ieder geval langer dan 6 maanden te zijn. Ook weten we dat bij 94% van de personen bij wie na een infectie antistoffen aangetoond waren, deze nog detecteerbaar zijn na 6 maanden. Voor een positieve serologische test zonder informatie over het moment van besmetting is die duur van (mogelijke) bescherming dus lastig aan te geven. Er lopen wereldwijd meerdere studies naar de duur van bescherming (door natuurlijke infectie) tegen een nieuwe infectie, maar in afwachting daarvan kan een periode van tenminste 3 maanden geadviseerd worden. De meeste beschikbare serologische testen kunnen overigens geen onderscheid maken tussen een doorgemaakte infectie of antistoffen na (onvolledige) vaccinaties. Aan de combinatie van een positieve serologie bepaald na een positieve RT-PCR, LAMP of antigeensneltest kan een langere duur van bescherming (max. 6 maanden) toegekend worden en deze

situatie gaat gepaard met een kleinere kans op herinfectie, maar is die kans nooit uit te sluiten.

**Datum**

15 maart 2021

**Ons kenmerk**

0051/2021 LCI/JvD/at/gvr

Het OMT merkt op dat het afgeven van een toegangsbewijs een complexe discussie vergt, die ook nog gevoerd moet worden in het licht van toekomstige epidemiologische ontwikkelingen ten gevolge van de grootschalige vaccinatie. Voor dit moment, met huidige epidemiologische context, adviseert het OMT dat een geregistreerde positieve testuitslag bij de GGD (een RT-PCR of LAMP of antigeensneltest en/of (alleen) serologie) niet bruikbaar is als toegangsbewijs vanwege het niet uit te sluiten risico op transmissie van een (passagiere corona) keeldragerschap naar andere aanwezigen die geen bewijs van doorgemaakte infectie hebben maar een toegangsbewijs hebben verkregen op basis van een negatieve antigeen(snel)test.

Immers, deze laatste zijn ontvankelijk voor infectie. Daarom adviseert het OMT voornamelijk om iedereen voor een toegangsbewijs met een antigeentest op een actuele infectie c.q. op zgn. 'besmettelijkheid' te testen, en daarmee dus ook bij personen die (al dan niet recent) een bewezen infectie doormaakten of gevaccineerd zijn.

#### *Reizen*

*Met betrekking tot de bovenstaande vraag, zou het kabinet ook graag de mogelijkheden verkennen om een recent bewijs van COVID-19-besmetting te accepteren als vervanging voor de verplichte negatieve NAAT(PCR)-test voor reizigers uit hoogerisicogebieden. Kan het OMT aangeven in hoeverre het advies t.a.v. bewijs van doorgemaakte infectie ook van toepassing kan zijn op reizigers uit hoogerisicogebieden?*

Het OMT adviseert dat voor reizen dezelfde bovenstaande argumenten gelden en dat een geregistreerde positieve testuitslag (een RT-PCR of LAMP of antigeensneltest en/of (alleen) serologie) niet bruikbaar is als 'bewijs voor veilig reizen' of als vervanging van de verplichte negatieve NAAT(PCR)-test voor reizigers afkomstig uit hoogerisicogebieden.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

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