



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 5 juli 2021
Onderwerp Advies n.a.v. 118e OMT

Ons kenmerk
0096/2021 LCI/JvD/at/rj

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

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 2 juli 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-consultant, 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 29 juni 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

5 juli 2021

Ons kenmerk

0096/2021 LCI/JvD/at/rj

Achtergrond

Op 27 februari 2020 werd de eerste patiënt met COVID-19 in Nederland gediagnosticeerd. Tot 30 juni 2021 zijn er wereldwijd 181.715.917 patiënten met COVID-19 gemeld, van wie 54.714.915 in Europa. Wereldwijd zijn er 3.933.152 patiënten overleden, van wie 1.166.120 in Europa. Tot 29 juni 2021 zijn er in Nederland 1.684.366 meldingen gedaan van personen die positief getest zijn voor SARS-CoV-2, van wie 17.745 als overleden zijn gemeld (bron: RIVM). Tot 17 juni werden in totaal 70.714 personen opgenomen in het ziekenhuis (bron: stichting NICE).

Epidemiologische situatie

In de afgelopen 7 kalenderdagen (25 juni-1 juli) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen met 13% afgenomen in vergelijking met de 7 dagen ervoor. Het aantal testen met uitslagen bij de GGD-testlocaties was in dezelfde periode ook lager (-6%) ten opzichte van de 7 dagen ervoor. Het percentage positieve testen daalde naar 3,2%, in vergelijking met 3,7% in de 7 dagen ervoor.

Van de mensen die positief testten in de GGD-teststraten, betrof het in de week van 21-27 juni bij 63% een confirmatietest na een positieve zelftest. Andersom werd bij 55% van de mensen die een confirmatietest aanvraag bij de GGD de positieve zelftest bevestigd.

Landelijk werden in de afgelopen kalenderweek (21-27 juni) 25 personen per 100.000 inwoners positief getest voor SARS-CoV-2. Alle 25 regio's meldden minder dan 50 positief geteste personen per 100.000 inwoners, waarvan 21 regio's minder dan 35 per 100.000. De range tussen regio's was 8-43 positief geteste personen per 100.000 inwoners. Het patroon van het aantal meldingen naar leeftijd per 100.000 inwoners laat het hoogste aantal meldingen zien in de leeftijdsgroepen 13 t/m 17 en 18 t/m 24 jaar per 100.000 inwoners (55-60) en het laagste aantal (3-4) in de leeftijdsgroepen vanaf 70 jaar.

In de afgelopen weken steeg het aandeel meldingen van personen met een positieve test met een reishistorie tot 11% in de afgelopen 7 kalenderdagen. Het land van verblijf was met name Spanje en Portugal. Het aantal meldingen van personen met een reishistorie was het hoogst in week 23 en 24 (309 en 413 personen respectievelijk), samenhangend met vakanties na eindexamens, en daalde naar 245 in week 25.

Het aantal clusters neemt af, op geleide van de afnemende incidentie. Het effect van de heropening van de maatschappij en de vaccinatiestrategie van oud naar jong is steeds duidelijker te zien in de epidemiologie van COVID-19-besmettingen. Het relatieve aandeel van clusters met setting thuis, bezoek thuis en werk neemt af vanwege een toename van andere settings zoals vlucht, vakantie, horeca en feest. Het relatieve aandeel van de diverse settings waar besmettingen plaatsvinden varieert echter sterk tussen leeftijdsgroepen. Bij kinderen van 0 t/m 12 jaar is recent ongeveer 2/3 van de clusters binnen hun eigen leeftijdsgroep gerelateerd aan de kinderopvang/schoolsetting; bij kinderen 13 t/m 17 jaar recent ongeveer 40%. Het aantal clusters in de kinderopvang, het primair en voortgezet onderwijs neemt inmiddels af. De clusters in het primair en voortgezet onderwijs bestaan recent vooral uit leerlingen, terwijl gemengde clusters bestaande uit leerlingen en medewerkers steeds minder voorkomen. Bij

clusters binnen de leeftijdsgroep 18 t/m 25 jaar nam het aandeel met besmettingen gerelateerd aan (examen)feesten, reizen en horeca in de afgelopen weken toe, naar recent ongeveer 30%. Bij clusters binnen de leeftijdsgroep 40 t/m 64 jaar nam het aandeel clusters gerelateerd aan werk recent af tot ongeveer een kwart, ook door een groter aandeel besmettingen gerelateerd aan vrijetijdsbesteding.

Datum
5 juli 2021

Ons kenmerk
0096/2021 LCI/JvD/at/rj

In de Infectieradar steeg in de afgelopen week het percentage deelnemers dat COVID-19-achtige klachten rapporteert licht t.o.v. de week daarvoor. De trend over een langere tijd blijft echter stabiel laag.

De instroom en bezetting van ziekenhuis- en IC-bedden blijft dalen met een gemiddelde instroom van respectievelijk 12 en 2 per dag op basis van de laatste 7 dagen. Op 1 juli bedroeg de ziekenhuisbezetting 159 verpleegbedden en 128 IC-bedden.

Op dit moment zijn er weinig besmettingen in instellingen voor langdurige zorg of gehandicaptenzorg gerapporteerd en wordt er geen oversterfte gezien.

De geregistreerde opkomst onder 65-plussers is op dit moment 91% voor de eerste vaccinatie; 83% is nu volledig gevaccineerd. Van 79% van personen uit de leeftijdsgroep 45-64 jaar is een vaccinatie geregistreerd; 32% is op dit moment volledig gevaccineerd. De opkomst voor vaccinatie stijgt nog sterk in de leeftijdsgroepen die meer recent de mogelijkheid hebben gekregen zich te laten vaccineren.

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 17 juni op basis van Osiris: 0,82 (95%-interval 0,76-0,89) besmettingen per geval. De schattingen op basis van het aantal nieuwe ziekenhuis- en IC-opnames per dag kennen een aanzienlijk grotere onzekerheid, ook vanwege de inmiddels lage absolute aantallen waarover de berekening uitgevoerd wordt, maar ook hier ligt het geschatte reproductiegetal tussen de 0,75 en 0,81; d.i. ruim onder de 1.

Uit de kiemsurveillance kunnen we het reproductiegetal per variant volgen. Dit beeld geeft aan dat de deltavariant besmettelijker is dan de alfavariant.

Naar schatting op basis van de kiemsurveillance heeft de deltavariant een 45% hogere besmettelijkheid dan de alfavariant (95%-interval 38-52%); de gammavariant (Braziliaanse) 7%.

De daling van het aantal IC-opnames per dag is consistent met de prognose van de vorige weken.

De prognoses voor juli en augustus laten zien dat de opkomst van de deltavariant een tijdelijke stijging van het aantal infecties (meldingen) kan veroorzaken. Dit zal zich vertalen naar een tijdelijke stabilisatie van het aantal ziekenhuis- en IC-opnames (dat overigens ook tijdens een dergelijke 'schoudering' van de afname, laag zal blijven). Uiteindelijk zet de dalende trend van opnames door als gevolg van de stijgende vaccinatiegraad.

Update over de diverse virusvarianten

Het OMT is geïnformeerd over de laatste stand van zaken van de kiemsurveillance van de verschillende varianten, uitgevoerd door het RIVM in samenwerking met laboratoria in Nederland.

Datum

5 juli 2021

Ons kenmerk

0096/2021 LCI/JvD/at/rj

In totaal zijn er nu 30.352 monsters in deze aselechte steekproef gesequencet. De percentages voor week 24 zullen mogelijk nog aan verandering onderhevig zijn, omdat de monsters met een afnamedatum in deze week nog niet allemaal verwerkt zijn. De alfavariant (B.1.1.7, voor het eerst gedetecteerd in de VK), vastgesteld in de kiemsurveillance sinds week 51 van het afgelopen jaar, heeft een dalend aandeel in deze aselechte steekproef waarbij het voorlopige aandeel in week 24 75,9% is. Sinds week 22 is de betavariant (B.1.351, voor het eerst gedetecteerd in Zuid-Afrika) afwezig.

Het aandeel van de gammavariant (P.1, voor het eerst gedetecteerd in Brazilië) lijkt op dit moment te stabiliseren tussen 2% en 3%, met een langzame, licht stijgende trend. Het voorlopige aandeel in week 24 is 2,9%. De deltavariant (B.1.617.2, voor het eerst aangetroffen in India) wordt in een snel toenemende mate aangetroffen in de kiemsurveillance met een aandeel van respectievelijk 0,6%, 1,7%, 3,5%, 8,9% in de weken 20-23. In week 24 staat het voorlopige aandeel op 17%. De deltavariant wordt tot nu toe in 22 GGD-regio's in de steekproef gevonden. In totaal is deze variant nu 236 keer aangetroffen sinds week 15. De GGD'en worden in deze fase nog op de hoogte gesteld bij deze bevindingen, voor het inzetten van het BCO. Daarnaast wordt de variant aangetroffen op basis van sequenzen in clusteronderzoeken en bij terugkerende reizigers uit verschillende landen binnen en buiten Europa. De zogenaamde deltaplusvariant (AY.1) is nog niet in de Nederlandse kiemsurveillance aangetroffen.

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

1. Aanpak bij opleving van het virus

Adviesvraag VWS:

- *Welke oplevingen, in omvang en geografische spreiding, kunnen in de komende periode worden verwacht als er geen aanvullende maatregelen worden getroffen? Kunt u daarbij in ieder geval ingaan op de volgende situaties: met of zonder vaccinatie van de 12-17 jarigen (1) en met of zonder de afstandsnorm van 1,5 meter (2).*
- *Met welke belasting van de zorg uitgedrukt in ziekenhuis en IC opnames en ziekenhuis en IC bezetting en met welke extra sterfte, moeten we rekening houden? Kan het OMT ingaan op de vraag in welke groepen ziekenhuisopnames en sterfte zijn te verwachten?*

Het OMT kan geen definitieve voorspelling doen over een eventuele najaarsgolf, maar geeft hieronder een verkenning van de mogelijke uitkomsten gegeven de onzekerheden over immuniteit, over bereikte vaccinatiegraad, de eventuele opkomst van nieuwe, besmettelijker (immuun-'escape'-)varianten, en introducties van infecties vanuit het buitenland na vakantie.

Op dit moment is er een dalende trend in het aantal ziekenhuis- en IC-opnames. De verwachting is dat deze dalende trend zich zal voortzetten, maar mogelijk in de maanden juli en augustus tijdelijk kan stagneren als gevolg van de opkomst van de deltavariant terwijl de bevolking nog wordt gevaccineerd. Omdat de toename van het aantal infecties zich naar verwachting vooral manifesteert onder jongeren, waar de meeste vaccinaties nog moeten plaatsvinden, kan het aantal meldingen en de belasting voor de zorg hier uiteen gaan lopen.

Datum

5 juli 2021

Ons kenmerk

0096/2021 LCI/JvD/at/rj

Allereerst is duidelijk dat op langere termijn, naar het najaar en de winterperiode, een opleving van besmettingen mogelijk is, als gevolg van nieuwe introducties uit het buitenland door de vakantieperiode in de zomer of toenemend internationaal verkeer erna, en/of door lokale circulatie in groepen met een lage vaccinatiegraad. Factoren die dit aggreveren zijn een dalende immuniteit na vaccinatie of doorgemaakte infectie, of introductie van 'escape'-varianten, terwijl een gerealiseerde hoge vaccinatiegraad, m.n. ook onder jongeren (vanaf 12 jaar) dit zal mitigeren. Ook zijn er scenario's mogelijk, onder een ideale combinatie van factoren, waarbij er geen belangrijke opleving van besmettingen zal optreden. Dit laat onverlet dat personen die niet gevaccineerd zijn en die niet eerder besmet zijn geraakt zeer waarschijnlijk in de komende maanden tot jaren een SARS-CoV-2-infectie zullen doormaken, aangezien alles erop wijst dat het virus zal blijven circuleren. Maar zolang nieuwe besmettingen gespreid zijn over de tijd, is van een belangrijke belasting van zorg geen sprake.

De zorgvraag bij een eventuele opleving in het najaar en winterperiode in scenario's met verschillende combinaties van bovengenoemde factoren loopt uiteen. Gedurende de wintermaanden (november-maart) varieert het aantal IC-opnames per dag van slechts enkele opnames tot ruim 70 per dag. De IC-bezetting varieert daarmee van slechts enkele tientallen tot ruim 900. Een hoge zorgpiek is daarmee dus niet uitgesloten, bij een combinatie van tegenvallende persistentie van immuniteit, hoog effectief reproductiegetal bij aanvang van de verheffing en een relatief lage vaccinatiegraad (m.n. onder jongeren).

Regionale verschillen in vaccinatiegraad betreffende alle leeftijdscohorten, kunnen aanleiding zijn tot (regionale) uitbraken. De voorspellingen zijn gevoelig voor de mate van besmettelijkheid van het virus komend najaar. Immers, het is mogelijk dat de deltavariant (of een eventuele nieuwe variant) besmettelijker is dan nu ingeschat wordt. De effectieve besmettelijkheid van het virus (d.i. effectief reproductiegetal op dat moment) kan (lokaal, regionaal of nationaal) worden verlaagd door aanvullende maatregelen te nemen in het najaar en winter, bijvoorbeeld de 1,5 meter-maatregel, het beperken van groepsgrootte en het blijven uitvoeren van bron- en contactonderzoek (en op grond van de uitkomsten daarvan gericht aanvullende maatregelen nemen zoals sluiten van geïdentificeerde 'hotspots'). Dergelijke maatregelen staan los van het wederom aanbieden en benadrukken van de belangrijkste maatregel: vaccineren.

Als de vaccinatiegraad voor nog te vaccineren leeftijdscohorten voldoende hoog is in Nederland op een waarde van minimaal 75% (inclusief voor de 12- tot en met 17-jarigen), dan is een grote landelijke epidemie in de winter onwaarschijnlijk. Hierbij is in de prognoses ervan uitgegaan dat de effectiviteit van vaccins om transmissie te voorkomen gelijk is aan de effectiviteit om ziektemanifestaties te voorkomen. De mate waarin vaccinatie de transmissie van het virus door gevaccineerde personen naar derden remt, is een van de onzekerheden waar het OMT rekening mee houdt.

Kortom, een belangrijke piek in de zorgvraag in de winter is niet uitgesloten bij een ongunstige combinatie van wat lagere (persistentie van) immuniteit en een ongunstig reproductiegetal. Het is mogelijk dat zo'n combinatie zich voor kan doen in enkele regio's of bevolkingsgroepen. Met aanvullende (lokale of regionale) maatregelen om de transmissie te remmen, kan de omvang van de piek in zorgvraag gemitigeerd worden.

Datum
5 juli 2021

Ons kenmerk
0096/2021 LCI/JvD/at/rj

De Gedragsunit heeft in haar laatste meetronde deelnemers met kinderen onder de 18 jaar voor het eerst gevraagd naar de bereidheid om hun kind te laten vaccineren. Van de ouders met kinderen in de leeftijd van 12-17 jaar is 69% (waarschijnlijk) bereid om hun kind te laten vaccineren tegen het coronavirus.

Het OMT wil benadrukken dat een vaccinatiecampagne voor de jongvolwassenen en de jeugd zeer belangrijk is om ook onder deze groep een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad te behalen. In de campagne dient uiteraard de informatie te worden gegeven over de werking van vaccinatie, maar ook over de periode die nodig is om immuniteit op te bouwen: er is geen sprake van bescherming direct na vaccinatie, maar deze moet over ten minste 2 weken worden opgebouwd; voorts is het halen van een tweede vaccinatie (Janssen uitgezonderd) belangrijk om de immuniteit te optimaliseren.

2. Loslaten anderhalve meter

Adviesvraag VWS: Kan de 1,5 meter buiten werking gesteld worden indien voldaan wordt aan de 3 voorwaarden:

1. Hoge beschermingsgraad van de bevolking:

- *Vaccinatiegraad: streefwaarde 85% minimaal 1 prik; 80% volledig*
- *Opbouw antistoffen: Sanquin levert medio augustus onderzoek op over opbouw van antistoffen. RIVM heeft halfjaarlijks PiCo (PienterCorona) onderzoek over opbouw antistoffen; oplevering juli.*

2. Incidentie:

- *Streefwaarde ten hoogste 50 per 100.000 (14 daags gemiddelde, cf. EU inzet).*

3. Epidemiologische risico's:

- *Op basis van een kwalitatieve weging van de epidemiologische trend in Europa en omliggende landen gelet op de daar geldende maatregelen de ontwikkeling van VOC's en nieuwe varianten.*

En zo nee, zijn er dan alternatieve en/of aanvullende voorwaarden waarna de veilige afstandsnorm verantwoord kan worden losgelaten?

Als de afstandsnorm van 1,5 meter kan worden losgelaten, ziet u dan nog situaties waarbij het vereisen van toegangsbewijzen in stand moet blijven, bijvoorbeeld bij grote festivals?

Op dit moment kan het OMT geen uitspraak doen over de te verwachten epidemiologische situatie in het najaar en kan het slechts aangeven welke kwetsbaarheden en zekerheden hierin een rol spelen op basis van de huidige kennis. De incidentie is dalende, met mogelijk een afvlakking in juli en augustus waarbij we verkeren in een wedloop tussen de opkomst van de besmettelijker deltavariant en toenemende bescherming door de toenemende vaccinatiegraad.

Het loslaten van de 1,5-meter-maatregel moet bezien worden in het kader van enkele kwetsbaarheden die aandacht behoeven:

- de afhankelijkheid van de daadwerkelijke vaccinatiegraad, waarbij het van belang is dat ook onder de jongeren (inclusief 12-17-jarigen) een hoge vaccinatiegraad wordt bereikt;
- de opkomst van de deltavariant of eventueel andere varianten: hiervoor is een surveillance en Early Warning System ingericht dat nauwlettend volgen van de varianten mogelijk maakt;
- de import van infecties door reizigers: het is van groot belang dat teruggekeerde vakantiegangers de mogelijkheid krijgen om zich direct te laten testen na terugkeer; indien dat per luchthaven of station gebeurt, het liefst zo snel mogelijk na aankomst (d.i., op het vliegveld of station);
- de mate waarin vaccinatie ook de transmissie van het virus afremt: dit is een gegeven dat deels beïnvloedbaar is door handhaven van de basisregels, welke immers de transmissie van het virus remmen;
- pockets met een lage vaccinatiegraad (in wijken van grote steden en in sommige dorpen) van waaruit uitbraken en verdere verspreiding plaats kan vinden: het is van belang dat GGD'en deze pockets momenteel al systematisch in kaart brengen en dat zij in gesprek gaan met de bevolking en laagdrempelig, bijv. middels vaccinatie-komt-naar-u-toe, vaccinatie aanbieden;
- de afnemende immuniteit: de mate van afnemende immuniteit na vaccinatie wordt voortdurend onderzocht, evenals de potentieel toegevoegde waarde van een boostervaccinatie; ouderen en immuungecompromiteerden kunnen door een afnemende immuniteit ondanks vaccinatie in een worst case-scenario toch geïnfecteerd raken en uiteindelijk een druk leggen op de beschikbare IC- en ziekenhuis capaciteit; scenario's waaronder boostervaccinaties uitgevoerd zouden kunnen worden in het najaar, worden komende periode al uitgewerkt;
- het risico van *crowding* tijdens grote evenementen en in 'binnen-locaties' (nachtclubs, discotheken): waarbij er veel personen zonder afstand te houden bij elkaar staan in soms onvoldoende geventileerde ruimtes;
- een eventuele extra belasting van de IC en ziekenhuizen door RS-virus en influenza; dit is nog onzeker voor het komend winterseizoen.

Datum
5 juli 2021

Ons kenmerk
0096/2021 LCI/JvD/at/rj

Over het nu al besluiten tot loslaten van de 1,5-meter-maatregel onder bepaalde voorwaarden medio augustus is het OMT verdeeld. Er zijn momenteel nog teveel onzekere factoren om tot een unaniem positief advies vooraf te komen. Het OMT adviseert om de komende 5-6 weken te gebruiken om de ontwikkeling van een aantal parameters – zoals vaccinatiegraad, bereidheid tot zelftesten na vakanties, het Europese perspectief, etc. – nauwgezet te volgen en om meer zekerheid te verkrijgen over de COVID-19-epidemie in Nederland. Ook vindt het OMT het belangrijk dat iedereen die gevaccineerd wil worden om infectie te voorkomen, die vaccinatie ook heeft kunnen ontvangen (ten minste de eerste vaccinatie, met een geplande tweede vaccinatie) voordat de kans op doorgifte van infectie hoger wordt door loslaten van de 1,5-meter-maatregel.

Het OMT zal in haar bijeenkomst van 9 augustus een definitief advies hierover uitbrengen.

3. Resterende maatregelen

Adviesvraag VWS: Ten aanzien van het afschalen van eventueel resterende maatregelen, adviseert het OMT 116/117 om een aantal bron- en collectieve maatregelen te handhaven, en deze alleen op geleide van de epidemiologie en de gerealiseerde vaccinatiegraad in een later stadium (gedeeltelijk) los te laten. Kan het OMT adviseren welke maatregelen nog in stand zouden moeten blijven, ook

nadat de veilige afstandsnorm wordt losgelaten. Ik verwijs hierbij naar de voorwaarden zoals genoemd in de vorige vraag. Bijgevoegd is een overzicht van de thans geldende maatregelen (zie de bijlage).

Datum
5 juli 2021

Ons kenmerk
0096/2021 LCI/JvD/at/rj

Zoals ook in het 116e/117e OMT-advies is vermeld, beschouwt het OMT de veilige afstandsnorm (1,5 meter afstand houden) samen met de bronmaatregelen (thuisblijven en testen bij klachten, vermijd drukte, goede hand- en hoesthygiëne) als de belangrijkste basismaatregelen om COVID-19 te bestrijden. Vanwege de vele onzekerheden – nieuwe varianten, de uiteindelijk behaalde vaccinatiegraad, de beschermingsduur van vaccinatie en doorgemaakte infectie, de mogelijke toename van infecties tijdens het najaar en de winter – is het op dit moment lastig om te voorspellen op welk moment deze maatregelen losgelaten kunnen worden of na loslaten weer aangescherpt moeten (al dan niet alleen lokaal of regionaal).

Omdat de nu nog resterende maatregelen veelal voortvloeien uit de 1,5-meter-maatregel (bijv. omdat ze gelden als vervangende maatregel op plaatsen waar het niet mogelijk is om 1,5 meter afstand te houden), dienen deze maatregelen te worden voortgezet zolang de 1,5-meter-maatregel wordt voortgezet.

Maatregelen die al losgelaten kunnen worden voordat de 1,5-meter-maatregel wordt losgelaten, zijn:

- de Gezondheidscheck (m.u.v. plaatsen waar de 1,5 meter al is losgelaten, zoals nachtclubs, evenementen en het onderwijs);
- registratie contactgegevens (m.u.v. contactberoepen);
- extra hygiënemaatregelen (bijv. extra schoonmaken van handcontactpunten).

Goede hand- en hoesthygiëne en goede ventilatie blijven altijd van groot belang voor de preventie van infectieziekten en worden het liefst voortgezet, ook als COVID-19 blijvend onder controle is.

4. Thuisblijf en testbeleid 0-12-jarigen

Adviesvraag VWS: Kunnen kinderen in de leeftijd 0 t/m 6 jaar of in de leeftijd 0 t/m 12 jaar met verkoudheidsklachten, zoals hierboven omschreven, naar school en de kinderopvang, overwegende dat jonge kinderen vaak en bij herhaling (neus)verkouden zijn en dit vaak wordt veroorzaakt door een verkoudheidsvirus, kinderen beperkt bijdragen aan de transmissie van het coronavirus en op dit moment de incidentie van COVID-19 in Nederland laag is?

Gezien de algemeen dalende en lage incidentie en het afnemend aantal clusters gerelateerd aan kinderopvang en basisscholen is een versoepeling van het sinds januari geldende aangescherpte thuisblijf- en testbeleid (het zogenaamde 'snottebellenbeleid') in ieder geval tot het begin van het nieuwe schooljaar mogelijk.

Heroverweging van deze versoepeling, al dan niet loco-regionaal, in de komende periode kan nodig zijn op basis van epidemiologische ontwikkelingen. De vraagstelling kan dan bijvoorbeeld zijn of het weren van kinderen vanwege verkoudheidsklachten (zoals loopneus, neusverkoudheid, niezen en/of keelpijn) als enkelvoudig symptoom opnieuw nodig en proportioneel zal zijn.

Aanpassing thuisblijf-advies

Het huidige beleid voor kinderen van 0 t/m 4 jaar kan worden uitgebreid naar kinderen van 0 t/m 12 jaar (groep 8). Zij mogen naar de kinderopvang en naar school:

- met verkoudheidsklachten (zoals loopneus, neusverkoudheid, niezen en keelpijn);
- als ze af en toe hoesten;
- met bekende chronische luchtwegklachten, astma of hooikoorts zonder koorts en/of benauwdheid;
- bij ontstaan van nieuwe klachten passend bij COVID-19 na een symptoomvrij interval <8 weken na eerste ziektedag (of testdatum bij een asymptomatisch infectie) van een bevestigde SARS-CoV-2-infectie.

Bij verergering van deze klachten met hoesten, koorts en/of benauwdheid moeten zij thuisblijven en is het advies om te testen en thuis te blijven in afwachting van het testresultaat.

Aanpassing testbeleid

Wanneer kinderen met verkoudheidsklachten naar school mogen, komt het huidige dringende testadvies bij verkoudheidsklachten voor kinderen van 4 t/m 12 jaar te vervallen. Wel geldt een dringend testadvies in onderstaande gevallen (en zoals al gold voor 0-4 jaar). Uiteraard kunnen kinderen van 0 t/m 12 jaar (groep 8) met klachten passend bij COVID-19 altijd getest worden.

In de volgende gevallen wordt testen van kinderen 0 t/m 12 jaar (groep 8) in ieder geval dringend geadviseerd:

- Het kind heeft naast verkoudheidsklachten ook koorts en/of is benauwd en/of hoest (meer dan incidenteel) – hierbij geldt: het kind laat zich testen en mag in principe bij een negatieve testuitslag weer naar de opvang.
- Het kind is ernstig ziek – laat in die gevallen contact opnemen met de huisarts; die kan besluiten om het kind te laten testen.
- Het kind heeft klachten die passen bij COVID-19 EN is een huisgenoot (categorie 1-contact) van iemand die COVID-19 heeft.
- Het kind heeft klachten die passen bij COVID-19 EN is een overig contact (een categorie 2, of een categorie 3-contact op school of opvang) van iemand die COVID-19 heeft.
- De GGD het testen adviseert omdat het kind deel uitmaakt van een uitbraakonderzoek.

5. Inschaling en herbeoordeling grenswaarden

Adviesvraag VWS: Het OMT is gevraagd om te adviseren of:

a) het huidige tweewekelijkse ritme van inschaling in deze frequentie kan blijven of vanwege de noodzaak snel te reageren in geval van opleving van het virus beter omgezet kan worden naar een wekelijks inschalingsritme;

b) de grenswaarden voor de indicator 'incidentie' aangepast moeten worden? Hoe kijkt u aan om grenswaarden te kiezen die aansluiten op de grenswaarden van de ECDC?

c) de grenswaarden van de indicator 'ziekenhuisopnamen' ongewijzigd kunnen blijven? Als u adviseert om aansluiting te zoeken bij de ECDC systematiek kan dan conform de indicator 'incidentie' deze omgezet worden naar een 14-daags cijfer.

Het OMT adviseert om in deze fase van de epidemie van een tweewekelijkse cyclus van inschaling over te gaan naar een wekelijkse cyclus, om tijdig te

Datum

5 juli 2021

Ons kenmerk

0096/2021 LCI/JvD/at/rj

kunnen reageren op lokale verheffingen of een regionale toename van de incidentie en/of het aantal ziekenhuisopnames.

Datum
5 juli 2021

Het OMT adviseert de huidige grenswaarden voor incidentie per 100.000 inwoners per week als volgt aan te passen: waakzaam: <25; zorgelijk: 25-50; ernstig 50-100; zeer ernstig: >100.

Ons kenmerk
0096/2021 LCI/JvD/at/rj

Daarnaast adviseert het OMT de grenswaarden voor ziekenhuisopnames op het huidige niveau te handhaven en deze wekelijks te blijven beoordelen.

Het semi-automatisch inschalen, zoals tot op heden gedaan is, raadt het OMT af in deze fase van de epidemie. Immers, door de toename van zelftesten is een directe duiding van bijv. het positief testpercentage bij de GGD-teststraten niet langer reëel. Het OMT stelt voor dat het RIVM samen met de GGD de wekelijkse cijfers van een duiding en een voorstel tot inschaling voorziet, voordat deze ter beoordeling naar het ministerie van VWS gaan.

6. Zelftesten voor toegang

Adviesvraag VWS: In hoeverre ziet het OMT mogelijkheden om zelftesten voldoende betrouwbaar en veilig in te zetten voor het verkrijgen van een toegangsbewijs? Wat adviseert het OMT over de geldigheidsduur van een met een zelftest verkregen toegangsbewijs? Bijgevoegd vindt u 'Eindversie Verkenning zelftesten voor toegang'.

Zoals eerder gecommuniceerd (OMT 100) is het doel van testen voor het verkrijgen van een toegangsbewijs om verspreiding van SARS-CoV-2 bij activiteiten en evenementen tegen te gaan.

Het OMT ziet geen bezwaren tegen het inzetten van antigeenzelftesten (hierna: zelftesten) voor toegang mits er aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- Niet als basismethode in te zetten, maar alleen voor personen waarvoor geen betere toegangstestalternatieven bestaan (zoals personen woonachtig in afgelegen gebieden die aanzienlijk moeilijker toegang hebben tot een testfaciliteit).
- Een goed testproces (waaronder afnamecontrolemogelijkheden en koppeling van de testuitslag aan de identiteit van de geteste persoon, waarbij er monitoring van de uitrol van het gebruik van zelftesten bij Testen voor Toegang plaatsvindt en er een mogelijkheid is om het gebruik van zelftesten bij Testen voor Toegang terug te draaien, indien dit nodig blijkt uit de monitoring).
- De testen worden zo kort mogelijk voor feitelijke toegang afgenomen.
- Het OMT adviseert een geldigheidsduur van maximaal 12 uur tot aan einde van het evenement en benadrukt daarbij zoals altijd dat het belangrijk is (in de praktijk gekwalificeerde) testen met goede sensitiviteit in te zetten. Het doel van testen voor toegang is immers verspreiding tijdens evenementen en activiteiten tegen te gaan.

Dit met inachtneming van OMT-advies 99 waarin gesproken is over situationele inzet, waarbij belangrijk is dat zelftesten niet het huidige testbeleid bij teststraten en bij klachten kunnen vervangen.

Naast de bovengenoemde toepassing zou bij deelname aan twee- en/of driedaagse buitenevenementen een – bij voorkeur aan de persoon te koppelen – zelftest van ongevaccineerde deelnemers een mogelijkheid kunnen zijn. Hierbij

dient er op dag 1 een standaard toegangstest afgenomen te worden, en op iedere volgende dag voor toegang tot het evenement een zelftest. Dit is uitsluitend mogelijk in een landelijke risicofase waakzaam of zorgelijk.

Datum
5 juli 2021

Ons kenmerk
0096/2021 LCI/JvD/at/rj

Ten slotte geeft het OMT aan dat bij een veranderende epidemiologische situatie heroverwegingen dienen plaats te vinden. Zoals eerder aangegeven (OMT 114) kan de groep mensen die gebruik maakt van enige vorm van toegangstesten afnemen, omdat ook een bewijs van volledige vaccinatie of een herstelbewijs als toegangsbewijs geaccepteerd kan worden. Echter bij een ongunstige ontwikkeling van de epidemiologische situatie is heroverweging nodig, waarbij het overigens tevens belangrijk is te letten op niet-testgebonden maatregelen (zoals groepsomvang, generieke maatregelen). Zoals eerder aangegeven (OMT 100) wordt de kans op verspreiding immers ook bepaald door de groepsomvang, de duur van de activiteit en de generieke maatregelen (zoals triage, 1,5 meter afstand houden, mondneusmasker) die genomen worden om verspreiding van SARS-CoV-2 tegen te gaan.

Afsluitend vraagt het OMT nadrukkelijk aandacht voor het juridische spanningsveld voor de werkgever rondom werknemers die zich niet willen laten vaccineren tegen COVID-19. Enerzijds mag de werkgever de werknemer niet vragen naar diens vaccinatiestatus, anderzijds heeft hij de wettelijke plicht en verantwoordelijkheid te zorgen voor gezond en veilig werk. Voor werkgevers in de zorg komen hier nog diverse verplichtingen rond goede en veilige patiëntenzorg bij. Voor het formuleren van adequaat arbobeleid heeft de werkgever informatie nodig die wordt vertaald naar een plan van aanpak en acties. De huidige privacywetgeving (AVG) staat echter niet toe dat de werkgever naar vaccinatie vraagt. Hierdoor is het niet mogelijk om een kwantitatieve inschatting te maken van het risico dat medisch-kwetsbare medewerkers lopen op besmetting door ongevaccineerde collega's. Dit beperkt de ruimte voor maatwerk, zoals aan specifieke situaties gebonden gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en aanvullend testbeleid. Daarbij komt dat bij afschaling van de generieke beheersmaatregelen (bron, collectief en individueel) in de toekomst meer medisch ongewenste situaties denkbaar zijn.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

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