



> 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

Ons kenmerk

0086/2021 LCI/JvD/AT/nn

Datum 31 mei 2021  
Onderwerp Advies n.a.v. 115e OMT

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 28 mei 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-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 27 mei 2021 heb ik de adviesaanvraag ontvangen waarin u het OMT namens het kabinet vraagt te adviseren over een aantal vraagstukken. Hieronder volgen een samenvatting van de situatie en de adviezen van het OMT.

### **B. Actuele situatie**

#### **Achtergrond**

Op 27 februari 2020 werd de eerste patiënt met COVID-19 in Nederland gediagnosticeerd. Tot 28 mei 2021 zijn er wereldwijd ruim 167.547.945 patiënten met COVID-19 gemeld, van wie 32.364.274 in de EU/EEA. Wereldwijd zijn er ruim 3.467.722 patiënten overleden, van wie 720.358 in de EU/EEA (bron: ECDC). Tot 28 mei 2021 zijn er in Nederland 1.641.318 meldingen gedaan van personen die positief getest zijn voor SARS-CoV-2, van wie 17.607 als overleden zijn gemeld

(bron: RIVM). Tot 21 mei 2021 werden in totaal 65.022 personen opgenomen in het ziekenhuis (bron: Stichting NICE).

**Datum**  
31 mei 2021

**Ons kenmerk**  
0086/2021 LCI/JvD/AT/nn

### **Verloop epidemie**

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

### **Epidemiologische situatie**

In de afgelopen 7 kalenderdagen (21-27 mei) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen met 31% afgenomen in vergelijking met de 7 dagen ervoor. Het aantal testen bij de GGD-testlocaties in de periode 19-25 mei was ook lager (-20%) ten opzichte van de 7 dagen ervoor; alleen bij kinderen van 0-12 jaar steeg het aantal afgenomen testen licht na het einde van de meivakantie. Het percentage positieve testen daalde naar 10,4%, in vergelijking met de 11,7% in de 7 dagen ervoor.

Landelijk werden in de afgelopen 7 kalenderdagen (21-27 mei) 128 personen per 100.000 inwoners positief getest voor SARS-CoV-2, de week ervoor was dit aantal nog 185 per 100.000 inwoners. Van de 25 regio's meldden 19 minder dan 150 positief geteste personen per 100.000 inwoners, en voor het eerst geen enkele regio meer dan 200 per 100.000. Het patroon van het aantal meldingen naar leeftijd per 100.000 inwoners laat onveranderd het hoogste aantal meldingen zien in de leeftijdsgroep 18 t/m 24 jaar per 100.000 inwoners (320) en het laagste aantal (33) in de leeftijdsgroep vanaf 80 jaar, bijna een factor 10 verschil. In de Infectieradar daalde het percentage deelnemers dat COVID-19-achtige klachten rapporteert verder in de afgelopen week.

Ook de ziekenhuis- en IC-data van de Stichting NICE en van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) laten een verdere sterke daling in het lopende 7-daags gemiddelde van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames en IC-opnames zien (nu 63-74%) en in bezetting (nu 32-40%), ten opzichte van de piek in dit lopende gemiddelde van de huidige golf. In de week 13-19 mei was de totale sterfte niet verhoogd.

Vorige week werden regionale verschillen gerapporteerd in aandeel thuiswonende personen vanaf 65 jaar die minimaal 1 dosis COVID-19-vaccin had ontvangen via de GGD; landelijk heeft 83% van deze groep minimaal 1 dosis ontvangen. De gerapporteerde opkomst voor alle personen vanaf 65 jaar, gevaccineerd door alle uitvoerders van het programma (naast de GGD, ook huisartsen, instellingen en ziekenhuizen) is hoger en bedraagt 87%. Omdat de vaccinatiegegevens van huisartsen, instellingen en ziekenhuizen op dit moment nog niet volledig in CIMS opgenomen zijn, en niet alle personen toestemming geven voor registratie in CIMS, is de daadwerkelijke opkomst nog wat hoger. Ook op basis van deze gegevens blijkt de opkomst relatief laag in gemeenten uit de Biblebelt en in een aantal grote steden.

### **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 in Osiris, is voor 13 mei 0,85 (0,82 - 0,87) secundaire besmettingen per geval. Dit is ongeveer gelijk aan de waarde die vorige week werd gerapporteerd. Het reproductiegetal wordt ook op basis van andere gegevensbronnen berekend, zoals het aantal nieuwe ziekenhuisopnames en IC-opnames per dag. De schattingen op basis van deze andere gegevensbronnen kennen een aanzienlijk grotere onzekerheid, vanwege de lagere aantallen; daar zien we dat het geschat reproductiegetal op basis van

ziekenhuisgegevens 0,87 (0,71-1,04) en op basis van IC-opnames 0,90 (0,54-1,32) is.

**Datum**  
31 mei 2021

Op basis van de kiemsurveillance wordt het reproductiegetal per variant gevolgd; dit beeld geeft aan dat de 'Britse', 'Zuid-Afrikaanse' en 'Braziliaanse' varianten slechts geringe onderlinge verschillen kennen, maar alle drie duidelijk besmettelijker zijn ten opzichte van de oude varianten. Het geschat aantal besmettelijke personen was op 20 mei bijna 92.000 (63.605 – 121.287).

**Ons kenmerk**  
0086/2021 LCI/JvD/AT/nn

De afname in de aantallen IC-opnames, de bezetting op de IC alsmede de ziekenhuisopnames en de ziekenhuisbezetting zijn consistent met de prognose van de vorige weken. Die prognoses geven aan dat de piek in aantal COVID-19-patiënten in de zorg achter de rug is en dat de daling verder doorzet.

### **Update over de diverse virusvarianten**

Het OMT is geïnformeerd over de laatste stand van zaken van de kiemsurveillance van de verschillende varianten door het RIVM in samenwerking met laboratoria in Nederland. In totaal zijn er nu 23.662 monsters in deze aselechte steekproef gesequencet.

De VOC 202012/01-virusvariant (de Britse variant, ofwel B.1.1.7), te zien in de kiemsurveillance sinds week 51 van het afgelopen jaar, heeft een stabiel aandeel van >95% in deze aselechte steekproef waarbij het aandeel licht lijkt af te nemen.

Het aandeel van de VOC 501Y.V2 (de Zuid-Afrikaanse variant, ofwel B.1.351) in de kiemsurveillance lijkt dalende en is sinds week 17 voor het eerst sinds week 4 lager dan 1%, met 0,7% in week 18 en 0,2% in week 19. Het percentage van week 19 zal mogelijk nog aan veranderingen onderhevig zijn, omdat de monsters met afnamedatum in week 18 nog niet allemaal verwerkt zijn. In totaal zijn er nu 414 gevallen met deze variant in de kiemsurveillance aangetroffen. Nadere analyse van de sequenties van B.1.351-infecties zoals bepaald bij het RIVM geeft een beeld van talrijke onafhankelijke introducties en virologische clusters over meerdere regio's.

Het aandeel van de Braziliaanse (P.1-)variant lijkt langzaam te stijgen en zit tussen 2% en 3%, met 2,4% in week 18. Het voorlopige aandeel in week 19 is 2,8%, maar dit percentage is nog aan veranderingen onderhevig. Deze variant werd tot nu toe 240 keer in de kiemsurveillance in verschillende regio's in Nederland aangetroffen. Nadere analyse van de sequenties van P.1-infecties in Nederland liet vorige week zien dat er doorgaande transmissie blijft plaatsvinden in meerdere regio's en dat nieuwe casus niet meer te herleiden zijn naar import. Nader onderzoek vindt plaats.

De door de WHO benoemde VOC B.1.617 is in totaal 13 keer aangetroffen in de kiemsurveillance. B.1.617.2 is 10 keer aangetroffen in 6 verschillende provincies waarvan 1 keer in de weken 15 en 16 en 5 keer in week 17, 1 keer in week 18 en 3 keer in week 19. B.1.617.1 is sinds vorige week niet extra aangetroffen. In totaal zijn monsters van 34 personen met een SARS-CoV-2-infectie met 'reishistorie India' gesequencet. B.1.617.2 werd 19 keer aangetroffen en B.1.617.1 4 keer. De VK-variant is 10 keer aangetroffen in deze groep, hoofdzakelijk in april maar ook meer recentelijk.

Tot slot wordt sinds week 14 wekelijks B.1.621 (Colombiaanse variant) aangetroffen in de kiemsurveillance. In totaal gaat het hierbij om 10 positieve patiënten uit 4 provincies. 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.

## Adviezen

### Openingsplan, nemen van stap 3

Adviesvraag VWS: *Het kabinet is voornemens om per 5 juni stap 3 van het openingsplan te zetten. Indien nodig, gelet op de epidemiologische situatie en mede naar aanleiding van het vorige OMT-advies, bestaat er de mogelijkheid om op 1 juni a.s. stap 3 uit te stellen.*

**Datum**

31 mei 2021

**Ons kenmerk**

0086/2021 LCI/JvD/AT/nn

Scenario's voor het nemen van stap 3 van het openingsplan op 9 juni zijn doorgerekend. De resultaten laten zien dat er een verdere daling van opnames in het ziekenhuis en op de IC te verwachten is, evenals een daling in de bezetting van ziekenhuis en IC. Deze daling kan iets langzamer gaan bij het vervroegen van de versoepelingen, maar dit verschil is erg klein.

Gezien de trend in de aantallen opnames, die samenhangt met het hoge vaccinatietempo, wordt er geen kentering verwacht door de voorgenomen versoepelingen. Het OMT heeft op grond van deze trend geen reservering t.a.v. het voornemen van het kabinet om stap 3 in het openingsplan enkele dagen te vervroegen en te nemen per 5 juni a.s.

Het is van belang om in de communicatie aandacht te blijven besteden aan het feit dat het zetten van deze stap 3 in het openingsplan niet betekent dat alle andere maatregelen losgelaten kunnen worden.

### Onderwijs

Adviesvraag VWS: *In het 98e OMT-advies (deel 1) adviseerde u - naast de afstandsregel tussen leerlingen onderling in het voortgezet onderwijs - als aanvullende maatregel om het aantal verschillende contacten per kind op kinderopvang, basisschool en voortgezet onderwijs zoveel mogelijk te beperken. Dit advies heeft het kabinet overgenomen. In het door het OMT bekrachtigde Generiek kader heeft het RIVM adviezen opgenomen hoe de opvang en de scholen dit kunnen bewerkstelligen. Kunt u aangeven onder welke epidemiologische omstandigheden ook deze aanvullende maatregel en adviezen kunnen worden losgelaten?*

Het OMT merkt op dat de generieke kaders voor de kinderopvang, het basis- en voortgezet onderwijs zijn opgesteld om – onder stapsgewijze heropening van de scholen – snelle verspreiding van de huidige varianten, die besmettelijker zijn dan het wildtypevirus dat tot voor kort de dominante virusstam was, te voorkomen. Door de aanvullende maatregelen om het aantal verschillende contacten te beperken, is er voor de kinderen, maar ook de begeleiders en het onderwijspersoneel minder risico op blootstelling aan SARS-CoV-2. Het loslaten van deze maatregelen, zal ertoe leiden dat kinderen met meer andere kinderen contact hebben, en dat volwassenen met meer kinderen contact hebben. Dit kan leiden tot meer verspreiding van SARS-CoV-2, en daarmee meer risico op besmetting én met daaropvolgende maatregelen zoals quarantaine voor kinderen (veelal hele groepen of hele klassen) en volwassenen. Het is in het belang van kinderen en medewerkers dat de kinderopvang en het onderwijs veilig open kunnen blijven, en het OMT adviseert om de aanvullende maatregelen t.a.v. contactbeperking in deze settings op dit moment niet los te laten. Mogelijk ontstaat hier ruimte voor als stap 4 in het openingsplan wordt genomen, dit is wanneer het aantal besmettelijke personen in Nederland (en daarmee de infectiedruk) belangrijk verder gedaald is.

In aansluiting op het OMT-advies van vorige week (OMT 114, deel 1) over het loslaten van de 1,5-meterregel in het voortgezet onderwijs in combinatie met de inzet van zelftesten, merkt het OMT op dat dit ook zou kunnen gelden voor MBO-studenten in dezelfde leeftijdsgroep.

## **Maatregelen langdurige zorg en thuiswonende ouderen**

Adviesvraag VWS: *In het 102e OMT advies heeft u geadviseerd over aanpassing van de maatregelen in de langdurige zorg, voor bewoners en verwanten in het licht van de stijgende vaccinatiegraad. In het 110e OMT advies heeft u opnieuw geadviseerd over mogelijke versoepeling van infectiepreventiemaatregelen na volledige vaccinatie tegen COVID-19. U heeft in uw adviezen aangegeven dat veel afhankelijk is van het effect van vaccinatie op transmissie. De Gezondheidsraad heeft 20 mei jl. geadviseerd over de verwachting van dit effect op de transmissie. Heeft dit advies gevolgen voor de maatregelen c.q. adviezen in instellingen voor langdurige zorg en voor thuiswonende ouderen?*

**Datum**

31 mei 2021

**Ons kenmerk**

0086/2021 LCI/JvD/AT/nn

Het OMT gaat er op basis van het advies van de Gezondheidsraad vanuit dat vaccinatie in belangrijke mate bescherming biedt tegen transmissie, maar dat - zeker bij een hoge infectiedruk - transmissie door gevaccineerde personen niet volledig uitgesloten is.

Gezien de stijgende vaccinatiegraad, en dalende infectiedruk in de gehele bevolking, kunnen de maatregelen in instellingen voor langdurige zorg op een aantal punten verder versoepeld worden. Voorwaarde voor het doorvoeren van deze versoepelingen is dat de instellingen de vaccinatiegraad van hun bewoners op peil (in principe boven de 80%) houden, zicht blijven houden op mogelijke introductie en verspreiding van coronavirus en een goed infectiepreventiebeleid hebben, liefst met betrokkenheid van een deskundige infectiepreventie. Het OMT geeft advies over verdere versoepeling van de maatregelen. De branche- en beroepsorganisaties en instellingen kunnen dit als uitgangspunt gebruiken voor het opstellen van het eigen beleid en leveren van maatwerk, dat afgestemd moet worden op de specifieke omstandigheden in de instelling. De versoepelingen in de langdurige zorg sluiten liefst zo veel mogelijk aan bij de maatregelen die gelden in de rest van de maatschappij:

- De bezoeksregeling binnen instellingen volgt de bezoeksregeling in de maatschappij. Bij verdere versoepelingen in het aantal bezoekers dat wordt toegestaan in de maatschappij, kan dit ook binnen instellingen worden ingevoerd. In de openbare binnenruimtes houden bezoekers 1,5 meter afstand en dragen zij een mondneusmasker.
- Voor ongevaccineerde bewoners van instellingen voor langdurige zorg kan, net als voor gevaccineerde bewoners, quarantaine voortaan beëindigd worden na een negatieve PCR-test op dag 5.
- Omdat quarantaine- en isolatiemaatregelen voor bewoners die dit niet begrijpen zeer ingrijpend zijn, kan voor volledig gevaccineerde bewoners zo nodig beleid op maat worden gemaakt. Het is belangrijk om de proportionaliteit van de maatregelen te beoordelen en de nadelige consequenties voor het welzijn af te wegen tegen het risico op (verspreiding van) infectie. Een deskundige infectiepreventie kan hierover adviseren.
- Preventief gebruik van PBM door zorgmedewerkers dient gecontinueerd te worden tot de infectiedruk in de maatschappij verder afgenomen is. Dit geldt niet alleen voor zorgmedewerkers in de langdurige zorg, maar ook voor zorgmedewerkers in andere sectoren van de gezondheidszorg.
- Groepsactiviteiten buiten de eigen woongroep of het eigen cohort kunnen hervat worden voor bewoners die zich aan de algemene hygiënemaatregelen kunnen houden. Hierbij geldt dat zoveel mogelijk 1,5 meter afstand gehouden wordt en/of bewoners worden ingedeeld in vaste groepjes ('bubbels') van 4 personen. De totale groeps grootte is maximaal 50 personen, vergelijkbaar met stap 3 van [het openingsplan van de Rijksoverheid](#). Onder deze voorwaarde kunnen ook het restaurant en de koffieruimte geopend worden.
- Wanneer de restaurants in de rest van de maatschappij open gaan, kunnen restaurants en koffieruimtes binnen instellingen waar ook mensen van buiten de instelling gebruik van maken, onder dezelfde voorwaarden ook open.

Voor zelfstandig wonende ouderen kunnen naast de dagbesteding ook de buurthuizen en andere locaties waar ouderen elkaar ontmoeten heropend worden, gelijktijdig met heropening van restaurants in de maatschappij. Daarbij dient de 1,5-metermaatregel in acht te worden genomen, naast placering e.d., en kunnen maximaal 50 personen, mits de voorziening dat qua oppervlakte toelaat elkaar ontmoeten. (Dit sluit aan bij stap 3 van [het openingsplan van de Rijksoverheid](#)).

**Datum**  
31 mei 2021

**Ons kenmerk**  
0086/2021 LCI/JvD/AT/nn

In de bijlage vindt u een uitgebreidere beschrijving van de geadviseerde versoepelingen van maatregelen in instellingen voor langdurige zorg en voor zelfstandig wonende ouderen.

### **Vliegverboden**

Adviesvraag VWS: *Het kabinet is voornemens om de bestaande vliegverboden op te heffen na invoering van de verplichte quarantaine voor reizigers uit zeer hoogrisicogebieden. In het 102e OMT advies stelt u:*

*'Zolang de naleving van het quarantainebeleid in Nederland te wensen overlaat, is het belangrijk om reizigersstromen, vooral uit landen waar de verschillende VOC's circuleren, tot een minimum te beperken. Naast het ontraden van niet-essentiële reizen kunnen vlieg- en aanmeerverboden hieraan bijdragen en dienen te worden gehandhaafd.*

*De inwerkingtreding van de verplichte quarantaine voor reizigers uit zeer hoogrisicogebieden is beoogd op 1 juni aanstaande. Naast de verplichte quarantaine voor reizigers uit zeer hoogrisicogebieden blijft voor derdelanders het EU-inreisverbod gelden. Reizigers die hierop uitgezonderd zijn mogen met een verplichte NAAT-test van maximaal 72 uur oud bij aankomst in Nederland naar ons land toe reizen. Voor reizigers uit landen waar zorgwekkende mutaties rondgaan, blijft een verplichte antigeentest van maximaal 24 uur oud bij het boarden van het vliegtuig gelden. Alle passagiers dienen vooraf een gezondheidsverklaring in te vullen. Uiteraard worden niet-essentiële reizen van en naar (zeer) hoogrisicogebieden dringend ontraden.*

*Mede op verzoek van de Tweede Kamer, naar aanleiding van de aangenomen motie van Paternotte c.s., verzoekt het kabinet het OMT te reflecteren op het voornemen om de bestaande vliegverboden op te heffen. Indien het OMT van mening is dat een deel van de vliegverboden gehandhaafd dienen te blijven, kunt u in dat geval aangeven voor welk van de landen het vliegverbod zou moeten blijven gelden?*

*Ter informatie deel ik ook de maatregelen van onze buurlanden:*

- *België en Frankrijk hebben geen vliegverbod. België heeft wel een quarantaineplicht voor een groot deel van de landen waarvoor Nederland op dit moment vliegverboden heeft ingesteld, Frankrijk heeft een testplicht en voor risicolanden een quarantaineplicht, voor overige landen een quarantaineadvies.*
- *Duitsland heeft een verbod op het vervoer van passagiers die niet de Duitse nationaliteit hebben of inwoner zijn van Duitsland per trein, bus, schip en vliegtuig voor landen die aangemerkt zijn als virusvariantgebied, dit zijn onder meer Zuid-Afrika, Brazilië, Botswana, Malawi, Mozambique, Zambia, Zimbabwe, India, Nepal en het Verenigd Koninkrijk.'*

Eerder heeft het OMT aangegeven dat een negatieve PCR maximaal 72 uur voor vertrek, op indicatie aangevuld met negatieve antigensneltest de dag van vertrek van de vlucht, en een quarantaineperiode tot bekend worden van een negatieve PCR-test afgenomen op dag 5 daarvan, een afdoende aanpak was om introductie van infecties (en evt. variantvirussen) in Nederland het hoofd te bieden. Met de invoering van de verplichte quarantaine (gedurende 10 dagen of bekort tot 5 dagen bij een negatieve test 5 dagen na aankomst in Nederland) in combinatie met de eerder geadviseerde negatieve test voor vertrek naar Nederland vervalt voor een belangrijk deel de toegevoegde waarde van de huidige reisverboden.

Het OMT adviseert dan ook de beëindiging daarvan. Uiteraard dient de verplichte quarantaine dan strikte opvolging te krijgen.

**Datum**  
31 mei 2021

Het OMT merkt op dat het van groot belang is voor de volksgezondheid om dergelijke vliegverboden en maatregelen rondom reizen in Europees verband af te stemmen en te voorkomen dat alle landen eigen beleid maken, zodat risico's op introductie van infectieziekten daadwerkelijk verkleind worden voor alle landen. Via transport over land (na een vlucht naar Europa) kan immers anders alsnog verspreiding in Europa optreden, ook naar de landen die zelf een vliegverbod hebben.

**Ons kenmerk**  
0086/2021 LCI/JvD/AT/nn

### **Testen**

*Adviesvraag VWS: Zijn er, naast het belang van regionale spreiding vanwege kiemsurveillance, andere redenen dat er een bepaalde verhouding PCR-testen ten opzichte van antigeen testen regionaal verspreid afgenomen dienen te worden? Bijvoorbeeld mogelijke nieuwe varianten die minder goed gedetecteerd worden door antigeentesten? Zo ja, aan welke verhouding moet dan gedacht worden? Reden dat deze vraag wordt gesteld, is dat er meer GGD'en volledig willen overgaan op antigeentesten. Met dit advies kan VWS kaders bepalen voor de regionale verhouding tussen PCR en andere testtypen.*

Voor de surveillance van SARS-CoV-2 is de inzet van testen van belang voor verschillende redenen, zoals het zicht houden op de verspreiding van het virus en voor het bepalen van de R. Hiervoor kan in principe iedere beschikbare, gevalideerde test gebruikt worden. Echter, voor de volgende doelen is de PCR-test nodig en schiet een antigeentest tekort:

- monitoren van de introductie van varianten bij mensen met een reisgeschiedenis uit landen waar VOC's circuleren,
- monitoren van varianten bij clusters en uitbraken,
- monitoren van vaccinfalen en de effectiviteit van vaccins ten aanzien van nieuwe varianten en voor de nationale Kiemsurveillance.

Ook voor het bepalen van de karakteristieken van varianten die voorkomen bij mensen die eerder geïnfecteerd zijn geweest is alleen een PCR-test geschikt. In de GGD teststraten worden zowel PCR als ander antigeensneltesten ingezet, per regio in verschillende verhoudingen. Hierbij bestaat het risico dat er in sommige regio's onvoldoende PCR-testen gedaan worden voor bovenbeschreven doelen. Inmiddels is, door de snellere doorlooptijden van de PCR-testen in de teststraten, de tijdswinst van antigeensneltesten minder relevant geworden.

Het OMT adviseert om bij een dalende COVID-19-incidentie en bij een steeds groter aandeel gevaccineerde personen en personen die de infectie hebben doorgemaakt in de populatie, de PCR de voorkeur verdient boven antigeensneltesten bij mensen die zich laten testen in de GGD-teststraat.

Antigeensneltesten geven bij een lage incidentie mogelijk relatief vaker een fout-positieve uitslag. Een positieve uitslag van een antigeensneltest zou eventueel bevestigd moeten worden met PCR, bij voorkeur PCR-testen die een Ct-waarde kunnen produceren. De zelftesten die gebruikt worden in het onderwijs, bij bedrijven, instellingen en thuis zouden bij een lage incidentie met een PCR bevestigd moeten worden. Ervaring met zelftesten en confirmatietesten wordt nu opgedaan.

In GGD-regio's waar de COVID-19-incidentie laag is en waar het aandeel antigeentesten hoog is (bijvoorbeeld in Noord-Nederland) zal bij een lage incidentie het aantal PCR-testen nodig voor monitoring voor introductie van varianten en verspreiding van varianten in clusters alleen bij een hoger aandeel van PCR-testen toereikend zijn. Monsters uit de patiëntenzorg kunnen hierbij als aanvulling gebruikt worden.

Alleen voor kiemsurveillance kunnen berekeningen gemaakt worden van de minimaal benodigde aantallen PCR-monsters. Het betreft dan geen percentage maar een absoluut aantal PCR-monsters. Na aanvulling van PCR-monsters uit de patiëntenzorg varieert het minimaal benodigde aantal van 1280-6790 PCR-testen per week voor de verschillende GGD bij een incidentie van 1%, zoals afgelopen zomer. Deze berekening van het aantal benodigde testen kan per regio worden gemaakt. Het OMT acht het belangrijk om dit beleid te evalueren om het tijdig te kunnen bijstellen indien nodig.

**Datum**

31 mei 2021

**Ons kenmerk**

0086/2021 LCI/JvD/AT/nn

### **Praktijktesten Fieldlab-evenementen**

Adviesvraag VWS: *In het 111e en 112e OMT advies heeft u geadviseerd om te wachten met tweede fase praktijktesten van de type III-Fieldlab-evenementen tot in ieder geval stap 2 van het openingsplan is doorgevoerd. Hiermee kunnen type III-evenementen nu doorgang vinden. Geldt dat ook voor type II en type IV evenementen? Hieronder zijn deze vragen verder uitgewerkt.*

*Het OMT heeft via het Projectteam Fieldlab Evenementenindustrie de onderzoeksresultaten van de drie praktijktesten voor Evenement type II (binnen, ongeplaceerd) en twee praktijktesten voor Evenement type IV (buiten ongeplaceerd) ontvangen.*

*Bij de presentatie en weging van de onderzoeksresultaten maakt het onderzoeksteam wederom gebruik van het risicomodel dat ook bij de onderzoeksresultaten van evenement type I en III is gebruikt.*

*Naar aanleiding van deze resultaten heb ik de volgende vragen:*

*Hoe beoordeelt het OMT de aanbeveling die door het onderzoeksteam in het rapport wordt gedaan om evenementen van het type II (binnen ongeplaceerd), met de juiste set aan maatregelen, ook bij hoge prevalentie van SARS-CoV-2 te laten plaatsvinden, waarbij de generieke maatregelen, in het bijzonder de 1,5m afstand, op locatie vervangen worden door de volgende voorwaarden:*

- *Sneltest op een decentrale plaats, dicht bij huis;*
- *Sneltest op maximaal 24 uur van het einde van het evenement;*
- *Gebruikmaking van een app of anderszins toegangscontrole op een negatief testresultaat;*
- *Bezettingsgraad afhankelijk van het risiconiveau:*
  - *In het risiconiveau zeer ernstig geen staand publiek;*
  - *In het risiconiveau ernstig staand publiek op 50% van de capaciteit, met duidelijke scheidingen in zones voor staand publiek;*
  - *Vanaf zorgelijk is 100% bezetting, met andere maatregelen;*
- *Gebruikmaken van scheidingsmogelijkheden van groepen op basis van de capaciteit en het ontwerp van de locatie;*
- *Gebruik van een mond-neusmasker gedurende de bewegingsfase op locatie;*
- *Actieve communicatie met de bezoekers voor het delen van relevante informatie en wijzen op het naleven van de maatregelen.*

*Hoe beoordeelt het OMT de aanbeveling die door het onderzoeksteam in het rapport wordt gedaan om evenementen van het type IV (buiten ongeplaceerd) ook bij hoge prevalentie van SARS-CoV-2 te laten plaatsvinden onder de volgende voorwaarden:*

- *Sneltest op een decentrale plaats, dicht bij huis*
- *Sneltest op maximaal 24 uur van het einde van het evenement*
- *Gebruikmaking van een app of anderszins toegangscontrole op een negatief testresultaat*



- *Bezettingsgraad afhankelijk van het risiconiveau:*
  - *In het risiconiveau zeer ernstig zouden wij aanbevelen geen type IV evenementen te organiseren*
  - *In het risiconiveau ernstig is staand publiek gebaseerd op een capaciteit van 1 m2 per persoon mogelijk, zittend gebaseerd op 75% van de normale bezetting*
  - *Vanaf zorgelijk is 100% bezetting mogelijk, met maatregelen zoals aangegeven in dit advies*
- *Gebruik van een mond-neusmasker gedurende de bewegingsfase op locatie*
- *1,5 meter afstand houden in de ruimte niet direct bij een podium*
- *Actieve communicatie met de bezoekers voor het delen van relevante informatie en wijzen op het naleven van de maatregelen*

**Datum**  
31 mei 2021

**Ons kenmerk**  
0086/2021 LCI/JvD/AT/nn

*Kan het OMT aangeven of de anderhalve meter maatregel losgelaten kan worden voor de type II en IV evenementen in stap 4 en 5, en welke voorwaarden daarbij zouden moeten gelden?*

Het OMT adviseert om het toestaan van dergelijke evenementen (conform Fieldlab type II en IV) onder de volgende voorwaarden plaats te laten vinden:

- Voorwaarden voor **type II** events zoals in de adviesaanvraag beschreven, met de volgende aanvullende voorwaarden voor de bezettingsgraad:
- Bezettingsgraad afhankelijk van het risiconiveau:
  - in het risiconiveau *zeer ernstig* geen staand publiek. Alleen zittend, 'rustig' publiek (geen meezingen, meedansen, etc.) met 50% capaciteit (conversie naar een type I-event);
  - in het risiconiveau *ernstig* staand publiek op 50% van de capaciteit waarbij er gebruik gemaakt wordt van 100% van de standaard ervoor bedoelde ruimte, met duidelijke afstand en scheidingen in zones voor staand publiek. Alleen zittend met 75% capaciteit, bij zittend event iedere 4e stoel leeg;
  - vanaf *zorgelijk* is 100% bezetting, met andere maatregelen.

Voorwaarden voor **Type IV**-events zoals in de adviesaanvraag beschreven.

Daarnaast blijven al eerder genoemde voorwaarden, zoals genoemd in het OMT van 30 april, gelden, te weten:

- zowel medewerkers als deelnemers worden voorafgaand aan een evenement getest (in de 24 uur voor einde van het evenement);
- binnen 4 uur voor aanvang wordt bij alle medewerkers en deelnemers daarnaast een gezondheidscheck verricht (om er zeker van te zijn dat de deelnemers en medewerkers geen nieuwe klachten hebben ontwikkeld en ook niet in quarantaine zijn geplaatst als contact van een besmet persoon);
- kinderen onder de 6 jaar zouden met toegangstest (kindvriendelijke optie) ook moeten kunnen deelnemen de evenementen;
- duidelijke instructie aan alle deelnemers en medewerkers om achteraf bij (lichte) klachten te laten testen bij de GGD en deelname aan evenement te vermelden;
- goede afspraken worden gemaakt met de GGD zodat bron- en contactonderzoek n.a.v. een besmetting snel en effectief kan worden uitgevoerd;
- voldoende aandacht voor een vloeiende in- & uitstroom van deelnemers (bijv. op tijdslots);

- ventilatie moet op orde zijn: voor de binnenevenementen tot aan stap 5 minimaal 24m<sup>3</sup>/uur/p.p. Het maximaal aantal bezoekers is dan ook beperkt op basis van de feitelijke ventilatie. Organisaties dienen zich van de werking van het systeem te verzekeren;
- meezingen in groepsverband is niet toegestaan;
- voldoende afstand tussen artiesten onderling en artiesten en het publiek;
- ook kwetsbare personen mogen deelnemen;
- deelnemers dringend verzoeken de Coronamelderapp te installeren;
- bij type IV-events ervoor zorgen dat beschermende 'tenten' voor de podia voldoende ventilatie geven;
- geen meerdaagse evenementen.

**Datum**  
31 mei 2021

**Ons kenmerk**  
0086/2021 LCI/JvD/AT/nn

### **Ventilatie**

Adviesvraag VWS: *Bij de praktijktesten Fieldlab Evenementen is ook een aantal onderzoeken verricht naar druppelverspreiding en ventilatie. Geven deze onderzoeksresultaten of andere recente onderzoeksresultaten naar de mening van het OMT nog aanleiding om de geldende ventilatie adviezen te herzien?*

Tijdens twee recente Fieldlab-onderzoeken tijdens evenementen in de Ziggo Dome en Biddinghuizen is beoordeeld of de ventilatiesystemen op de evenementlocatie voldoende capaciteit hadden om onder een bepaalde CO<sub>2</sub>-waarde te blijven. De hoeveelheid CO<sub>2</sub> (ppm) in een ruimte is als indicator gebruikt voor voldoende ventilatie. Uit de resultaten bleek dat de CO<sub>2</sub>-waarde onder de gewenste grens bleef. Er is niet gekeken naar het effect van verschillende ventilatie-instellingen. In het derde onderzoek naar druppelverspreiding is gebruik gemaakt van een fluorescente vloeistof om de druppelverspreiding tijdens een zing- en dansevenement zichtbaar te maken. In deze proefopzet is echter niet gekeken naar de invloed van ventilatie op de druppelverspreiding.

Tot op heden is er geen onderzoek gepubliceerd waarin de vraag wordt beantwoord welke – voor publieke ruimtes, werkplekken en woningen - realistisch uitvoerbare (minimale) ventilatievoud leidt tot aantoonbaar minder SARS-CoV-2-infecties t.o.v. de huidige regelgeving en vigerende ventilatieadviezen.

Het RIVM adviseert sinds juni 2020 om *in ieder geval* bestaande regelgeving én geldende (arbo)richtlijnen te volgen, mede vanwege het ontbreken van een gedegen onderbouwing of andere aanwijzingen dat de huidige ventilatienormen niet voldoende zijn. Daarnaast wordt geadviseerd om 24 uur te ventileren, ventilatiesystemen te onderhouden en te gebruiken volgens de voorschriften.

De onderzoeksresultaten van de Fieldlab-evenementen en andere recente onderzoeksresultaten geven geen aanleiding om de ventilatieadviezen te herzien. Wel verdient het aanbeveling om bij evenementen, voor aanvang, de ventilatiesystemen te controleren op hun werkzaamheid.

### **Grenswaarden op basis van rioolmetingen**

Adviesvraag VWS: *Het RIVM heeft de afgelopen maanden intensief onderzoek gedaan naar de rioolwaterdata, en op basis van die analyses op verzoek van VWS signaalwaarden voorgesteld. De voorgestelde signaalwaarden worden benut om op het Coronadashboard meer richting en duiding te geven aan de cijfers voor het publiek.*

*Het is steeds de bedoeling geweest om met de signaalwaarden (op termijn) aan te sluiten bij de risiconiveaus uit de routekaart, omdat ze een belangrijk instrument kunnen zijn voor vroegsignalering. De volgende stap is daarom te analyseren hoe de riooldata zich de komende maanden gaan ontwikkelen, zodat*

*mogelijk in de zomer (als de verhouding tussen rioolcijfers en test- en ziekenhuiscijfers mogelijk gaat wijzigen vanwege toenemende immuniteit) deze koppeling gemaakt kan worden.*

**Datum**  
31 mei 2021

**Ons kenmerk**  
0086/2021 LCI/JvD/AT/nn

<b>Signaalwaarde</b>	<b>Niveau</b>
<i>Virusvracht van 10 x 100 miljard deeltjes</i>	<i>Van niveau 1 (waakzaam) naar niveau 2 (zorgelijk)</i>
<i>Virusvracht van 50 x 100 miljard deeltjes</i>	<i>Van niveau 2 (zorgelijk) naar niveau 3 (ernstig)</i>
<i>Virusvracht van 100 x 100 miljard deeltjes</i>	<i>Van niveau 3 (ernstig) naar niveau 4 (zeer ernstig)</i>

*Kan het OMT aangeven of deze signaalwaarden hanteerbaar zijn voor rioolwaterdata, nu de vaccinatiegraad omhoog gaat? Welke waarden zijn dan adequaat?*

Het OMT is geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot de rioolwatersurveillance voor monitoring van SARS-CoV-2. Rioolwatersurveillance lijkt een adequate, aanvullende indicator om te gebruiken voor inschaling vanaf een moment dat de infectiedruk is gedaald tot het niveau waakzaam. Surveillance van rioolwater kan een stijgende incidentie in een regio signaleren, ook als er mogelijk minder getest gaat worden in de toekomst. Rioolwatersurveillance is een goede maat voor circulatie van het virus, waarmee verspreiding gemonitord kan worden.

De grenswaarden voor deze indicator moeten voor invoering echter nog wel worden aangepast aan de veranderde situatie met betrekking tot de snel stijgende vaccinatiegraad. De grenswaarden van de signaalwaarde virusvracht die in de vraagstelling genoemd worden zijn gebaseerd op de situatie in de tweede golf en kunnen niet zondermeer overgenomen worden voor andere situaties. Het OMT adviseert om de indicator in de komende weken verder te kalibreren om actuele grenswaarden te bepalen. Na het afronden van dit proces van kalibratie kan de indicator een goede aanvulling zijn op de huidige inschalingswaarden.

### **Periodieke herijking grenswaarden inschalingssystematiek risiconiveaus**

*Adviesvraag VWS: In het advies n.a.v. OMT 111 adviseerde het OMT om de grenswaarden op het huidige niveau te handhaven tot de verhoudingen m.b.t. meldingen en ziekenhuisopnames gestabiliseerd was. Hoe is dat nu? Is het mogelijk om de grenswaarden van de inschalingssystematiek van de risiconiveaus van de routekaart te herijken?*

De grenswaarden voor incidentie en ziekenhuisopnames geven het risiconiveau op dit moment nog goed weer. Het OMT adviseert daarom de grenswaarden voor de indicatoren incidentie en ziekenhuisopnames op het huidige niveau te handhaven. Het OMT wil de waarden wel graag over 3-4 weken opnieuw evalueren, omdat de verwachting is dat er op korte termijn wel aanpassingen nodig zijn vanwege de snel stijgende vaccinatiegraad.

### **Vaccinatie na COVID-19**

Het huidige advies voor mensen die COVID-19 hebben doorgemaakt, is om hen éénmalig te vaccineren als er tussen de infectie en vaccinatie niet meer dan 6 maanden verstreken is. Naar aanleiding van de vraag of de termijn van 6 maanden kan worden losgelaten, heeft het OMT kennis genomen van uitkomsten van verschillende studies die gedaan zijn naar het effect van vaccinatie na een doorgemaakte infectie. Deze vraag is urgent vanwege de nog steeds bestaande vaccinschaarste en tegelijk het streven om alle volwassenen van 18 jaar en ouder zo snel mogelijk te vaccineren.

Het doormaken van een infectie met SARS-CoV-2 leidt tot een brede stimulering van de afweer. Daarom kan bij personen die een SARS-CoV-2-infectie hebben doorgemaakt, volstaan worden met eenmalige mRNA-vaccinatie in plaats van twee keer vaccineren, zoals de standaard is. Deze eenmalige mRNA-vaccinatie na een voorafgaande infectie leidt tot hogere antistoftiters (ook van virusneutraliserende aard) dan na twee keer vaccineren zonder vooraf een SARS-CoV-2-infectie.

**Datum**  
31 mei 2021

**Ons kenmerk**  
0086/2021 LCI/JvD/AT/nn

Eerder werd vastgehouden aan een SARS-CoV-2-infectie binnen een termijn van 6 maanden voorafgaand aan een eenmalige vaccinatie. Op basis van recente studies kan deze termijn worden losgelaten: na een aangetoonde SARS-CoV-2-infectie, ongeacht de ernst of het aantal symptomen die kunnen variëren van ernstig tot vrijwel afwezig, kan met één enkele vaccinatie worden volstaan. Dit geldt voor alle leeftijden tot 80 jaar. Alleen voor personen met een verzwakt immuunsysteem (vanwege leeftijd  $\geq 80$  jaar of vanwege een onderliggende aandoening/behandeling) is het advies om vast te houden aan twee keer vaccineren met een mRNA-vaccin, ondanks een eerder doorgemaakte SARS-CoV-2-infectie, omdat er nog weinig data beschikbaar zijn voor deze groepen.

De WHO adviseert om na het doormaken van COVID-19 de (1e) vaccinatie uit te stellen tot 6 maanden na de infectie. Dit hangt wel af van de epidemiologische situatie en het circuleren van VOC. Het doormaken van een SARS-CoV-2-infectie beschermt mogelijk niet of onvoldoende tegen nieuwe varianten van het virus (VOC's). Na infectie en vervolgens een eenmalige mRNA-vaccinatie, is de afweer tegen belangrijke VOC als B.1.1.7 en B.1. 351 veel hoger. Daarom is het advies om vaccinatie na het doormaken van een SARS-CoV-2-infectie niet tot 6 maanden later uit te stellen, maar zodra men aan de beurt is te vaccineren (met een minimuminterval van 4 weken tussen 1e ziektedag/test op SARS-CoV-2). In het licht van de circulatie van VOC en het reizen in de zomer, leidt de vaccinatie tot betere individuele bescherming en potentieel minder transmissie van VOC naar anderen.

Als iemand na de 1e vaccinatie in het interval vóór de 2e vaccinatie COVID-19 oploopt, levert dit een toegevoegde en brede immuunstimulatie. Voor deze groep is het advies om een langer interval dan 4-6 weken aan te houden tussen de 1e en 2e mRNA-vaccinatie. Het OMT adviseert om hier minimaal 8-12 weken aan te houden.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

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