



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

Ons kenmerk
0107/2021 LCI/JvD/at/mdv

Behandeld door
LCI

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

Datum 11 augustus 2021
Onderwerp Advies n.a.v. 123e en 124e OMT

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 6 en 9 augustus 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 (van vier) 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 4 augustus heb ik de adviesaanvraag ontvangen waarin u het OMT namens het kabinet vraagt te adviseren over een aantal vraagstukken.

Hieronder volgen een samenvatting en duiding van de epidemiologische situatie en de adviezen van het OMT. In bijlage 1 vindt u een presentatieoverzicht van de epidemiologische situatie van 6 augustus.

B. Actuele situatie

Verloop van de 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? Wat is uw verwachting ten aanzien van de ziekenhuis- en IC-bezetting in de komende weken? Kunt u daarbij ook ingaan op de verwachtingen ten aanzien van de verschillende virusvarianten?

Datum

11 augustus 2021

Ons kenmerk

0107/2021 LCI/JvD/at/mdv

Hieronder wordt de epidemiologische situatie en duiding weergegeven zoals in het OMT 123, d.d. 6 augustus jl., besproken.

Epidemiologische situatie

In de afgelopen 7 kalenderdagen (29 juli-5 augustus) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen met 40% afgenomen in vergelijking met de 7 dagen ervoor. In de afgelopen 7 kalenderdagen werden landelijk 113 personen per 100.000 inwoners positief getest voor SARS-CoV-2, vergeleken met 184 per 100.000 in de week daarvoor, en 351 de week daarvoor. Er was een variatie van 59 tot 172 per 100.000 tussen de regio's in de afgelopen 7 kalenderdagen. In de lopende kalenderweek lijkt de daling in het aantal meldingen te stagneren. Het patroon van het aantal meldingen naar leeftijd toont nog steeds het hoogste aantal meldingen, zowel qua absoluut aantal als qua aantal per 100.000 inwoners, in de leeftijdsgroepen 18 t/m 24 jaar, gevolgd door 13 t/m 17 jaar en 25 t/m 29 jaar. Het aantal positieve testen varieerde in kalenderweek 30 van 33-53 per 100.000 in de leeftijdsgroepen vanaf 60 jaar tot 217-329 per 100.000 in de leeftijdsgroepen tussen de 13 en 29 jaar.

Het aantal testen, exclusief testen voorafgaand aan een reis, bij de GGD-testlocaties was in de laatste week 34% lager ten opzichte van de 7 dagen ervoor. Het bijbehorende percentage positieve testen in de GGD-teststraten daalde licht naar 12,4% gemiddeld in de afgelopen 7 kalenderdagen, in vergelijking met 13% in de week ervoor. Het is van belang te realiseren dat het aantal positief geteste personen een mix is van personen met en personen zonder klachten, al dan niet getest na een tevoren positief bevonden zelftest. Hoeveel zelftesten thuis uitgevoerd worden, is daarbij onbekend. Onder uitgaande reizigers getest in de GGD-teststraten voor een reiscertificaat blijft het aandeel positieve testen relatief stabiel op ongeveer 1,5%. Bij personen getest in het kader van testen voor toegang is het percentage positieve testen gedaald naar ongeveer 0,5% in de afgelopen kalenderweek, in vergelijking met circa 1% een week eerder.

Het aandeel positief geteste personen met een verblijf in het buitenland in de 14 dagen voor eerste ziektedag was in de afgelopen 4 kalenderweken 8%, met een variatie van 1% in de oudste leeftijdsgroepen tot 18% in de jongvolwassenen. Dit aandeel en de verdeling van de meest voorkomende landen van verblijf weerspiegelt het reisgedrag van leeftijdsgroepen waar de hoogste incidentie zichtbaar was.

Het aantal besmettingen in instellingen voor langdurige zorg lijkt weer af te nemen na een verhoging in juli. Deze verhoging was overigens beperkt in vergelijking met eerdere pieken in deze instellingen. In de laatste week van juli was er op populatieniveau lichte oversterfte.

De instroom en bezetting op verpleegafdelingen in het ziekenhuis is over de piek heen. Op 5 augustus bedroeg de ziekenhuisbezetting 474 verpleegbedden, na een

piek van 522 op 2 augustus. Een afname van instroom en bezetting op de IC is nog niet zichtbaar, de meeste IC-opnames komen vanuit de verpleegafdelingen van het ziekenhuis. Op 5 augustus bedroeg de IC-bezetting 199 (bron: LCPS). Op basis van het aantal meldingen is opnieuw een inschatting gemaakt van het aantal ziekenhuisopnames over de week erna. Op basis van leeftijdsspecifieke meldingen en opnamekansen is de verwachting dat het aantal ziekenhuisopnames verder zal afnemen, en de bezetting op de IC nu ongeveer op de piek zit.

Datum

11 augustus 2021

Ons kenmerk

0107/2021 LCI/JvD/at/mdv

Reproductiegetal, relatieve besmettelijkheid varianten

De meest recente schatting van het reproductiegetal R_t , zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 22 juli op basis van Osiris: gemiddeld 0,72 (95%-interval 0,69–0,74) besmettingen per geval. De schattingen op basis van het aantal nieuwe ziekenhuis- en IC-opnames per dag kennen een aanzienlijk grotere onzekerheid, omdat ze berekend worden op veel geringere aantallen, maar deze waarden zijn op hetzelfde moment ruwweg net boven 1, en lager dan de week ervoor.

Uit de kiemsurveillance kunnen we het reproductiegetal per variant volgen. Dit beeld geeft blijvend aan dat de nieuwe 'Indiase' deltavariant relatief besmettelijker is ten opzichte van de 'Britse' alfavariant. Bijna alle infecties in Nederland worden momenteel veroorzaakt door de deltavariant (96,6% van alle tot dit moment geanalyseerde monsters in de kiemsurveillance in week 29).

Duiding epidemiologische situatie

Samenvattend is het aantal meldingen verder afgenomen, evenals de testvraag en het percentage positieve testen, al is het laatste percentage nog steeds hoog. Dit beeld is consistent over de verschillende regio's en voor alle leeftijdsgroepen. Ook het reproductiegetal is na een forse uitschieter weer afgenomen tot onder de 1,0. De verwachting is dat het aantal ziekenhuis- en IC-opnames niet verder zal oplopen. Nadat het aantal positieve testen begin juli pijlsnel omhoog geschoten was, daalde het aantal positieve testen als gevolg van de genomen maatregelen in de settings met verhoogd risico op transmissie ook weer snel. Overigens lijkt het tempo van de daling in de afgelopen kalenderweek te stagneren. De besmettingsgolf kon snel worden gekeerd na maatregelen die er de facto alleen en uitsluitend op gericht waren de vastgestelde bron van de snelle toename weg te nemen, namelijk nachtclubs en festivalfeestjes, en daarmee het verder voortgaan van deze bron van besmettingen te onderbreken. De verspreiding en aanhoudende transmissie onder oudere generaties bleef beperkt; de helft van de meldingen in deze vierde golf betrof personen in de leeftijd 18 t/m 29 jaar, een vijfde van de meldingen personen vanaf 40 jaar en slechts 2% personen vanaf 70 jaar. Bovendien bleek de overgrote meerderheid van de geïnfecteerden door SARS-CoV-2 (nog) niet volledig gevaccineerd: 88%. Bij gevolg van de leeftijdsverdeling bleef in deze vierde golf tot nu toe het percentage opnames beperkt tot net geen 1% van de positief geteste personen; dit percentage lag in de eerdere golven (waarin alle leeftijdscohorten waren betrokken) hoger, namelijk op gemiddeld ~3%. Circa 20-22% van in het ziekenhuis opgenomen patiënten werden overgeplaatst naar de IC-afdeling; dit percentage is nauwelijks anders dan tijdens de eerdere infectiegolven.

Het essentiële verschil met de tweede golf vorig jaar, die eigenlijk op soortgelijke wijze (maar minder explosief) begon met verspreiding onder jongeren na de zomervakantie, en wel naar andere leeftijdsgroepen uitbreidde en tot aanhoudende transmissie leidde, is dat met uitzondering van deze jongeren de

meerderheid van de bevolking, en met name de hogere leeftijdscohorten, nu gevaccineerd zijn.

Kortom, de vierde golf toont de effectiviteit van vaccinatie tegen COVID-19, waardoor Nederland in de zomerperiode de verspreiding na een kortdurende explosieve toename van COVID-19 (in herhaald optreden in de kiem gesmoord door zeer gerichte interventie) wist te absorberen. Ofschoon dat een gunstig beeld voor nu oplevert, is dit geen garantie voor eenzelfde afloop in de herfst- en winterperiode als het seizoenseffect niet langer gunstig uitpakt, maar tegenwerkt; daarbij is naar verwachting tot circa 20-25% van de personen in Nederland dan nog niet immuun, en deels geografisch geclusterd in gebieden die daarmee kwetsbaar blijven.

Op basis van de duiding ziet het OMT geen aanleiding om op dit moment aanvullende maatregelen te adviseren, en is er alle onderbouwing om de vaccinatie-inspanning nog verder te intensiveren.

Datum

11 augustus 2021

Ons kenmerk

0107/2021 LCI/JvD/at/mdv

C. Adviezen

Onder welke voorwaarden is versoepeling van maatregelen verantwoord?

Adviesvraag VWS - Sinds 9 juli gelden tijdelijk aanvullende maatregelen om verspreiding van het coronavirus tegen te gaan. Deze aanvullende maatregelen lopen af op 13 augustus. Voor evenementen lopen de maatregelen af op 31 augustus. Ook gelden er nog algemene beperkingen, zoals de veilige afstandsnorm. Daarnaast zijn er beperkingen ten aanzien van het onderwijs. Kan het OMT advies geven of, op welk moment en onder welke voorwaarden versoepeling van maatregelen veilig en verantwoord is? Het kan uiteraard ook gaan om onderdelen van maatregelen. Kunt u daarbij ook rekening houden met cumulatieve effecten bij eventueel voorgestelde versoepelingen?

- *Acht het OMT het verantwoord om de veilige afstandsnorm in Nederland los te laten, en zo ja per wanneer?*
- *Kunnen de beperkingen voor het onderwijs worden opgeheven, en zo ja per wanneer? Dit betreft in het bijzonder de veilige afstandsnorm in het middelbaar beroepsonderwijs en het hoger onderwijs, de veilige afstandsnorm tussen leerlingen en personeel in het primair en voortgezet onderwijs en de mondkapjesplicht in het voortgezet onderwijs.*
- *Kunnen de aanvullende collectieve maatregelen, genomen op en na 9 juli, worden opgeheven en zo ja, per wanneer? Dit betreft in het bijzonder de sluitingstijd en het verbod op entertainment voor de horeca, het beperken van de inzet van coronatoegangsbewijzen en het thuiswerkadvies.*

Alsmede een aantal detailvragen naar aanleiding van deze hoofdvragen.

Het OMT bespreekt bovengenoemde vragen, die nog aangevuld zijn met detailvragen, allereerst tezamen voor één enkele, algemene vraag:

Kan het OMT advies geven of, op welk moment en onder welke voorwaarden versoepeling van maatregelen veilig en verantwoord is?

Bij de beantwoording van deze vraag zijn richtinggevend: de doelen van het beleid waarop advisering van het OMT zich richt, de epidemiologische context op het moment van versoepelen, en de inschatting van de dynamiek van verspreiding na loslaten van de maatregelen. Uiteraard blijven er onzekere factoren die een rol kunnen spelen in het najaar en de winter, zoals de opkomst

van nieuwe ('escape'-)varianten van het virus of het optreden van immuniteitsverlies in sommige subgroepen. Deze aspecten worden voor nu buiten beschouwing gelaten omdat ze nu nog niet actueel en aan de orde zijn.

Datum
11 augustus 2021

Ons kenmerk
0107/2021 LCI/JvD/at/mdv

Op welk moment zijn versoepelingen veilig en verantwoord?

Omdat de verspreiding van SARS-CoV-2 na het versoepelen van de maatregelen – getuige de ervaring in de afgelopen vierde golf, maar ook de ervaringen uit andere Europese landen – zich vooral zal voordoen onder niet-gevaccineerde personen, adviseert het OMT de overheid om zich alle inspanningen te getroosten om de vaccinatiegraad zo hoog mogelijk te krijgen, en hiermee door te gaan nadat iedereen die dat wil volledig gevaccineerd is. Dit betekent inzicht te verkrijgen in de redenen dat sommige groepen niet of onvoldoende bereikt zijn, en daarop gericht acties te ondernemen. Pas als iedereen de mogelijkheid heeft gehad volledig gevaccineerd te zijn, en er een minimale follow-upperiode van 2 weken in acht is genomen, zouden versoepelingen overwogen kunnen worden. Zodoende wordt vermeden dat iemand alsnog geïnfecteerd raakt terwijl deze (deels) gevaccineerd is of wil worden maar nog niet de kans heeft gehad te kunnen profiteren van het beschermend effect daarvan. Naar verwachting wordt deze situatie medio september (d.i., zondag 19 september) bereikt. De meeste mensen kunnen gevaccineerd worden, maar een enkeling niet vanwege medische redenen; daarnaast zijn er personen die vaccinatie afwijzen, maar ook die het overwegen maar zich onvoldoende geïnformeerd vinden; tenslotte zal niet iedereen na vaccinatie volledig beschermd zijn. Daarom moet er een blijvende inspanning zijn – ook na medio september – om toch nog zoveel mogelijk personen die dan niet gevaccineerd zijn, te overtuigen. Ook bij het BCO zal dit onderdeel van de advisering zijn, bijv. aan niet-gevaccineerde contacten van index-casussen.

Zoals in eerdere OMT-brieven aangegeven is er een hiërarchie in het verminderen van het risico SARS-CoV-2 te verspreiden en anderen te besmetten, als iemand een SARS-CoV-2-infectie heeft. Dit gaat van bronmaatregelen tot collectieve maatregelen en ten slotte aanvullende individuele maatregelen om restrisico's af te dekken. Het doel van dit samenhangende pakket van maatregelen is inperking van het risico. In dit kader moet vaccinatie eigenlijk als overstijgende maatregel gezien worden, omdat het niet alleen de kans een infectie op te lopen vermindert maar ook de kans het SARS-CoV-2-virus na een besmetting door te geven. Omdat naar stellige verwachting SARS-CoV-2 blijft circuleren zal iedereen, immuun of niet, vroeger of later ermee in aanraking komen. Personen die de infectie al hebben doorgemaakt (en daarna eventueel nog een vaccindosis hebben ontvangen om de immuniteit te boosten), of volledig gevaccineerd zijn, zullen geen of veelal milde ziekteverschijnselen krijgen. Maar niet alleen de kans op ziekteverschijnselen is belangrijk verminderd, ook de kans op ernstige ziekte en ziekenhuisopname is afgenomen, ook na infectie met de deltavirusvariant. Personen die de infectie niet doorgemaakt hebben en niet zijn gevaccineerd, hebben een aanmerkelijk grotere kans op ziekteverschijnselen die soms ernstig zijn en waarvoor ziekenhuisopname nodig kan zijn. Bovendien zijn deze personen naar stellige verwachting – ook bij de deltavariant - besmettelijker dan personen die wel immuun zijn en zullen zij het virus vaker doorgeven.

Samenvattend: het OMT adviseert om versoepeling van maatregelen in te plannen voor de geschatte datum (d.i., zondag 19 september) dat iedereen de mogelijkheid heeft gehad volledig gevaccineerd te zijn, en inbegrepen een follow-up periode van 2 weken.

Onder welke voorwaarden zijn versoepelingen veilig en verantwoord?

Of versoepelingen veilig en verantwoord doorgevoerd kunnen worden is afhankelijk van de doelen van het beleid waarop advisering van het OMT zich richt, de epidemiologische context op het moment van versoepelen, en de inschatting van de dynamiek van verspreiding na het loslaten van de maatregelen.

Datum

11 augustus 2021

Ons kenmerk

0107/2021 LCI/JvD/at/mdv

Een van de drie doelen van het beleid richt zich op de belasting in de zorg in relatie tot de zorgcapaciteit, waarbij naast ziekenhuis- en IC-zorg, ook de zorg in verpleeghuizen, door huisartsen, etc., betrokken wordt. Hierbij is het belangrijk de vraag te beantwoorden hoe de huidige situatie zich vertaalt naar de mogelijke zorgbelasting die kan optreden na versoepelen. Met andere woorden: hoeveel personen zijn straks immuun voor SARS-CoV-2 en hoeveel personen niet, en in welke tijdsperiode kan dat, door toename van verspreiding onder niet-immune personen na versoepelingen, tot welke zorgbelasting leiden.

Een tweede doel is het beschermen van de kwetsbaren onder de bevolking, waarvan een deel geïnstitutionaliseerd leeft, maar het grootste deel thuis. Welke maatregelen moeten genomen worden als na versoepelen de circulatie van het virus toeneemt? Ten slotte, de derde doelstelling, zicht te houden op het virus, zal door continuering van surveillance, BCO door GGD'en, volgen van ziekenhuisopnames en kiemsurveillance, worden gerealiseerd.

Hoeveel personen zijn immuun voor SARS-CoV-2 en hoeveel personen niet, en in welke tijdsperiode kan dat tot welke mate van zorgbelasting leiden, door toename van verspreiding na versoepelingen?

Voor inschatting van het aantal immune personen beschikken we over het totaal aantal positief bevonden personen in teststraten, ziekenhuizen en dergelijke, dat in anderhalf jaar is opgelopen tot circa 1,9 miljoen. Maar dit is niet het daadwerkelijke aantal, omdat lang niet iedereen die COVID-19 heeft gehad, getest is. Er zijn twee brondocumenten die helpen in te schatten hoeveel mensen een infectie hebben doorgemaakt. Allereerst is het afgelopen anderhalf jaar met regelmatige tussenpozen onder bloeddonoren nagegaan of ze antistoffen hebben ontwikkeld tegen het SARS-CoV-2, uitgevoerd door Sanquin Research. Daarnaast zijn er de gegevens van het Pienter Corona (PiCo) onderzoek, uitgevoerd door het RIVM, waarbij met wat langere intervallen onder een representatieve bemonstering uit de Nederlandse bevolking nagegaan is hoeveel van hen antistoffen hebben tegen het SARS-CoV-2. Het is hierbij mogelijk een onderscheid te maken tussen personen met antistoffen na een natuurlijk doorgemaakte SARS-CoV-2-infectie, of na een vaccinatie.

De onderzoeken tonen dat half juli jl. circa 20% van de Nederlandse bevolking sero-immuniteit had na een SARS-CoV-2-infectie. Een deel van hen die recent een infectie hebben doorgemaakt moet nog antistoffen ontwikkelen, dus het werkelijk percentage ligt iets hoger. Een schatting van 20-25% sero-immuniteit op grond van doorgemaakte infectie in de huidige situatie representeert circa 3,5-4,4 miljoen personen, grofweg het dubbele aantal dat test-bevestigd positief bevonden is. Deze verdubbeling lijkt een aanzienlijk getal maar is laag ten opzichte van een aantal andere Europese landen. Bijvoorbeeld, in Duitsland wordt op grond van soortgelijk onderzoek geschat dat slechts een op elke vier tot vijf personen die een SARS-CoV-2-infectie doormaken, getest wordt en positief bevonden. Ook de bevindingen van het gedragsonderzoek suggereren dat het aantal personen dat zich laat testen bij klachten, lager ligt dan 50%. Dat zou betekenen dat 3,5-4,4 miljoen doorgemaakte infecties waarschijnlijk een conservatieve schatting is.

Tevens is in deze onderzoeken nagegaan welk percentage Nederlanders antistoffen heeft ontwikkeld, ofwel ten gevolge van natuurlijk doorgemaakte infectie ofwel door vaccinatie verkregen. In het Sanquin-onderzoek onder bloeddonoren bedraagt het percentage antistof- positieven (ongeacht vaccinatie of doorgemaakte infectie) in de leeftijdsgroep 18-75 jaar gemiddeld ruim 94%. Dit resultaat wordt ondersteund door de bevindingen van het RIVM-onderzoek dat weliswaar wat lager uitkomt, maar waarbij de laatste, vijfde bemonstering dateert van 14 juni tot 19 juli, met 90% van de bemonstering voor 5 juli toen het vaccinatieprogramma minder ver gevorderd was. In het PiCo-onderzoek had bij bemonstering van de 18-24 jarigen net meer dan 30% een eerste vaccinatie ontvangen, ongeveer 35% van de 25-29 jarigen, 50% van de 30-40 jarigen en circa 85% van de 40-50 jarigen; in de leeftijden daarboven was meer dan 90% gevaccineerd. Ook in dit onderzoek blijkt de ontwikkeling van sero-immuniteit hoog: in de groep van 50-59 jaar had 91% antistoffen en in de groep van 60 en hoger 94-98%.

Datum
11 augustus 2021
Ons kenmerk
0107/2021 LCI/JvD/at/mdv

De epidemiologische context op het moment van versoepelen: hoeveel personen zijn niet immuun voor SARS-CoV-2 en wat zou de daaruit voortkomende zorgbelasting kunnen zijn?

Op grond van de schatting van het aantal doorgemaakte infecties (circa 3,5-4,4 miljoen personen) en de immuniteit opgebouwd door vaccinatie (zowel gemeten in bovenvermelde onderzoeken als afgelezen aan de vaccinatie-uitrol) kan grofweg bepaald worden hoe groot het aantal personen is dat nog geen afweer tegen SARS-CoV-2 heeft. Deze personen zouden bij oplopende verspreiding na versoepelen van maatregelen ziek kunnen worden, omdat ze vroeger of later met SARS-CoV-2 in aanraking komen. Dit aantal is van belang om de mogelijke noodzakelijke zorgcapaciteit in te kunnen schatten. De volgende tabel geeft een overzicht van dit aantal, per medio september, zoals op verschillende methoden berekend:

Aantal niet-immune personen ~ 1,8 mln. *)	Geen enkele correctie	Correctie op alle leeftijd cohorten
Aantal gevallen positief	1,8 mln.	1,8 mln.
Aantal ziekenhuisopnames	~ 25.000	16.000 - 22.000
Aantal IC-opnames	~ 5.500	2.200 - 3.400

*) kinderen < 12 jr. niet meegenomen in vergelijking

Omdat de laatste kolom gecorrigeerd is voor de vaccinatiegraad per leeftijdscohort acht het OMT deze schatting het meest waarschijnlijk en neemt deze aantallen als uitgangspunt. De Tabel geeft het cumulatief aantal nog te verwachten infecties, ziekenhuisopnames en IC-opnames als iedereen die niet-immuun is, de komende tijd daadwerkelijk besmet wordt. Ter vergelijking, er zijn tot dit moment circa 60.000 ziekenhuisopnames en ruim 13.000 IC-opnames van COVID-19-patiënten geweest. Dat representeert 3,2% en 0,7%, respectievelijk, van het aantal 1,9 miljoen positief geteste personen, en de helft daarvan (circa 1,2 en 0,35%) van het vermoedelijke totale aantal opgetreden infecties (nl. circa 3,5-4,4 miljoen personen).

De in de tabel vermelde aantallen nemen niet mee het onbekende aantal volledig gevaccineerde personen dat vanwege onderliggende medische problematiek een zorgvraag kan hebben tijdens een SARS-CoV-2-infectie. In de vierde golf is dit aantal slechts een relatief klein percentage van het totaal aantal opgenomen patiënten, circa 10% (bron: NVALT); een vergelijkbaar percentage geldt voor het

aantal meldingen van positief-geteste gevaccineerde personen. Voor zover deze in het ziekenhuis opgenomen werden betrof dat vooral personen boven de 60 jaar met onderliggende medische problemen. Deze groep moet wel meegenomen worden in de schattingen, omdat bij een uitbraak onder niet-gevaccineerde personen ook volledig gevaccineerde personen besmet zullen worden en een (klein) percentage daarvan ziekenhuiszorg behoeft. Hoeveel hangt af van de besmettelijkheid van de circulerende virusvariant, aantal infecties onder niet-gevaccineerde personen, en vaccineffectiviteit tegen infectie en transmissie. Uit dit oogpunt zal het nodig zijn voor bescherming van kwetsbare personen aanvullende maatregelen te adviseren; hier komt het OMT in een van haar volgende adviezen terug.

Datum

11 augustus 2021

Ons kenmerk

0107/2021 LCI/JvD/at/mdv

Inschatting van de dynamiek van verspreiding na loslaten van de maatregelen

Anders dan inschatting van het cumulatieve aantal infecties waarmee na versoepelingen rekening gehouden moet worden, is een berekening van het tijdsbestek waarin de vraag naar zorg zich voordoet, onzeker. Dit hangt onder meer af van de Ausgangssituatie ten tijde van versoepelingen, en de mate en snelheid van verspreiding van SARS-CoV-2. Die Ausgangssituatie is afhankelijk van de circulatie van SARS-CoV-2 in Nederland medio september (naar verwachting terug op of in buurt van niveau 'zorgelijk'), vermeerderd met de terugkomst van besmette vakantiegangers. Wat betreft de verspreiding zijn van belang het tijdstip waarop het seizoenseffect ten nadele keert en de mate van (lokale en sociaal-geografische) clustering van niet-immune personen. De vele vaak nog onzekere factoren maken dat prognoses van modelleringen een zeer ruime marge van onzekerheid hebben. Het OMT zal trachten voor 1 september hier beter zicht op te krijgen.

Scenario's van versoepelen

In het OMT zijn op grond van bovenstaande overwegingen vier verschillende scenario's van versoepelen doorgesproken die hier kort worden benoemd. Ze houden in dat, als iedereen de kans heeft gehad gevaccineerd te zijn en de twee weken immuniteitsopbouw hebben doorlopen:

- alle nog resterende bestrijdingsmaatregelen worden gestaakt. Wordt hierna door toename van besmettingen een vooraf vastgestelde grens van zorgcapaciteit overschreden, dan worden versoepelingen (deels) teruggedraaid;
- voor een deel maar niet van alle van de nu nog door maatregelen getroffen settings (d.i., risicosituaties waarvan in BCO vastgesteld is dat er bovengemiddeld overdracht van besmettingen plaatsvinden) de resterende bestrijdingsmaatregelen worden gestaakt. Dit vereist een prioritering van dergelijke settings, zoals onderwijsinstellingen, cultuurinstellingen, horeca, werken op locatie in plaats van thuis, festivals/evenementen, nachthoreca, etc. Wordt hierna door toename van besmettingen een vooraf vastgestelde grens van zorgcapaciteit overschreden, dan worden versoepelingen verder uitgesteld of zelfs (deels) teruggedraaid. Als een toename tot deze grens uitblijft, worden de maatregelen in een volgende of alle settings versoepeld, zulks na beoordeling op dat tijdstip, en zo verder;
- een deel van maar niet alle bestrijdingsmaatregelen voor alle settings/risicosituaties worden gestaakt. Dit vereist een prioritering van loslaten van (collectieve) bestrijdingsmaatregelen, zoals 1,5 meter afstand houden, groepsgrootte binnen en buiten, openingstijden, toepassing van neusmondmaskers als er geen 1,5 meter afstand gehouden kan worden, etc. Wordt hierna door toename van besmettingen een vooraf vastgestelde grens

van zorgcapaciteit overschreden, dan worden versoepelingen verder uitgesteld of zelfs (deels) teruggedraaid. Als een toename tot deze grens uitblijft, worden de volgende geprioriteerde maatregelen versoepeld, en zo verder;

- alle nog resterende bestrijdingsmaatregelen voorlopig worden aangehouden totdat duidelijk is hoe de epidemie verder verloopt, en hoe de zorgcapaciteit in de komende winterperiode bijvoorbeeld wordt aangesproken door andere respiratoire virussen waaronder influenza, RSV en dergelijke.

Ook een combinatie van bijvoorbeeld de twee voorlaatste scenario's zou mogelijk zijn, maar is toenemend complex in de uitvoering. Een voorbeeld: als ervoor gekozen zou worden om de 1,5 meter los te laten, dan is daarvan bekend dat de gevolgen binnen verschillende settings belangrijk verschillen, omdat risico's waartegen de beheersmaatregelen als 1,5 meter afstand houden gericht zijn, interacteren met andere bestrijdingsmaatregelen en settings. In een collegezaal of museum levert het loslaten van de 1,5 meter afstand naar verwachting op grond van BCO onderzoek een geheel ander risico van verspreiding op dan het loslaten van dezelfde maatregel in de horeca of discotheken.

Bij een belangrijke toename van het aantal gevallen worden, bij voorkeur, bestrijdingsmaatregelen teruggesteld op geleide van bij BCO vastgestelde hotspots. Dit zou bijvoorbeeld kunnen inhouden dat in gebieden met een lage vaccinatiegraad, waar naar verwachting uitbraken zich zullen concentreren, gerichte maatregelen worden genomen, zoals schoolsluiting, of herintroductie van social distancing in horeca, etc. Pas in tweede instantie zouden maatregelen dan genomen worden die het hele land betreffen.

In alle scenario's blijft overeind dat de bronmaatregelen en een aantal collectieve maatregelen van kracht blijven. Bijvoorbeeld, door prompt in isolatie te gaan bij klachten en door testen vast te stellen of er sprake is van SARS-CoV-2-infectie. Iedereen heeft hierin een verantwoordelijkheid, ook in het strikt opvolging geven aan de adviezen van de GGD naar aanleiding van de testuitslag. Bij bevestiging van een index (= eerste geval) in een huishouden, moeten alle leden in het huishouden in quarantaine, tenzij ze of volledig gevaccineerd zijn of bij hen de afgelopen 6 maanden een SARS-CoV-2-infectie is vastgesteld. Buiten het huishouden speelt deze maatregel voor overige nauwe contacten (categorie 2) door in triage door de GGD. Dit zijn maatregelen die de eerstelijns verdediging vormen en mits goed opgevolgd groot effect sorteren in de bestrijding van de epidemie. Daarnaast blijven een aantal collectieve maatregelen actueel, door – mocht dit zich opdringen – in de elleboogplooï te hoesten, of niezen in een (bij voorkeur papieren) zakdoek. Daarnaast passen hierin alternatieven voor handen schudden, frequent wassen van handen, desinfectie van eventueel gecontamineerde oppervlakten en voorwerpen, en meer in het algemeen hygiëne. Ook ventilatie maakt onderdeel uit van deze collectieve maatregelen.

Voorkeur om per setting/risicosituatie te gaan versoepelen

Wat betreft de mogelijke consequenties van de scenario's in termen van besmettingen, potentiële belasting van de zorg en bescherming van kwetsbaren ziet het OMT – behoudens het scenario waarbij de bestrijdingsmaatregelen niet losgelaten worden – geen principiële verschillen in het effect van de andere scenario's. In alle gevallen is er een risico op toename van de besmettingen, en zal er naar alle waarschijnlijkheid bijgestuurd moeten worden, bij voorkeur lokaal en gericht op clusters van (dan veelal niet-immune) personen waar interventies het meeste effect resulteren, als dit aantal uit de bocht dreigt te vliegen. De voorkeur van het OMT gaat echter uit naar het tweede scenario, waarbij in de

Datum
11 augustus 2021

Ons kenmerk
0107/2021 LCI/JvD/at/mdv

prioritering van settings/risicosituaties in advies van het OMT het voortgezet onderwijs, beroepsonderwijs en universitair onderwijs bovenaan staan en als eerste zonder restricties zouden moeten kunnen openen. Deze keuze berust met name ook op een afweging van medische aard, vanwege vastgestelde (ook fysieke en geestelijke) schade aan kinderen en jongeren als zij te lang in het onderwijs beperkingen ondervinden. Een dergelijke keuze heeft het OMT eerder gemaakt en de literatuur die ook daarna nog verschenen is onderstreept het belang ervan.¹

Datum

11 augustus 2021

Ons kenmerk

0107/2021 LCI/JvD/at/mdv

Het OMT adviseert daarom het voortgezet onderwijs, beroepsonderwijs en universitair onderwijs zonder enige restricties te openen zodra twee weken nadat de vaccinaties aan iedereen die dat wil gegeven zijn (zie bovenstaand).¹ Dit advies houdt in dat *binnen onderwijsinstellingen* restricties wegvallen, maar dat zij daarbuiten wel blijven gelden, ook voor studenten en leerlingen. Naar verwachting ligt dit moment van versoepelen op 19 september (en praktisch gezien maandag 20 september). Het OMT realiseert zich dat dit moment helaas niet samenvalt met het openen van de scholen na de zomervakantie. De reden om hier niet meteen na opening van de scholen na de zomervakantie mee te beginnen houdt allereerst met bovenstaande afweging betreffende vaccinaties verband, en tevens dat bij nog niet maximaal haalbare vaccinatie (in deze leeftijdsgroep), de schoolopening zonder de nu gangbare maatregelen tot clusters zal leiden, en bijgaand onrust. Dit wordt geaccentueerd door de terugkeer naar school van leerlingen die – evenals hun ouders – van vakanties terugkomen en op school elkaar weer treffen. Deze initiële fase van onderwijs gaat dan nu nog gepaard met de gangbare maatregelen.

Het OMT adviseert om de versoepeling in het onderwijs niet afhankelijk te stellen van een bepaalde incidentiemaat van COVID-19 in de bevolking; een van de redenen daarvoor is om onomwonden een definitieve versoepelingsdatum vast te stellen, terwijl bij uitbraken in schoolinstellingen, ook na versoepelingen, altijd BCO naar clusters, etc, volgt.

In de fase na deze eerste grote versoepeling zal het OMT de epidemiologische ontwikkelingen nauwgezet volgen, om zo spoedig mogelijk erna – te denken drie weken – te adviseren over verdere versoepeling (zie ook bovenstaand). Wordt door toename van besmettingen een vooraf vastgestelde grens van zorgcapaciteit overschreden, dan worden versoepelingen verder uitgesteld of zelfs (deels) teruggedraaid, zoals boven aangegeven het liefst regionaal, gericht op de setting waar de toename van besmettingen zich voordoet. Als een toename van besmettingen tot deze grens uitblijft, worden de maatregelen volgens prioritering versoepeld, in één keer of deels, al of niet met aanvullende maatregelen zoals toegangstesten.

Voor verdere bespreking van maatregelen in onderwijsinstellingen, relevant voor de periode tot volledig versoepelen hiervan, wordt verwezen naar bijlage 2. Ook voor internationale studenten is het van groot belang dat zij, indien zij nog niet volledig gevaccineerd zijn, eventueel aanvullend op in het buitenland ontvangen vaccins, gevaccineerd worden (zie ook Uitvoeringsrichtlijn vaccinatie, paragraaf 8.3).

¹ Het OMT adviseert tevens om Universitair Medische Centra en ziekenhuizen waar studenten zich zouden kunnen mengen met patiënten en personeel, het onderwijs onder door hen bepaalde restricties zodat dit veilig voor iedereen kan, te laten uitvoeren.

Zicht houden op het virus

Dit geschiedt middels de uitbreiding van NIVEL/RIVM-huisarts-peilstations, GGD-teststraten, BCO door GGD, rioolwatersurveillance en Infectieradar.nl voor early warning, en middels nalevingsmonitor en gedragsonderzoek GGD/RIVM. Het OMT adviseert om in eerste instantie (ten minste tot na griepperiode komende winter) de basissurveillance niet af te bouwen en ook de mogelijkheid te houden om (lokale) uitbraken op te sporen en te bestrijden. Deze gerichte aanpak heeft haar nut in de afgelopen vierde golf meer dan bewezen. Daarnaast blijven de bronmaatregelen (prompt in isolatie te gaan bij klachten en door testen vast te stellen of er sprake is van SARS-CoV-2-infectie; en quarantaineregels voor niet-immune contacten) essentieel in het temporiseren en mitigeren van de verspreiding van het virus en mits goed opgevolgd sorteren ook een groot effect.

Datum

11 augustus 2021

Ons kenmerk

0107/2021 LCI/JvD/at/mdv

Lacunes in kennis: long COVID

Wat betreft long COVID zijn nog veel kennislacunes, waarvoor onderzoeksprogrammering beschikbaar zou moeten komen. In de wetenschappelijke literatuur zijn enkele studies bekend. Ook in Nederland wordt hier onderzoek naar gedaan, o.a. in de ReCOVer-studie (Amsterdam MC, GGD Amsterdam, met subsidie van ZonMW), door de kinderartsen, en via de Pienter Corona studie en de LongCOVID-studie. Het OMT volgt de resultaten van deze onderzoeken, zodat ook deze effecten van COVID-19 kunnen worden meegenomen in de advisering.

BCO-maatregelen

In het advies naar aanleiding van het 116e en 117e OMT heeft u geadviseerd over de BCO-maatregelen. Uw advies is door het LCI overgenomen en geldt als basis voor de BCO-maatregelen. Sindsdien is er een grote opleving van het aantal positieven geweest en is in de praktijk een ruim testbeleid voor contacten uit BCO gevolgd. Verder is sindsdien de deltavariant dominant geworden. Leidt dit tot een wijziging van uw advies over de BCO-maatregelen?

Het BCO-beleid is begin juli gewijzigd naar aanleiding van het 116e en 117e OMT, waarin geadviseerd is voor contacten die als immuun kunnen worden beschouwd, geen quarantaine nodig is. Deze contacten krijgen, als ze geen klachten hebben, alleen een testadvies als zij huisgenoten zijn van een besmettelijke index. Ook krijgen zowel immune huisgenoten als nauwe contacten altijd het advies om alert te zijn op klachten en zich bij klachten te laten testen bij de GGD. In geval van uitbraken of clusters, krijgen ook deze immune contacten het advies om zich bij klachten laagdrempelig te laten testen als zij mogelijk risico hebben gelopen.

De rationale voor het gewijzigde beleid voor immune contacten is dat zij niet alleen veel minder risico lopen om ziek te worden, ook is de kans dat zij besmettelijk worden veel kleiner dan bij mensen die geen of onvoldoende afweer hebben tegen Sars-CoV-2. Hiervoor is voldoende wetenschappelijk bewijs. Ten aanzien van de deltavariant zijn de nu gebruikte vaccins ook effectief tegen ernstige ziekte door deze variant, het verschil in vaccineffectiviteit tegen ernstige ziekte in vergelijking met de alfavariant is gering. Voor infectie en daarmee transmissie is het aannemelijk dat de vaccineffectiviteit wel lager is dan tegen de alfavariant. Echter, nog steeds is de kans op ziek worden en besmettelijk worden veel kleiner dan bij mensen die niet beschouwd worden als immuun.

Tot slot vraagt u het OMT om te adviseren over de noodzaak en mogelijkheden bepaalde kwetsbare groepen thuiswonende ouderen en mensen met een

bepanking of chronische ziekte persoonlijk te beschermen, aanvullend op de basismaatregelen. Deze vragen worden in een volgend OMT behandeld.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

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

Datum

11 augustus 2021

Ons kenmerk

0107/2021 LCI/JvD/at/mdv

ⁱ Literatuur

Brink, M., van den Broek, A. & Ramakers, C. (2021). Ervaringen van studenten met onderwijs en toetsen op afstand tijdens corona. Nijmegen: ResearchNed. Geraadpleegd van: <https://www.researchned.nl/2021/02/digitaal-studeren-tijdens-corona/?type=project>

De Man, J., Rens, E., Wouters, E., Van Den Broeck, K., Buffel, V., & Lorant, V. (2021). Het effect van de covid-19-lockdown op de mentale gezondheid van jongeren. *Medi-Sfeer*, 6.

Erasmus Universiteit Rotterdam (2020). Student Wellbeing Monitor. Geraadpleegd van: <https://www.eur.nl/en/media/2021-06-studentmonitorgeneralreport2020>

EenVandaag Opiniepanel (2021). 3 vraagt: Jongeren in Coronatijd. Geraadpleegd van: https://eenvandaag.assets.avrotros.nl/user_upload/PDF/2021_3Vraagt_tweede_lockdown.pdf

de Kiewit, A. (2020). UT-Student Wellbeing During Covid-19. Geraadpleegd van: https://www.utwente.nl/.uc/f0fe92f520102db7d640186f03102f66a9ad44cd1f31200/Student%20wellbeing_Covid_20112020.pdf

Laursen, B., & Hartl, A. C. (2013). [Understanding loneliness during adolescence: Developmental changes that increase the risk of perceived social isolation.](#) *Journal of Adolescence*, 36(6), 1261-1268

Pfeifer, J. H., & Berkman, E. T. (2018). [The development of self and identity in adolescence: Neural evidence and implications for a value-based choice perspective on motivated behavior.](#) *Child development perspectives*, 12(3), 158-164.

Struijs et al. (2020). De geestelijke gezondheid van studenten tijdens de COVID-19 pandemie. Amsterdam: Caring Universities. Geraadpleegd van: <https://caring-universities.com/wp-content/uploads/2020/11/De-geestelijke-gezondheid-van-studenten-tijdens-de-COVID-19-pandemie-rapportage-van-Caring-Universities-19082020-versie-2-9112020.pdf>