

To: [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]  
From: [redacted] 5.1.2e @lumc.nl  
Sent: Mon 4/12/2021 7:46:37 AM  
Subject: Re: Overwegingen om een bewijs van een doorgemaakte infectie in te zetten voor het openen van de samenleving  
Received: Mon 4/12/2021 7:46:40 AM

Beste [redacted] 5.1.2e,

Overtuigen dat het ongetwijfeld erg kleine restrisico ook aanvaardbaar is, is best lastig.

Dat blijkt nu steeds meer, dat die afweging heel verschillend wordt gemaakt.

Er is nog een sterke hang naar risicominimalisatie, ofwel zero risk voor de zorg nastreven als ideaal.

Dan is ieder risico al snel te veel.

De meest actuele discussie toont dit aan: de zorg stort niet maar wordt nog wel zwaar belast.

Om die reden kan er nog niet aan enige versoepeling worden gedacht.

Als de insteek voor veiligheid zeer uiteenloopt, is een restrisico ook voor iedereen anders.

Vertrouwen in het beleid hebben is immers ook een vorm van risicoinschatting.

Er gaan nog maar weinig mensen dood aan COVID, rond de 20 per dag nu waar dat begin dit jaar nog tegen de 150 was soms.

Dat is op bevolkingsschaal dus snel aan verminderen tot een probleem van geringe relevantie.

Ook dat (succesvolle) gegeven wordt niet meegewogen als het om de risico's gaat, merk ik.

Dus, je kunt je uitputten om aannemelijk te maken dat een degelijk aangetoonde, recente (180 dagen) natuurlijke infectie in de overgrote meerderheid een relevante bescherming geeft.

Zowel tegen (klinische) reïnfectie als tegen transmissie.

Maar wie op zero risk mikt kan begrippen als "overgrote meerderheid" en "relevante bescherming" niet gebruiken.

Nòg meer data zoeken kan misschien wat helpen maar dat is ook niet zeker.

Het is haast als met complotdenkers: als je eenmaal in een bepaald spoor zit, kom je daar niet zo gemakkelijk uit.

Ik hoorde in de pers dat Amsterdam UMC nog wat aanvullende data wil verzamelen over oudere natuurlijke infecties.

Kan nuttig zijn: als die beschermd zijn is het voor 180 dagen nog aannemelijker dat het daar ook geldt.

Echter, wat is 'beschermd', hoe betrouwbaar zijn correlaten, hoe absoluut is de zekerheid?

Mijn idee is dat het beter is de discussie naar de uitgangspunten te verleggen dan alleen maar te proberen meer data te verzamelen.

Vriendelijke groet,

5.1.2e

---

**From:** 5.1.2e 5.1.2e ) <5.1.2e@minvws.nl>

**Sent:** 08 April 2021 12:15

**To:** 5.1.2e

**Subject:** RE: Overwegingen om een bewijs van een doorgemaakte infectie in te zetten voor het openen van de samenleving

Beste 5.1.2e dank voor je mail.

Ja, ik ben inmiddels in gesprek geweest met enkele virologen in NL, maar ook met Oostenrijk, waar dit al deels is ingevoerd.

Ik zoek nog steeds naar draagvlak, want er is ook tussen virologen verschil qua inschatting van de restrisiko's hiervan.

Welke mogelijkheden zie jij?

5.1.2e

---

**Van:** 5.1.2e @lumc.nl <5.1.2e@lumc.nl>

**Verzonden:** donderdag 8 april 2021 12:05

**Aan:** 5.1.2e 5.1.2e ) <5.1.2e@minvws.nl>

**Onderwerp:** RE: Overwegingen om een bewijs van een doorgemaakte infectie in te zetten voor het openen van de samenleving

Beste 5.1.2e ben je nog wat wijzer geworden over je idee?

Mij lijkt het nog steeds wel actueel om iets constructiefs te doen met natuurlijke immuniteit....

Groeten,

5.1.2e

---

**From:** 5.1.2e

**Sent:** Tuesday, March 30, 2021 21:47

**To:** 5.1.2e 5.1.2e ) <5.1.2e@minvws.nl>

**Subject:** Re: Overwegingen om een bewijs van een doorgemaakte infectie in te zetten voor het openen van de samenleving

Beste 5.1.2e,

De onderstaande tekst, die je mailde, overtuigde mij verder dat het de moeite waard is.

Wat ik zou noemen: 'het optimaal en verantwoord benutten van natuurlijk ontstane immuniteit tegen SARS-CoV-2.

Daarmee wordt dus de immuniteit na het doormaken van een infectie bedoeld, waar nu feitelijk niets mee wordt gedaan in het beleid.

Als de Sanquin schatting klopt, gaat dat om 15-20% van de bevolking en daarvan zijn er dus 1 miljoen in de Coronit database te vinden.

Daar komt nog bij, dat relatief veel jongeren een infectie hebben doorgemaakt, de groep met lage prioriteit voor vaccinatie.

En juist grote druk op deelname aan sociale evenementen.

Dat maakt het belang van de natuurlijke immuniteit groter, omdat de vaccinatie daar voorlopig nog niet zoveel te bieden heeft.

Misschien is ook de vaccin-uptake in die groepen relatief laag.

Waar het op aankomt is het *identificeren van de natuurlijk doorgemaakte infecties* en vervolgens het *vaststellen van een termijn voor de bescherming*.

Identificeren kan op basis van:

- een positieve antigeen of PCR test, geregistreerd in Coronit.
- een positief serologisch testresultaat met een betrouwbare cut-off.

Mijn advies zou zijn beide testen als zodanig te accepteren.

De termijn daarbij op 180 dagen te stellen vanaf de positieve bevinding.

Dat is een aanvaardbaar gemiddelde als compromis en nog werkbaar als termijn.

Inderdaad, dat is niet altijd 100% zeker maar dat is dan de geaccepteerde marge: de grote meerderheid is wèl veilig.

En dan maak je een beredeneerde afweging: er is voor de betrokkenen veel te winnen, dit is een verantwoord risico, al is het niet nul.

De kans dat daardoor de zorg opeens gaat instorten is onvoorstelbaar klein.

Streven naar een nulrisico voor de zorg is niet alleen onnodig maar simpelweg schadelijk.

Jouw document bevat nuttige aanknopingspunten voor de uitvoering.

Ik heb er wat commentaar in gezet, zie bijgaand document.

Belangrijkste waar ik over twijfel staat daar ook in: hoe de serologie te benutten?

Ik denk niet dat die nodig is ter confirmatie van Coronit-positieven

Dat gaat wel erg ver, om die nog eens te bevestigen op zo'n bewerkelijke wijze (immers bloedafname nodig).

Naar mijn idee is het rendement daarvan te laag.

Ik denk ook niet dat het gemakkelijk is om op 'vermoedens' af te gaan om serologie te doen.

Al zou je dat een beetje kunnen reguleren, met een algoritme dat mensen invullen op basis van een doorgemaakt ziektebeeld.

Er zijn ook nog eens veel asymptomatische infecties geweest.

Hoe daarmee om te gaan en wie moet al die afnames en testen gaan betalen?

Een eigen bedrage als een drempel lijkt wel nuttig.

Anders gaat iedereen een gokje wagen om te zien hoe het uitvalt...

Niemand kan dat controleren, als ik een dag anosmie gehad meen te hebben.

Anders wordt dat een onvoorstelbare exercitie waar uiteindelijk hetzelfde uitkomt als Sanquin vindt: zo'n 20%.

Het 'laaghangend fruit' is om de Coronit positieven 180 dagen los te laten.

Wat nog een hele organisatie vereist natuurlijk.

Is dat voor 180 dagen de moeite waard?

Ik denk het wel, al zal dat nog moeten blijken.

Vervolgens een serologiebeleid te ontwikkelen met een algoritme en een eigen bijdrage.

Dit zijn allemaal overwegingen naar jou.

Mocht je nog een bepaald statement nodig hebben voor anderen, dan kun je dit vermelden (cursieve tekst).

5.1.2i

Vriendelijke groet,

5.1.2e

5.1.2e

Leids Universitair Medisch Centrum

5.1.2e

Postbus 9600

2300 RC LEIDEN

Tel.: 5.1.2e

---

**From:** 5.1.2e 5.1.2e ) <5.1.2e @minvws.nl>

**Sent:** 30 March 2021 13:26

**To:** 5.1.2e

**Subject:** Overwegingen om een bewijs van een doorgemaakte infectie in te zetten voor het openen van de samenleving

Geachte professor 5.1.2e

Dank voor ons boeiende telefoongesprek. Zoals afgesproken, hoor ik graag uw mening over de mogelijkheid die nu wordt verkend, om op basis van een recente besmetting met Sars-COVID-19 een testbewijs te verstrekken waarmee een vorm van bewegingsvrijheid kan worden gegeven.

Overwegingen:

- Er zijn inmiddels 1 miljoen mensen positief getest in de GGD-teststraten. Aanvullend blijkt uit screening door bloedbank Sanquin dat ongeveer 15% (2,6 mln.) van de bevolking antistoffen tegen COVID-19 heeft.
  - Het RIVM en Sanquin schatten in dat mensen tot 3-12 maanden na infectie beschermd zijn tegen een herinfectie.
  - De kans op herbesmetting van mensen na een doorgemaakte infectie is erg laag: in Nederland lijkt dit onder 1%. De kans op transmissie na een herbesmetting lijkt nog lager. De kans op een *super spreader* door herbesmetting lijkt verwaarloosbaar. Het OMT (105<sup>de</sup> advies) meent dat een nauwkeurige kwantitatieve risico inschatting hier niet mogelijk is. Maar dat de kans erg klein is, wordt wel bevestigd door diverse experts. Afgezet tegen de kans op een vals negatieve test, die rond de 10-15% is, lijkt de kans op een transmissie na een herbesmetting acceptabel. Ook voor studenten en leerlingen biedt dit een voordeel omdat zij onderwijs kunnen krijgen zonder zich 2x per week te laten testen.
  - Mensen die langer dan 6 maanden geleden een infectie hebben doorgemaakt, hebben naar alle waarschijnlijkheid nog steeds voldoende immuniteit. Dit zou middels een serologische test bevestigd kunnen worden. Met een serologische test wordt de aanwezigheid van antistoffen aangetoond. Omdat zowel de PCR als de antigeen test een kleine kans heeft vals positief te zijn, zou een serologische test een extra test zijn kunnen zijn om immuniteit mee te bevestigen.

- Een toegangsbewijs op basis van een doorgemaakte infectie kan de testbereidheid verhogen, ook en waarschijnlijk wel met name, voor de bevestiging van een positieve zelftest. Zelftesten worden vanaf april in de supermarkten en drogisterijen en apotheken verwacht. Om zicht op virus te blijven houden en BCO op te kunnen starten, is het van belang dat positieve zelftesten bij de GGD worden bevestigd.
- De Europese Commissie is voor reisverkeer bezig met harmonisering van testbewijzen, vaccinatiebewijzen en een immuniteitsverklaring na een doorgemaakte infectie. De verwachting is dat hier eind maart over zal worden besloten en dat zo'n verklaring begin juli werkzaam moet zijn.
- De EDCD adviseert nu voor internationale reizen een periode van 180 dagen immuniteit na een doorgemaakte infectie.
  - De maatschappelijke roep om versoepelingen neemt toe, daarom is het van belang om ruimte te creëren voor veilige activiteiten. Testbewijzen na een doorgemaakte infectie bieden ook extra ruimte voor de jongeren (16-40 jaar), die pas later aan de beurt zijn voor vaccinaties.

Hieronder wordt uiteengezet op welke wijze zou kunnen worden gekomen tot een testbewijs na een eerder doorgemaakte COVID19:

1. Iedereen die vanaf de datum van inzet van het test- en toegangsbewijs positief test, en hersteld is, een toegangsbewijs te geven voor een periode van 10-90/180 dagen vanaf het moment van testen.
2. Iedereen die eerder positief is getest in een toegangsbewijs te geven voor een periode van 10-90/180 dagen vanaf het moment van testen.
3. Geen onderscheid te maken tussen een positieve antigeen test of een positieve PCR test voor dit bewijs. Logischerwijs geldt dat dat positieve zelftesten zonder hertest bij de GGD hiervoor nooit zullen kunnen dienen.
4. Iedereen die langer dan 90/180 dagen geleden positief is getest is, een serologische test met een hoge specificiteit aan te bieden. Als deze antistoffen aantoont, op basis daarvan een toegangsbewijs te geven voor een periode van 90/180 dagen vanaf het moment van de serologische test. Dit kan eventueel na 90/180 dagen herhaald worden. Circa 3 mln. mensen hebben antistoffen o.b.v. de studies van Sanquin, maar mogelijk zijn er nogmaals 3 mln. mensen die vermoeden dat zij covid19 hebben gehad maar die zich niet hebben laten testen en wel een aanspraak op een serologische test zullen doen. De verwachting is daarom dat de vraag niet kleiner is dan 2 mln., en niet groter is dan 6 mln.

Ik zie graag uw commentaar en/aanvullingen tegemoet

Bij voorbaat dank,

5.1.2e

5.1.2e

.....

**Programmadirectie Covid-19**

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag

Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag

.....

M 5.1.2e  
5.1.2e @minvws.nl

---