



> 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 +31 88 689 8989  
info@rivm.nl

**Ons kenmerk**  
0033/2022 LCI/JvD/tj/db

Datum 30 juni 2022  
Onderwerp Advies n.a.v. DB Monkeypox, deeladvies 2

**Behandeld door**  
LCI  
T +31 88 689 7000  
lci@rivm.nl

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 22 juni riep het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM een Deskundigenberaad (DB) bijeen om te adviseren over de situatie rondom de internationale uitbraak van monkeypox. Het DB bestaat uit infectieziekte-experts. Vertegenwoordigers uit de volgende organisaties waren aanwezig: het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB), de Vereniging voor Infectieziekten (NVII), de Nederlandse Vereniging van Medische Microbiologie (NVMM) en het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI), Soa Aids Nederland (SANL), de Werkgroep Artsen Seksuele gezondheid en Soa (WASS). Daarnaast waren verschillende andere experts aanwezig, zoals internist-infectiologen, virologen, een hoogleraar dermato-venerologie, een hoogleraar sociale geneeskunde IZB, regionaal arts-consulenten, vertegenwoordigers van referentielaboratoria en vertegenwoordigers van diverse centra van het RIVM.

## A. Aanleiding DB en doelstelling

Het DB is bijeen geroepen om op basis van de beschikbare informatie uit de Nederlandse en internationale casuïstiek, monkeypox als 'emerging infection' in Nederland te beoordelen, alsmede de gezondheidsrisico's, en te adviseren over het benodigde bestrijdingsbeleid.

In het DB stonden de volgende vragen centraal:

- Hoe beoordelen we de uitbraak van monkeypox in Nederland, het ziektebeeld, de risicogroepen en mogelijk te verwachten omvang?
- Wat is of zijn de meest waarschijnlijke besmettingsroute(s) bij deze 'emerging infection'?
- Hoe beoordeelt het DB het huidige maatregelenbeleid voor index (isolatie bij vermoeden) en contacten (risico-inschatting, maatregelen zoals quarantaine voor hoogrisicocontacten MSM en gezinsleden), met inachtneming van de ervaringen in Nederland, internationale richtlijnen en het beleid in omliggende landen?
- Moet monkeypox een groep A-meldingsplichtige ziekte blijven?
- Dient het huidige PEP-vaccinatiebeleid van 1 vaccinatie na blootstelling te worden aangepast naar een PEP-serie van 2 vaccinaties? Is er, op termijn, een rol voor pre-expositie (PREP)-vaccinatie?
- Welke kennislacunes zijn er en acht het DB noodzakelijk dat deze kennis gegenereerd moet worden?

In het eerste deeladvies is een samenvatting gegeven van epidemiologische situatie in Nederland, samen met de adviezen van het DB ten aanzien van de meldingsplicht van monkeypox en het advies tot vervangen van quarantaine door strikte leefstijladviezen voor hoogrisicocontacten.

**Datum**  
30 juni 2022

**Ons kenmerk**  
0033/2022 LCI/JvD/tl/db

In dit tweede deel volgt de aanvulling met adviezen over de risico-inschatting van blootstellingen, communicatiestrategie, vaccinatiestrategie en klinische follow up en kennislacunes.

De WHO heeft op 25 juli een statement gepubliceerd waarin aangegeven wordt dat monkeypox voorlopig niet als een Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) wordt aangeduid. Het volledige statement is te vinden op de website van de WHO.<sup>1</sup>

## **B. Adviezen**

### **Aanpassing risico-inschatting blootstellingen en bijpassende maatregelen (anders dan vervangen quarantaine)**

Op basis van bron- en contactonderzoek in Nederland en internationale literatuur concludeert het DB dat op dit moment de voornaamste transmissieroute via intensief fysiek contact, waaronder seksueel contact, lijkt te lopen. Respiratoire overdracht is in deze uitbraak lastig uit te sluiten, maar tot dusverre zijn er geen infecties vastgesteld onder contacten met alleen indirect respiratoir contact als enige mogelijke transmissieroute. Er zijn geen infecties vastgesteld onder zorgverleners die via hun werk (via onbeschermd direct of indirect contact) zijn blootgesteld, of onder huisgenoten die geen direct fysiek contact hadden met hun huisgenoot.

Het DB stemt in met het voorstel om de tabel met risico-inschatting voor verschillende blootstellingen met bijbehorende maatregelen aan te passen.<sup>2</sup> Naast het vervangen van quarantaine door strikte leefregels zijn enkele andere leefregels aangepast; zo vervalt de noodzaak voor het dragen van een mondneusmasker door zorgverleners die na blootstelling als hoog- of matigrisicocontact in beeld zijn.

In de herziene tabel zijn huisgenoten niet automatisch meer een hoogrisicocontact, maar wordt per geval gekeken wat de exacte blootstelling is geweest. Het risico van onbeschermd fysiek contact op intacte huid wordt als minder hoog ingeschat, conform andere landen en de inschatting van het ECDC.<sup>3</sup> Het risico van contact via de respiratoire route wordt als laag ingeschat met uitzondering van enkele omschreven uitzonderingen.

De op dit moment beschikbare informatie en onzekerheden in overweging nemende, is het DB van mening dat genoemde aanpassingen nu opportuun en verantwoord zijn. Daarnaast heeft de herziene inschatting consequenties voor de minimale persoonlijke bescherming die nodig geacht wordt voor het afnemen van diagnostiek en het onderzoeken van een mogelijke patiënt, hetgeen deze

<sup>1</sup> [Meeting of the International Health Regulations \(2005\) Emergency Committee regarding the multi-country monkeypox outbreak \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/press-releases/2022/07/25-monkeypox-outbreak)

<sup>2</sup> <https://lci.rivm.nl/monkeypox-risicoinschatting-contacten-en-maatregelen>

<sup>3</sup> ECDC. Rapid Risk Assessment - Monkeypox multi-country outbreak. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Monkeypox-multi-country-outbreak.pdf>

procedures zal vereenvoudigen. De aanpassingen worden doorgevoerd in de huidige richtlijnen en documenten voor contactonderzoek rondom monkeypox. Eventuele wijzigingen in infectiepreventiemaatregelen rondom de afname van diagnostiek zullen worden geadresseerd in een speciale werkgroep waarbij ook een vertegenwoordiging van de huisartsen zal aansluiten.

**Datum**  
30 juni 2022

**Ons kenmerk**  
0033/2022 LCI/JvD/tl/db

### **Vaccinaties**

Er is beperkte kennis over de mate van bescherming die het Imvanex-vaccin kan geven tegen monkeypox. Imvanex, met een vaccinatierreeks van twee doses, is geregistreerd in Europa voor de vaccinatie tegen pokken en niet tegen monkeypox. Het effect op monkeypox is onderzocht in diermodellen waarbij o.a. gevaccineerde apen zijn blootgesteld aan monkeypox. Deze diermodellen geven geen inzicht in de werkzaamheid van Imvanex als pre-expositieprofylaxe (PrEP) of als postexpositieprofylaxe (PEP) bij de huidige monkeypoxuitbraak; zowel het type blootstelling in de dierexperimenten (via intraveneuze of intranasale virusblootstelling en niet via huid-huidcontact, de meest waarschijnlijke route bij de humane infecties), als het eindpunt (overlijden en niet het ontstaan van beperkte huid- en/of slijmvlieslaesies en relatief milde systemische symptomen) komen niet overeen met die bij de huidige monkeypoxinfecties bij de mens. Gebruik van minimaal een dosis Imvanex als PEP wordt momenteel in meerdere landen geadviseerd, op grond van analogie met ringvaccinatie bij een pokkenuitbraak. De werkzaamheid van Imvanex-vaccinatie op het verminderen van besmettelijkheid en voorkomen van transmissie (d.i. gebruik als PEP of als PrEP) is niet getest en onbekend.

In Nederland hebben tot dusverre ongeveer 200 personen een eenmalige vaccinatie als postexpositieprofylaxe gekregen binnen veertien dagen na blootstelling aan een indexpatiënt. Nog onbekend is of het meerwaarde heeft aan deze personen een tweede vaccinatie toe te dienen, in lijn met de registratietekst. Het huidige advies in de registratietekst en de mogelijke wens om voor lange termijn bescherming te bieden zijn overwegingen om een tweede vaccinatie te geven. Dit laatste is relevant omdat de hoogrisicocontacten aan wie het is toegediend (zowel gezondheidswerkers als MSM) ook in de toekomst mogelijk nog blootstelling kunnen hebben.

Vaccinatie maakt daarentegen duiding van serologie als (follow-up) diagnostiek lastiger. Iedereen ook een tweede dosis aanbieden na eenmalig PEP, zal het totale aantal beschikbare vaccins sneller doen afnemen, hoewel het aantal uitgegeven vaccins als PEP momenteel nog beperkt is.

Om beter inzicht te krijgen in de effectiviteit van Imvanex tegen monkeypox is onderzoek in de huidige uitbraak nodig. Ten aanzien van vaccineffectiviteitsstudies van Imvanex als PEP wordt getracht zowel in Nederland als op Europees niveau studies op te zetten. Die onderzoeken willen zeer intensieve monitoring inbouwen met herhaaldelijk afnemen van bloedsamples en extra huid/slijmvliesmonsters. Dat is uitgebreider dan de huidige bestrijdingspraktijk bij de GGD'en, waarbij de vraag is hoe dat uitgevoerd kan worden binnen de GGD-setting. Er is nu registratie bij de GGD'en, op basis waarvan getracht wordt om de bescherming door Imvanex als PEP te monitoren. Vooralsnog is het aantal besmettingen onder hoogrisicocontacten erg laag, wat het met de kleine aantallen en weinig inzicht in specifieke blootstellingsrisico's voor en na toediening van PEP, lastig zal maken om de werkzaamheid te kunnen meten.

Ook bij eventuele invoering van PrEP is het nodig om hier goede studies voor op te zetten, in lijn met het advies van de WHO.<sup>4</sup> Gevaccineerde en ongevaccineerde personen zullen gedurende langere tijd gevolgd moeten worden om te onderzoeken of deze wel of geen monkeypox ontwikkelen. ErasmusMC beschikt over een METC-goedgekeurd protocol voor vaccinatie-follow-up, waarmee momenteel de respons op vaccinatie onder laboratoriummedewerkers wordt onderzocht. Dat protocol zou – na aanpassing – breder ingezet kunnen worden.

**Datum**  
30 juni 2022

**Ons kenmerk**  
0033/2022 LCI/JvD/tl/db

Meerdere EU-landen overwegen op korte termijn te starten met Imvanex-vaccinatie als PrEP. De WHO adviseert om vaccinaties als PrEP vooral in te zetten voor personen met een beroepsmatig risico. Dus zorgverleners die patiëntencontacten hebben, of laboratoriummedewerkers die in het laboratorium met het (opgekwekt) virus werken. Dit advies is vooral ingegeven vanuit bescherming tegen onvoorziene blootstelling op het werk.

Diverse landen (Duitsland, Verenigd Koninkrijk) geven aan op korte termijn te gaan starten met vaccinatie als PrEP voor de hoogrisico-MSM-groep. In Canada is men in de stad Montreal (het epicentrum van de uitbraak in Noord-Amerika) al hiermee begonnen.

Implementatie van vaccinatie als PrEP voor de hoogrisicogroep betekent een intensief traject waarbij in overleg tussen meerdere partijen knopen doorgehakt moeten worden: welke doelgroepen, welke inclusie- en exclusiecriteria, communicatie en benaderen doelgroep, logistiek, registratie en follow-up vanwege onderzoek naar vaccineffectiviteit. In normale omstandigheden is dit een traject van minimaal meerdere weken. Ook is de verwachting dat pas na twee doses (interval van vier weken tussen doses) de bescherming maximaal is.

Ten aanzien van vaccinatie als PrEP/PEP zijn er meerdere scenario's mogelijk:

- doorgaan met het huidige beleid: alleen PEP voor hoogrisicocontacten (twee doses);
- PrEP voor hoogrisicogroepen: dit zijn voor een groot deel de personen die bekend zijn van de hiv-PrEP (inclusief wachtlijst);
- PrEP voor hiv-positieve MSM in de hiv-behandelcentra met een verhoogd risico op monkeypox vanwege wisselende seksuele contacten;
- overige MSM die bekend zijn als cliënt op de soa-poli, die niet in bovengenoemde groepen vallen;
- MSM-sekswerkers;
- Parallel hieraan PrEP voor zorgverleners met beroepsmatig hoog risico: hier zouden bijvoorbeeld laboratoriummedewerkers en mensen betrokken bij de afname van monkeypoxdiagnostiek onder kunnen vallen. Deze groep dient beperkt te worden tot zorgverleners met een significant blootstellingsrisico.

In het DB is er consensus dat het scenario PrEP voor hoogrisicogroepen als eerste verder uitgewerkt moet worden. De belangrijkste redenen om meer te verwachten van PrEP dan van het huidige beleid waarbij PEP alleen aan matig- en hoogrisicocontacten gegeven wordt, zijn: 1) dat het effect van PEP evenzo onbekend is, en 2) dat veel hoogrisicocontacten via het bron- en contactonderzoek niet in beeld komen (anonieme contacten en tot recent terughoudendheid in het noemen van hoogrisicocontacten vanwege de quarantaine van 21 dagen) waardoor zij ondanks blootstelling geen PEP krijgen. Hierbij speelt ook een rol dat BCO in de specifieke risicogroep tijdrovend en specialistisch werk is, waarvoor de capaciteit bij sommige GGD'en ontoereikend

---

<sup>4</sup> WHO. Multi-country monkeypox outbreak: situation update 17 June.  
[Multi-country monkeypox outbreak: situation update \(who.int\)](https://www.who.int/emergencies/diseases/nipah-and-measles/multi-country-monkeypox-outbreak-situation-update)

is. Mede gezien deze knelpunten acht het DB het waarschijnlijk dat het (zo spoedig mogelijk) breed preventief vaccineren van de groep met de hoogste risico's een belangrijke aanvulling is op de huidige aanpak van tijdige diagnostiek en isolatie van cases, met BCO en strikte leefstijladviezen voor contacten.

**Datum**  
30 juni 2022

**Ons kenmerk**  
0033/2022 LCI/JvD/tl/db

Qua communicatie en benadering wordt door diverse afgevaardigden in het DB aangegeven dat het een uitdaging zal zijn om de volledige hoogrisicogroep te bereiken. Een goed startpunt zou kunnen zijn om zo spoedig mogelijk te beginnen met het vaccineren van de huidige deelnemers aan de hiv-PrEP. Hier zit naar verwachting een grote overlap met de hoogste risicogroep voor monkeypox. Bovendien zit deze groep al in een zorgtraject met follow-up wat deze groep gemakkelijk te benaderen maakt. Naast de groep die nu al hiv-PrEP ontvangt, is er ook nog een groep MSM die op de wachtlijst staat voor hiv-PrEP. In totaal gaat het hier om circa 12.000 personen, die vanwege de specifieke indicatie ook relatief gemakkelijk te bereiken zijn.

Als daarnaast ook alle MSM die momenteel regelmatig op de soa-poli komen een vaccinatie wordt aangeboden, komt dat, samen met de hiv-PrEP-groep, op circa 35.000 personen die in aanmerking komen voor een vaccin. Bij twee doses zijn dat 70.000 vaccins bij 100% opvolging op de uitnodiging. Er kan worden gekozen voor het zo snel mogelijk aanbieden van één dosis en pas daarna bezien (ook door voortschrijdend inzicht in beperking van klachten en/of overdracht en ervaringen in het buitenland) of een tweede dosis gegeven moet worden.

In het DB is er consensus dat laboratoriummedewerkers (die o.a. werken met monkeypoxviruskwaken) in aanmerking moeten komen voor PrEP. Hier bestaat vanuit het arbo-perspectief ook een basis voor. Deze groep is momenteel beperkt en al voor een deel gevaccineerd. Ook kan het DB zich vinden in het vaccineren van zorgverleners die zeer regelmatig monkeypoxdiagnostiek afnemen, hoewel uitgewerkt zal moeten worden welke groepen hier voor in aanmerking zullen komen.

Het DB stelt voor om op korte termijn de scenario's uit te werken voor vaccinatie als PrEP, en om zich allereerst te richten op de hiv-PrEP doelgroep. Om vaart te kunnen zetten achter zo'n aanpak, stelt het DB voor de vaccinatie eerst te richten op deze doelgroep in enkele GGD-regio's met de hoogste incidentie (bijv. Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht). Zo wordt snel ervaring opgedaan die bij het verder uitrollen van PrEP-vaccinatie elders in Nederland behulpzaam kan zijn. Daarnaast wordt doorgedaan met vaccinatie als PEP. Mensen in de hoogste blootstellingscategorie (intensief fysiek contact, waaronder seksuele contacten) kunnen in aanmerking komen voor een tweede vaccinatie, vooruitlopend op een eventuele implementatie van PrEP voor deze groep.

#### **Klinische follow-up van patiënten en kennislacunes**

Op dit moment is er nog geen gestandaardiseerd follow-up protocol voor monkeypoxpatiënten. In Amsterdam (regio met de meeste patiënten) worden patiënten desgevraagd opgevolgd via de soa-poli van de GGD of via de afdeling infectiologie in het Amsterdam UMC. Het beleid is meestal gericht op het beantwoorden van vragen van de patiënt over de klinische presentatie, waarbij er vooral aandacht is voor eventueel superinfecties, pijnbestrijding (bijvoorbeeld bij proctitis), en wondgenezing. De behandeling bestaat vooral uit ondersteunende therapie.

Er is geen behandelprotocol betreffende eventuele inzet van Tecovirimat (zodra dit beschikbaar zou komen). Vooralsnog lijkt de indicatie zich te beperken tot zeer ernstige infecties en monkeypoxpatiënten met een ernstige afweerstoornis. Er is een Europese studie in voorbereiding om inzet van Tecovirimat onder een gestandaardiseerd protocol te laten plaatsvinden waarbij het klinisch netwerk ECRAID is aangehaakt.<sup>5</sup> Er is een werkgroep gestart van internist-infectiologen, dermato-venerologen, GGD-artsen en artsen-microbioloog die follow-up- en behandelprotocollen verder gaat uitwerken en streeft naar aansluiting bij het internationale protocol.

**Datum**  
30 juni 2022

**Ons kenmerk**  
0033/2022 LCI/JvD/tl/db

In het DB zijn vanuit deze werkgroep meerdere gebieden gepresenteerd waarop momenteel nog kennislacunes bestaan:

- introductie van monkeypox in de MSM-groep;
- transmissieroutes en de daaraan verbonden blootstellingsrisico's;
- verschillende klinische uitingen van monkeypox, mate van ongedetecteerde circulatie, langetermijnconsequenties;
- voorspellers voor transmissie, immuniteit, duur van de klachten, morbiditeit;
- virale kenmerken: sequencing, variatie, dynamiek, mogelijkheden van virusevolutie en effecten daarvan op transmissie en risicogroepen;
- preventieboodschappen, testbereidheid en vaccinatiebereidheid (gedragsonderzoek);
- mate van kruisbescherming door de traditionele pokkenvaccinatie;
- vaccineffectiviteit en -veiligheid;
- therapeutische effectiviteit en veiligheid antivirale middelen;
- potentiële oversprong naar knaagdierenreservoir(s) in de EU.

Het DB is van mening dat uniformiteit in behandeling en follow-up belangrijk is. Bij voorkeur gebeurt uniforme follow-up volgens een protocol dan ook zo snel mogelijk op landelijk niveau. Omdat in deze fase van de epidemie, met een snelle toename van het aantal gevallen, ook snelheid in het verzamelen van informatie belangrijk is, is het wel begrijpelijk dat de initiatieven nu vooral vanuit Amsterdam worden opgestart. Vanuit het DB wordt daarnaast aangegeven dat het belangrijk is om aan te haken bij internationale ontwikkelingen. Zo is er een internationale studie van de EU en het VK waar andere landen aan kunnen deelnemen (het zogenaamde "Oxford-protocol") en waar vanuit Nederland het ErasmusMC al bij is aangehaakt.

Er is behoefte aan het in onderzoeksverband prospectief vervolgen van monkeypoxpatiënten, met name om de vragen over immuniteit, besmettelijkheid en klinische voorspellers van overdracht beter te kunnen beantwoorden. Zodra behandelopties in Nederland beschikbaar komen zou aangesloten moeten worden bij de Europese studie. Maar nu al kan in de dataverzameling rekening gehouden worden met wat daarvoor op termijn nodig is. Qua besmettelijke periode kan voorlopig worden teruggevallen op data uit studies in West- en Centraal-Afrika.

De consensus op basis van de nu beschikbare gegevens in het DB is dat iemand als niet meer besmettelijk wordt gezien indien alle huidlaesies geëpithelialiseerd (waarbij korstjes van de huid vallen) zijn en een eventuele proctitis geen pijnklachten meer geeft.

Serologie kan een belangrijke rol (gaan) spelen bij het in beeld brengen van de omvang van de huidige uitbraak. Het is namelijk niet uitgesloten dat een deel van

---

<sup>5</sup> <https://www.ecraid.eu>

de infecties (zeer milde of zelfs asymptomatische) zich onder de radar afspeelt. Een aanwijzing hiervoor is dat veel bevestigde gevallen geen onderlinge verbanden lijken te hebben. Serologische testen zijn nog in ontwikkeling en moeten worden gevalideerd. Inzet op korte termijn na validatie zou als eerste in Amsterdam kunnen plaatsvinden, bijvoorbeeld als onderdeel van de lopende Amsterdam-cohortstudie onder homoseksuele mannen, of in de vorm van een anonieme dwarsdoorsnedestudie onder MSM-bezoekers van de soa-poli in Amsterdam. Andere steden met meerdere gevallen van monkeypox, zoals Rotterdam, Den Haag en Utrecht, kunnen later hierbij aansluiten. Bij voorkeur wordt dan gebruik gemaakt van materialen die standaard verzameld worden of reeds verzameld zijn.

**Datum**

30 juni 2022

**Ons kenmerk**

0033/2022 LCI/JvD/tl/db

Vanuit het DB worden zorgen geuit over de (on)mogelijkheden voor GGD'en om deze extra onderzoeken uit te kunnen voeren. GGD'en geven aan qua capaciteit op hun maximum te zijn (het bron- en contactonderzoek bij monkeypox is erg arbeidsintensief en ook de opleving van COVID-19 vraagt de nodige menskracht). Als er meer activiteiten nodig geacht worden, moet hier een oplossing voor komen.

Het bovenstaande in acht nemend adviseert het DB dat er op landelijk niveau een gestandaardiseerd follow-up-protocol dient te komen. Bij voorkeur wordt daarbij rekening gehouden met standaardisatie op Europees niveau. In Amsterdam zijn vanwege het aanbod aan casuïstiek reeds initiatieven opgestart; er zijn ook cohorten beschikbaar die veel relevante informatie kunnen opleveren over eigenschappen van het virus in de huidige uitbraak van monkeypox. Het DB acht het raadzaam dat deze worden gecontinueerd, maar vindt het noodzakelijk dat zo snel mogelijk andere landelijke of regionale partijen hierbij aansluiten om zo tot landelijke protocollen en onderzoek te komen.

### **Communicatie**

De aandacht voor monkeypox in de media en vanuit het algemene publiek is afgenomen na de aandacht rondom de eerste patiënten en de meldingsplichtige groep A-status eind mei. Middels de Q&A op de RIVM-website, die regelmatig wordt aangevuld, worden vragen beantwoord. De meeste vragen die momenteel nog binnenkomen gaan over vaccinatie.

De verwachting is dat een forse toename van het aantal gevallen of het voorkomen van gevallen buiten de MSM-doelgroep kunnen leiden tot een forse toename van de aandacht voor het onderwerp monkeypox. Het blijft belangrijk om aandacht te houden voor het signaleren van stigmatisering van de huidige risicogroep. Belangrijk is dat organisatoren van Pride-evenementen en uitbaters van homohoreca nu al actief bijdragen aan de voorlichting met folders en posters, omdat deze evenementen een kans bieden voor het bereiken van de doelgroep met informatie en advies.

Samen met de MSM-doelgroep is door Soa Aids Nederland informatiemateriaal ontwikkeld dat gedeeld wordt op de websites van SANL en MantotMan. GGD'en kunnen een rol spelen door bij de GGD bekende MSM-organisaties en horeca in beeld te brengen bij Soa Aids Nederland. Ook onder sekswerkers wordt informatie verspreid. Naast de reeds lopende initiatieven wordt ook overwogen om in de komende weken extra in te zetten op aanvullende communicatie rondom de grotere evenementen die plaats gaan vinden binnen de doelgroep in binnen- en buitenland.

Soa Aids Nederland benoemt dezelfde knelpunten als de GGD'en ten aanzien van de huidige bestrijdingsmaatregelen. Ook is de rol van de huisartsen bij de huidige uitbraak beperkt, terwijl deze normaal gesproken het grootste deel van de soa-zorg voor hun rekening nemen. Ten aanzien van het handelingsperspectief en draagvlak voor het bestrijdingsbeleid onder de doelgroep, gaat SANL een perceptie-onderzoek opzetten in samenwerking met Universiteit Utrecht, het RIVM en een aantal GGD'en.

**Datum**  
30 juni 2022

**Ons kenmerk**  
0033/2022 LCI/JvD/tl/db

Vanuit het DB wordt de verwachting uitgesproken dat met de huidige stijgende trend een landelijke informatiecampagne nodig zal zijn, zoals recent voor syfilis in 2019. Belangrijk is dat een campagne gefocust is op de subgroep MSM en hun netwerken die het meest risico lopen op monkeypox. Het DB adviseert de communicatie over monkeypox te intensiveren, en tevens te onderzoeken op welke wijze de huisartsen beter bij de monkeypoxuitbraak betrokken kunnen worden. Dat zou onder andere kunnen door diagnostiek op een veilige wijze eenvoudiger te maken.

**Resumerend adviseert het DB:**

- de groep-A-meldingsplicht vooralsnog te handhaven;
- de quarantaine van hoog- en matigrisicocontacten te vervangen door strikte leefregels en de tabel met risico-inschatting voor verschillende blootstellingen met bijbehorende maatregelen conform het voorstel te herzien (inmiddels geïmplementeerd)
- op korte termijn scenario's voor pre-expositievaccinatie van de risicogroepen voor te bereiden, waarbij de hiv-PrEP-doelgroep de eerste te vaccineren doelgroep zou kunnen zijn, alsmede de continuering van de post-expositievaccinatie van de matig- en hoogrisicocontacten;
- landelijk in onderzoeksverband een gestandaardiseerd follow-up- en behandelprotocol te ontwikkelen, waarbij aansluiting mogelijk is bij internationale ontwikkelingen en onderzoek, en om de geïdentificeerde kennislacunes te laten onderzoeken;
- op korte termijn perceptieonderzoek binnen de doelgroep te laten uitvoeren en de communicatie over deze uitbraak, vooral ook naar de risicogroep, te intensiveren.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

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