

Vergaderjaar 2019–2020

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 348**

**VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING**

Vastgesteld 12 mei 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 30 april 2020 gesprekken gevoerd over **testen en beschermingsmiddelen**.

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Post

**Voorzitter: Lodders**  
**Griffier: Israel**

Aanwezig zijn zestien leden der Kamer, te weten: Agema, Azarkan, Van den Berg, Diertens, Dik-Faber, Van Esch, Van Haga, Hiddema, Van Kooten-Arissen, Krol, Lodders, Marijnissen, Ploumen, Renkema, Van der Staaij en Veldman.

Aanvang 10.00 uur.

**De voorzitter:**

Goedemorgen. Hartelijk welkom bij deze technische briefing. Vandaag wordt de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport specifiek geïnformeerd over testen en persoonlijke beschermingsmiddelen. Hiervoor zijn vandaag vier gasten bij ons aanwezig. Een bijzonder welkom en dank namens alle leden dat u hier aanwezig wilt zijn. Allereerst de heer Sijbesma, hij is speciaal coronagezant, en naast hem de heer Woldman, adjunct-directeur Publieke Gezondheid van de GGD Amsterdam-Amstelland. Van harte welkom.

In de zaal hiernaast zitten de heer Van der Kolk, coördinator van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen, en de heer Van Koesveld, directeur-generaal Langdurige Zorg. Ook hen heet ik hartelijk welkom. Uiteraard ook een hartelijk welkom aan mijn collega-Kamerleden en aan de mensen die deze technische briefing op een andere manier volgen. Ik ga zo dadelijk de eerste twee sprekers het woord geven voor een presentatie. De heer Sijbesma zal dat zonder hulpmiddelen doen. De heer Woldman heeft een presentatie. Dat geldt ook voor de latere twee sprekers. Deze presentaties staan inmiddels op de website van de Tweede Kamer.

Daarna zou ik in de richting van de leden willen aangeven: u kunt tijdens deze briefing twee vragen stellen. Het is aan u aan welke persoon u die wilt stellen en of u dat in de eerste ronde wilt doen of in de tweede ronde, of dat u kiest voor een combinatie van eerste én tweede ronde. Volgens mij heb ik daarmee de technische en de huishoudelijk mededelingen gehad.

**Blok 1: Testen**

Gesprek met:

- Feike Sijbesma (speciaal coronagezant)
- Jan Woldman (adjunct-directeur publieke gezondheid van de GGD Amsterdam-Amstelland)

**De voorzitter:**

Ik geef graag als eerste het woord aan de heer Sijbesma voor zijn presentatie. Gaat uw gang.

**De heer Sijbesma:**

Oké, dank. Dank ook dat u mij heeft uitgenodigd. Ik heet overigens «Sibesma». Het ligt aan mijn Friese voorouders dat je het zo uitspreekt en anders schrijft; ik kan daar ook niks aan doen. Ik ben uw helpende hand, zo zie ik dat maar, om deze maatschappij, de samenleving, het kabinet daar waar mogelijk te helpen, en dan in eerste instantie gericht op testen. Waarom zouden wij willen testen? Eén, omdat je, als je weet dat je positief getest bent op corona, jezelf kunt afzonderen van andere mensen en er zo voor kunt zorgen dat andere mensen niet besmet worden. Twee, omdat het heel goed zou zijn als wij als overheid, als samenleving, een soort dashboard hadden, dat we weten wie überhaupt besmet zijn en hoe zich dat beweegt door de bevolking. En drie, we kunnen ons beleid dan daarop afstemmen.

Er zijn twee soorten testen. Ik denk dat u dat inmiddels wel heeft gehoord. Ik ga het met name over de eerste soort hebben, waarmee je test of je het virus zelf hebt. Dat heet met moeilijke woorden een moleculaire of een PCR-test. Dat is dat wattenstaafje in je neus of in je keel, waarmee je eigenlijk test of je het virus hebt. De tweede testsoort is de serologische test, de bloedtest. Dan neem je een beetje bloed af en kijk je of je het antilichaam hebt en dus of je de ziekte gehad hebt. Het is nog wat onduidelijk hoe immuun je dan precies bent, maar als je het antilichaam hebt, heb je wel de ziekte gehad.

De wereld van testen – zo heb ik de afgelopen weken ook meer in de diepte geleerd – is enorm complex. Ik wil u daar een heel klein beetje doorheen geleiden, omdat we nog weleens een beeld hebben in de trant van «laten we wat testjes inkopen; dan kunnen we testen en dan zijn we er». De wereld is iets complexer dan dat.

Ik wil het in eerste instantie met u hebben over de PCR-test, de keeltest waarmee je kijkt of je het virus hebt. Daarvoor moeten we testen hebben die goedgekeurd en gevalideerd zijn door het RIVM. Er worden een heleboel testen aangeboden, maar die zijn lang niet allemaal gevalideerd en wij vinden ze lang niet allemaal goed. Ook de kwaliteit van eventueel ingekochte testen moet bekeken worden. Dat is één.

Twee, die test moet ook worden afgenomen. Er moet een arts of een GGD zijn die zegt «de test kan gedaan worden; u hoort bij de doelgroepen die nu vrij zijn gegeven», en er moet iemand zijn die de test afneemt. Daar zal mijn collega, de heer Woldman, straks meer over zeggen. Ook moeten er nog de middelen zijn om die test te kunnen afnemen, de zogenaamde swabs. Die kwamen tot voor kort allemaal uit het buitenland. Binnenkort zullen we die grotendeels in Nederland zelf gaan maken.

Drie. Als je die swabs hebt, moeten die op een laboratorium op een machine gerund worden. Er zijn verschillende laboratoria in Nederland die daarvoor hebben opgeschaald. Daar zal ik straks iets over zeggen. Die zijn verspreid over het land, maar niet exact zo verspreid over het land als het virus zich verspreidt over het land.

Vier. Er moeten ook weer testen beschikbaar zijn om op die machines die swap die aangeleverd is daadwerkelijk te kunnen testen. We hebben het over tientallen verschillende laboratoria, we hebben het over twintig verschillende machines en we hebben het over twintig verschillende leveranciers met verschillende testen. Niet alle laboratoria hebben exact dezelfde machines en niet van alle testen hebben we evenveel voorradig. Daar zit dus af en toe een mismatch in. Vervolgens moeten die testen nog worden ingekocht. Er moeten niet alleen afspraken gemaakt worden met de leveranciers, maar ze moeten ook daadwerkelijk worden ingekocht en dat moet via geautomatiseerde systemen. Dat gebeurt over het algemeen decentraal, want zo hebben we dat ingericht in Nederland. Dat is ook een graad van complexiteit. Elke test bestaat dan weer uit tien verschillende elementen en – ten slotte, vijf – die moeten ook nog in een IT-systeem verwerkt worden, want je moet ook kunnen monitoren wie wat waar heeft. Het is dus erg complex.

In Nederland hebben we het grotendeels decentraal georganiseerd, ook omdat dezelfde laboratoria met dezelfde machines een heleboel andere testen doen die niets met covid te maken hebben en natuurlijk nooit ingericht waren voor de crisis. Anderzijds hebben we de afgelopen tijd een enorme coördinatie opgezet, zodat dat veel beter loopt.

Hoe veel van die testen doen we dan? Laat ik eerst eens beginnen met de einduitkomst. Dan heb ik het nog steeds over de test om te kijken of je het virus hebt. Op 27 februari hadden we de eerste coronageïnfecteerde in Nederland. Die eerste twee weken, zeg maar tot en met 12 maart, deden we zo'n 2.000 testen per dag en eigenlijk alleen bij mensen met heel duidelijke covidklachten. Vervolgens werd er dan ook een bron- en contactenonderzoek gedaan. Na 12 maart zijn we dat iets gaan opschalen, naar ook in de ziekenhuizen patiënten uit risicogroepen en medewerkers.

Vanwege de schaarste, zeker toen, zaten we tot en met 12 maart nog steeds op zo'n 2.000 testen per dag. Eind maart hebben we verder ingezet op de vergroting van de testcapaciteit. Toen ben ik gevraagd om te komen helpen. VWS, het RIVM, de Taskforce Diagnostiek, ikzelf en de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding. De testcapaciteit enzovoort is opgeschaald naar zo'n 3.000 tot 4.000 testen voor diezelfde groepen eind maart. Per 6 april is het testbeleid weer verder verruimd. Ook patiënten uit risicogroepen buiten het ziekenhuis gingen we testen. Eind april, zeg maar tot en met vorige week, zaten we op zo'n 6.000 tot 7.000 testen per dag. Dat is zo'n drie keer hoger dan een maand geleden. Vanaf mei, over een week of anderhalve week, is er een verdere verruiming van het testbeleid naar specifieke groepen, ook samenhangend met die unlock: leraren, kinderopvang, jeugdtrainers, tandartsen, mantelzorgers, enzovoort. We verwachten dat er dan, als je het koppelt, behoefte is aan zo'n 8.000 testen per dag, als beleid, met deze groepen. Die testen kunnen we ook doen, denk ik.

Doen we genoeg testen? De WHO heeft aangegeven dat je eigenlijk een op de tien positief zou moeten willen testen. Als niet 10%, maar 20%, 25% of 30% positief test, heb je waarschijnlijk geen heel ruim testbeleid. Dan heeft bijna iedereen die je test of althans een groot percentage covid. Wij zaten in Nederland van week 12 tot en met week 16 tussen de 20% en 29%. Daaruit blijkt al dat we een weinig ruimhartig testbeleid hadden, maar dat is de afgelopen weken veranderd. We zitten nu op zo'n 13%, dus 13% van de mensen die we testen heeft daadwerkelijk covid. We komen dus dicht in de buurt van die 10% en dat laat zien dat we een testbeleid hebben dat past met hoe je dat zou willen.

Nog even over die capaciteit en die testen. We gaan er even van uit – daar zal de heer Woldman iets over zeggen – dat we al die testen kunnen afnemen, dat de GGD dat kan, dat we die swaps hebben en dat we een duidelijk beleid hebben voor wie we willen testen. Dan hebben we de testen. Vervolgens hebben we de capaciteit, de machines en testen zelf. De capaciteit. We zijn begonnen met twee referentielabs, heel snel. Dat was onder andere het Erasmus MC. Toen zijn we gegaan naar dertien opschalingslaboratoria, de microbiologische ziekenhuislaboratoria. Die hebben we de afgelopen tijd steeds verder opgeschaald met steeds meer laboratoria. Er zijn nu meer dan 40 laboratoria die officieel gevalideerd covid kunnen testen. We zijn op die laboratoria de testcapaciteit aan het uitbreiden – dan heb ik het over de aangeschakelde machines – zodat we zo'n 17.500 testen per dag zouden kunnen draaien. We zouden dat nog verder kunnen opschalen – de Minister heeft dat gezegd – naar 29.000 testen per dag. Dat betekent dat voor het beleid dat we nu hebben, voor de mensen die we nu zouden willen testen – na het verruimen van het beleid half mei zo'n 8.000 testen per dag – ruim de capaciteit hebben staan.

Hebben we dan ook de testjes om op die capaciteit te opereren? Voor die 8.000 testen die we in het huidige beleid zouden willen, hebben we de testen. We zijn aan het voorsorteren, aan het opschalen, zodat we voor de capaciteit die er al staat, die 17.500, te zijner tijd ook de testen hebben. Dat zal in de komende periode gebeuren.

Geef ik een specifieke garantie af dat we die 17.500 op een bepaalde datum hebben? Nee. Op het ogenblik hebben we genoeg om de testen die we zouden willen doen in die doelgroepen, ook af te nemen. Maar u moet zich voorstellen dat de vraag aan de leveranciers tien tot twintig keer hoger is dan normaal, dat honderd landen tegelijkertijd aan het schakelen zijn en dat ook honderd landen tegelijkertijd hun eigen testbeleid aan het veranderen en aan het opschalen zijn. Dat betekent dus ook dat we iedere keer moeten werken met wat we van de leveranciers kunnen krijgen en hoe we dat op de capaciteit bij de machines kunnen krijgen.

Het zal zeker zo blijven, omdat sommige leveranciers iets meer kunnen leveren en andere iets minder, en sommige laboratoria van de ene

machine meer hebben en andere laboratoria van de andere machine meer. U kunt verhalen uit de markt ophalen dat sommige laboratoria overcapaciteit hebben en zitten te wachten en dat sommige laboratoria schaarste hebben. Dat zal nog maanden zo blijven, omdat de leveranties van de leveranciers en de toevalligheid van de machines die we hebben staan in Nederland, natuurlijk niet een-op-een matchen. Het is van belang om te zorgen dat we als Nederland genoeg capaciteit hebben en dat we dan de stromen in samenwerking met de GGD zo kunnen sturen dat die laboratoria die de mogelijkheid hebben, omdat de testen die we aangeleverd hebben passen bij hun machines, de testen voor Nederland kunnen uitvoeren. Dat vraagt enige logistieke verandering in de stromen. Hoe doen we het dan in de wereld? We hadden het beeld, ook in het begin, dat Nederland qua testbeleid misschien een van de meest restrictieve landen was in het begin. Ik denk dat dat op dit moment niet het geval is. Ik denk dat we zo'n beetje in de middenmoot zitten, als ik het vergelijk met andere landen, maar zeker niet onderaan. Ik denk dat zelfs landen als Zuid-Korea, Frankrijk en Engeland relatief gezien op hun bevolking minder testen dan wij. Er zijn ook landen, zoals Noorwegen of Denemarken, die weer meer testen dan wij, maar internationaal gezien zitten we in de middenmoot.

We hebben het testbeleid langzaam verruimd richting zo'n 8.000 testen per dag, als we het straks voor de leraren enzovoort vrijgeven. Aan die capaciteit en testen hebben we voldoende. We zijn aan het voorsorteren, zodat, als we verder gaan unlocken, we nog meer testen kunnen doen om mensen er eerder uit te kunnen halen en daar de capaciteit voor hebben, en hopelijk ook de testen. Er zal een mismatch blijven bestaan in laboratoria, maar dat is voor Nederland als geheel geen groot probleem. Er vindt nog een andere beweging plaats. We gaan dus mensen testen die wel enige symptomen hebben. In de zomer is het aantal mensen met symptomen minder, omdat er minder gewone luchtweginfecties zijn. Dus waarschijnlijk zal in de doelgroepen die we hebben vrijgegeven, in de zomermaanden langzaam de behoefte aan testen iets minder worden dan in de wintermaanden, omdat er minder luchtweginfecties zijn.

Dan, ten slotte, hebben we nog de bloedtesten. Daar zijn we nu ook op aan het voorsorteren. Die doen we nog beperkt in Nederland. Dat zouden we grootschaliger willen doen, maar ik wil wel even goed zeggen voor wat. Als je het antilichaam hebt, heb je waarschijnlijk de ziekte gehad, maar het is nog maar de vraag hoe immuun je bent. Die onderzoeken lopen nu. Daar moeten we dan een beeld van krijgen. Als je die bloedtesten hebt, zou je breder een scan in de zorg kunnen maken en een beeld krijgen hoe de ziekte zich in de zorg bewogen heeft. Mensen in de zorg zijn waarschijnlijk meer met corona in aanraking gekomen dan mensen buiten de zorg. Je kunt ook studies doen naar hoe de ziekte zich in Nederland beweegt: geografisch, in leeftijdsgroepen, in beroepsgroepen enzovoort.

Waar je het op dit moment niet voor kunt gebruiken maar waar wel veel over gesproken wordt, is bepalen dat iedereen die blijkens de bloedtest antilichamen heeft, weer het arbeidsproces in kan. Daar zitten twee haken en ogen aan. Eén: we weten niet precies hoe immuun u bent. Twee: het RIVM heeft laten zien dat waarschijnlijk maar 3% of 4% van Nederland de ziekte heeft gehad. Als je 60% of 70% zou hebben, zou je makkelijk kunnen zeggen «jij nog niet, jij wel», maar bij 3% moet je eigenlijk tegen zo'n 96% zeggen: je hebt de ziekte nog niet gehad. Op dat terrein kun je er dus nog weinig mee.

Ten slotte. Ik rond af, voorzitter, want ik begrijp de hint. We hebben ook gezegd dat als we straks steeds meer gaan testen, wat we nu al doen, het verstandig is om dat gepaard te laten gaan met detectie van mensen die in de omgeving waren. Anders gaan we jou testen, maar veronachtzamen we de mensen in de jouw omgeving. Of je dat nou met een app, een blocknoteje of wat dan ook wilt doen, is natuurlijk vrij. Maar het is wel

verstandig om iets daarvan te hebben, anders veronachtzaam je een belangrijke groep.

Daar wou ik het bij laten, voorzitter.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank, zeg ik in de richting van de heer Sijbesma. Ik geef nu graag het woord aan de heer Woldman voor zijn presentatie, die inmiddels klaarstaat.

**De heer Woldman:**

Dank u wel. Ook dank voor de uitnodiging om hier een en ander toe te lichten rond het testen. Zoals u aan het logo ziet, spreek ik namens al mijn collega's in Nederland. Ik werk wel in Amsterdam, maar ik spreek voor onze koepel, dus voor de 25 Directeuren Publieke Gezondheid in Nederland.

Mijn verhaal heeft vier blokjes: testbeleid, testen door de GGD, testcapaciteit en wat er in de toekomst gaat gebeuren, aansluitend bij wat de heer Sijbesma zei, en waar hij mee eindigde, eindig ik ook mee, namelijk met bron- en contactopsporing. Dat laatste hoort niet bij het testen, maar het heeft er wel direct mee te maken. Als je het een niet doet, hoef je het andere eigenlijk ook niet te doen. Dat is onlosmakelijk met elkaar verbonden. We testen niet om het testen, we testen om te zorgen dat de volksgezondheid beschermd wordt. Dan moet je meer doen dan testen. Eerst even het testbeleid. De tekst is een beetje klein, maar met een beetje inspanning is het te lezen. U ziet hier het huidige testbeleid. We zijn op dit moment aan het uitbreiden; daar zal ik twee slides verder op terugkomen. Het huidige testbeleid is dat we zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis testen. Dat gebeurt natuurlijk ook in het ziekenhuis, maar buiten het ziekenhuis doen de GGD's dat. Daarbij is het beleid dat er minimaal 24 uur symptomen moeten zijn die passen bij covid, bij corona, en het moeten mensen zijn die daadwerkelijk aan het bed zorg verlenen aan de cliënt, aan de patiënt. Als laatste, maar dat geldt in de zorg in Nederland sowieso, ziet u dat de zorgcontinuïteit onder druk staat. Iedereen die niet ziek is, kunnen we dus heel goed gebruiken. U ziet een opsomming, waar expres het woordje «voornamelijk» aan voorafgaat. We gaan er wat flexibel mee om en we bedenken echt niet van tevoren wie er allemaal zorg verleent aan een patiënt. We gaan er dus ruimhartig mee om. Er zijn ook logeervoorzieningen voor gehandicapten, er is daklozenopvang, winteropvang. Overall zijn zorgverleners bezig met kwetsbare mensen, dus wat hier staat, is geen limitatieve opsomming. We gaan er ruimhartig mee om. Dat betekent dat al die mensen die zich melden na een beoordeling door een arts, door de GGD's getest kunnen worden.

Twee weken geleden zijn daar ook medewerkers van handhaving en toezicht aan toegevoegd. Daarmee bedoelen we de politie en ook de boa's in de steden die te maken hebben gehad met een incident. U heeft allemaal wel gehoord van de coronaspugers. Het kan ook gaan om een reanimatie of een vechtpartij, waarbij helemaal niet opzettelijk iets is gebeurd. We hebben besloten dat we medewerkers die daarna symptomen krijgen, ook gaan meenemen in het testbeleid.

Dan even het aantal testen dat we per week doen. Dat varieert een beetje. Op 6 april zaten we rond de 9.000, medio april gingen we naar 11.000, en nu zien we het aantal weer een beetje teruglopen en zitten we weer rond de 8.000. Dat heeft, denk ik, te maken met het feit dat er minder zorgmedewerkers met klachten zijn. Het heeft ook te maken met de afname van de gewone verkoudheden en griepjes in deze tijd van het jaar. Dat ziet u op de site van het NIVEL. Er zijn minder luchtweginfecties, en dus zijn er wat minder mensen met klachten en worden minder mensen getest. De heer Sijbesma zei het net ook al: we verwachten dat dat van de zomer nog wel wat verder zal doorzetten. Er zijn dan wat minder mensen met

klachten. Dat is gewoon de gebruikelijke curve die we ieder jaar zien bij luchtweginfecties.

Als we het per dag bekijken, dan zien we daar ook een schommeling in. De zwarte lijn is het aantal testlocaties. Dat schommelt zo tussen de 25 en de 30. Dat is in ieder geval één per GGD. Je ziet duidelijk dat de vraag tijdens de weekenden echt inzakt. Datzelfde geldt voor Koningsdag, zoals helemaal rechts in de grafiek is te zien. Tijdens de werkdagen neemt de vraag dan weer toe. We zien dus dat er ongeveer 1.200 tot 1.500 testen per dag worden uitgevoerd door de GGD.

Dan de doelgroepen die we gaan toevoegen. Vanaf 6 mei worden naast de zorgmedewerkers, ook de medewerkers in het onderwijs en in de kinderopvang getest als ze klachten hebben. Ik vat het even samen, want er zijn natuurlijk een heleboel verschillende soorten onderwijsinstellingen en kinderopvanginstellingen, maar de medewerkers van de instellingen die op 11 mei opengaan, worden ook getest op het moment dat ze klachten hebben. Daar horen natuurlijk ook wat aanpalende beroepen aan. Denk aan het schoolvervoer voor het speciaal onderwijs en allerlei andere zaken die daarbij een rol spelen. Eigenlijk iedereen die weer in actie komt om kinderen op scholen les te geven of op kinderdagverblijven op te vangen en die klachten krijgt, komt in aanmerking voor een test. Ook hier geldt weer het criterium van minimaal 24 uur symptomen en een verwijzing door een arts om die triages te doen.

Ik wil nog even apart iets zeggen over die 24 uur, want dat is iets wat nu heel erg speelt. Dat is een heel terecht criterium van het RIVM, want als je eerder gaat testen, krijg je heel veel foutnegatieve testen. Die mensen denken dan dat ze geen corona hebben, maar twee dagen later kunnen ze toch wel positief zijn. Dat is een risico dat we lopen, maar maatschappelijk is het een moeilijk uit te leggen fenomeen, want mensen willen graag getest worden. Mensen zeggen: ik heb nu klachten en ik wil het nu meteen weten, want morgen moet ik weer aan het werk. Dat is best ingewikkeld. Ik denk dat dat ook veel gedoe in de media geeft. Mensen begrijpen toch niet zo goed dat wij proberen om aan die 24 uur vast te houden en dat we ook tegen alle bedrijfsartsen en andere artsen zeggen: vraag dat nou uit. Ik sluit niet uit dat daar ook best eens mee gesjoemeld wordt. Daar doen we ook niet moeilijk over, want we gaan het niet nog een keer navragen. Maar het is wel ingewikkeld om uit te leggen en het is, denk ik, ook de oorzaak van veel vragen die uit de samenleving komen. Mensen zeggen: waarom kan ik nou niet getest worden; ik wil zo graag. Dat is dus iets waar we echt even goed over moeten nadenken, maar op dit moment staat het criterium van het RIVM. En terecht, denk ik. Wij houden ons daar ook aan, zo goed en zo kwaad als dat kan.

Zo spoedig mogelijk hierna volgen ook de mantelzorgers. Het RIVM gaat nog kijken naar de richtlijnen die daarvoor komen, maar daarvan zeggen we nu: daar gaan we ook ruimhartig mee om. We hebben namelijk voldoende capaciteit – ik zal dat zo op de volgende slide laten zien; daarover komt ook nog een publicatie – dus we gaan redelijk snel ook alle mantelzorgers die gelegenheid geven als zij daadwerkelijk direct zorg leveren aan de persoon die ze verzorgen. Als je de boodschappen bij de deur neerzet of een keer een borstel door de wc haalt, dan is dat iets anders dan dat je de persoonlijke verzorging of zelfs verpleging doet als mantelzorger, maar ook als pgb'er uiteraard.

We hebben nu voldoende capaciteit. Ik zei net dat we er 1.500 per dag doen. Als we de testcapaciteit die we nu ingericht hebben volledig gaan gebruiken, kunnen we dat nu al ongeveer verviervoudigen. We kunnen dus al 6.000 testen per dag afnemen als we de locaties die we hebben, helemaal uitnutten. We kunnen natuurlijk ook nog nieuwe locaties toevoegen als dat nodig is. De door de heer Sijbesma genoemde aantallen aan wat er buiten de zorginstellingen getest moet worden, kunnen wij qua capaciteit dus aan. Dat is niet het probleem.

De andere doelgroepen kunnen natuurlijk ook komen. Hoe verder de maatschappij open wordt gezet, hoe meer mogelijke doelgroepen er natuurlijk komen. We zijn in afwachting daarvan. Dat hangt af van de adviezen van het OMT, maar uiteindelijk natuurlijk van de besluiten van het kabinet. Het helpt ons wel dat het RIVM een eerste berekening heeft gemaakt om hoeveel mensen het bij de verschillende doelgroepen gaat, rekening houdend met de periode van het jaar en de hoeveelheid luchtweginfecties in die periode: hoeveel extra mensen per doelgroep kan je dan verwachten op de testlocaties?

We moeten ook niet vergeten dat niet alleen de GGD's, maar ook andere organisaties testen. Zeker als we veel ruimer gaan testen, gaan allerlei andere organisaties ook testen. Ik noem de ziekenhuizen en de verpleeghuizen en ik noem de huisartsen, nu al, want die zitten ook al in het verruimde testbeleid voor kwetsbare mensen. Maar ik noem ook de laboratoria. We zien ook al dat commerciële laboratoria zelf teststraten inrichten; daar heeft u misschien ook al over gelezen. Ik noem uiteraard ook de GGD's. Het gebeurt zowel bij de GGD zelf en door bemonstersteams, die de wijk ingaan, als in onze teststraten.

Afhankelijk van de capaciteit die gevraagd wordt – het gaat om een lange duur; wij verwachten dat we dit al met al toch zeker een jaar zullen moeten volhouden – moeten we als GGD's op een gegeven moment voor de lange duur wel gaan kijken hoe wij vanuit andere onderdelen van de maatschappij ondersteuning gaan regelen om dit op de lange duur vol te kunnen houden. We zijn natuurlijk redelijk kleine organisaties. De heer Sijbesma vroeg net hoeveel mensen er in totaal bij alle GGD's werken. Dat zijn er ongeveer 14.000 en die hebben nog een heleboel andere dingen te doen.

Mijn laatste sheet betreft het bron- en contactonderzoek. Ik zei al dat je niet moet testen zonder dat je er wat mee doet. Als je iemand positief test, is het de bedoeling dat je meteen bron- en contactonderzoek gaat doen om te kijken of er verspreiding is rond zo iemand. Dat heeft er puur mee te maken dat je, als we de samenleving weer verder los laten gaan en als het dan weer ergens opflakkert – je moet dat covid zien als een soort veenbrand – meteen moet blussen. Als je zo'n opflakking vermoedt, moet je dus testen. Als het brandt en als de test positief is, moet je meteen het contactonderzoek doen om te zorgen dat je de mensen die in aanraking zijn geweest met het geval dat je getest hebt, in quarantaine laat gaan in afwachting van hoe het gaat. Maar je moet ook die mensen meteen weer gaan testen – dat gaan wij nu ook weer doen – om te zien of er daadwerkelijk overdracht heeft plaatsgevonden. Dat doen wij nu, maar als we meer gaan testen, gaat dat betekenen dat we dat ook veel meer moeten gaan doen. Dat zijn we op dit moment aan het inregelen in overleg met het ministerie, zodat we gelijk oplopend met de uitbreiding van de testvraag en de testcapaciteit ook die bron- en contactopsporing kunnen opschalen om te zorgen dat het bij elkaar blijft passen en dat we niet het één zonder het ander doen.

Dat was wat ik wilde vertellen.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank, zeg ik in de richting van de heer Woldman. Dan ga ik nu naar de leden. Geeft u maar aan aan welke persoon u uw vraag wil stellen. Als u beide vragen wil bewaren voor de tweede ronde, kan dat uiteraard ook. Mag ik beginnen bij mevrouw Agema namens de fractie van de PVV?

**Mevrouw Agema (PVV):**

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de heren Sijbesma en Woldman voor hun presentaties. Ik zou een vraag willen stellen aan meneer Sijbesma, maar eigenlijk is het een vraag waarop u allebei antwoord zou moeten kunnen geven. Op dit moment hebben wij nog steeds een restrictief testbeleid.

Corona manifesteert zich al elf weken in ons land. Aan de zorgverleners, de handhavers en straks ook het onderwijs worden steeds groepen toegevoegd, maar heel veel groepen worden nog altijd niet getest: huishoudelijke hulpen, mantelzorgers, maar ook de buschauffeur en de vakkenvuller. Er is nog steeds een restrictief testbeleid. We horen steeds getallen die aangeven dat er veel meer mogelijk is, bijvoorbeeld 29.000 per dag als we maar meer uren zouden kunnen testen. Meneer Woldman zegt ook: wij kunnen vier keer zoveel testen. Zou het nou niet goed zijn om te kijken per wanneer we gewoon iedereen met klachten zouden kunnen testen? We zitten inmiddels al in coronaweek elf. Op enig moment zouden we toch het complete plaatje moeten kunnen vormgeven? Dus op welk moment, vraag ik de heer Sijbesma, zijn we in staat om iedereen met klachten, ongeacht uit welke groep, te testen?

De heer **Sijbesma**:

Het is aan de politiek om op advies van het RIVM te bepalen welke groep je wilt testen, niet aan mij. In het begin was het heel restrictief: alleen mensen met heel duidelijke klachten. Vervolgens zijn de zorg, de zorginstellingen en de leraren erbij gekomen. Straks volgen de mantelzorgers enzovoort. Uiteindelijk kan je inderdaad opschalen naar alle beroepsgroepen, zoals u zegt, of zelfs naar alle Nederlanders met enige vorm van klachten. Dan heb je het over waarschijnlijk tienduizenden testen die je per dag zou moeten doen. Het hangt wel een beetje van het seizoen af. Qua capaciteit zijn we daarop aan het voorsorteren. Over de machientjes maak ik mij dus niet zo druk. Hebben we ook voldoende testen als we morgenochtend heel Nederland zouden opengooien om iedereen die maar enige vorm van klachten heeft te laten testen? Dat denk ik niet. Daar hebben we niet morgenochtend al de testen voor, maar over een periode mogelijk wel. We zijn nu aan het voorsorteren op het gegeven dat de maatschappij langzaam steeds meer opengaat en dat langzaam steeds meer groepen getest kunnen worden.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vroeg per wanneer iedereen met klachten getest kan worden. Zou dat eigenlijk vandaag kunnen? We zijn steeds meer groepen aan het toevoegen, maar zou per vandaag iedereen met klachten getest kunnen worden als het gaat om de capaciteit en de mogelijkheden die we hebben?

De heer **Sijbesma**:

Ik denk dat het vandaag kan als je naar de capaciteit van de laboratoria kijkt. Maar als je naar de beschikbaarheid van de testjes op die machines kijkt, kan het niet vandaag voor heel Nederland. Die testen hebben we niet. Misschien dat we die de komende weken of maanden mogelijk wel hebben. Bij een verdere exit uit de lockdown zou je langzaam meer groepen kunnen laten aanschuiven.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Ik zou graag een wat concreter getal krijgen van wat je dan eigenlijk nodig hebt. U zei dat we in Europa proberen samen te werken. Dat vinden wij prettig, omdat het virus zich ook niet aan landsgrenzen houdt. Is het ook mogelijk om met Duitse laboratoria of met andere Europese landen samen te werken, zodat je meer kan testen? Is dat ook een optie?

De **voorzitter**:

En die vraag stelt u aan de heer Sijbesma?

Mevrouw **Diertens** (D66):

Ja.

De heer **Sijbesma**:

Het liefst zou ik ook zo veel mogelijk willen testen. Ik kom nog even terug op het voorgaande, want ik zie de blik van mevrouw Agema. Ik kan de wereld niet anders maken dan ze is. We proberen maximaal op te schalen en maximaal testen in te kopen, maar we zijn niet echt de enige. Mevrouw Diertens vroeg of we ook kunnen samenwerken met andere landen. Ongeveer alle andere landen zitten met exact hetzelfde probleem en vinden dat ze te weinig tests hebben en zijn aan het opschalen. U kunt zich voorstellen dat als ik tegen leveranciers zeg dat ik meer wil hebben, zij antwoorden: meneer Nederland, u bent niet de enige die meer wil hebben, want iedereen wil meer hebben. Ik denk dat we al met meer dan 300% zijn opgeschaald in de afgelopen paar weken en we zijn aan het voorsorteren op een opschaling met misschien wel een factor tien. Dat is een enorme opschaling, waarmee in ieder geval de doelgroepen, zoals de Minister die heeft geformuleerd, nu getest kunnen worden. Dat is winst: de doelgroepen die we hebben geformuleerd, kunnen getest worden. Tests kunnen worden afgenomen, we hebben er de machines voor en we hebben er de testjes voor.

Goed, dan kun je verder gaan. Zou je niet veel meer mensen nog willen testen dan de doelgroepen die nu vrijgegeven zijn? Dat is een politieke afweging. Die afweging zal waarschijnlijk samenhangen met de lockdown. Of je daarin heel veel kunt samenwerken met andere landen betwijfel ik een beetje. Dat proberen we wel, maar ze vechten allemaal ongeveer voor hetzelfde.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Maar hoeveel heb je nodig? Dat was eigenlijk mijn vraag. Hoeveel heb je eigenlijk nodig als je iedereen zou willen testen?

De heer **Sijbesma**:

Dan heb je het over tienduizenden per dag. Waarom is dat geen exact, vast getal? Dat hangt een beetje af van verschillende dingen. We weten niet hoeveel mensen in heel Nederland normaal gesproken luchtweginfecties hebben, omdat ze daar niet altijd allemaal mee naar de huisarts gaan. Het is heel moeilijk om te weten wie er allemaal mogelijk klachten en luchtweginfecties hebben die daar normaal gesproken niet voor naar de huisarts gaan. Dat is een moeilijke interpretatie van cijfers. Die mensen zie je normaal niet, omdat ze dan thuis blijven met hun luchtweginfecties. Daarnaast hangt het ook nog een beetje van het zomer- en het winterseizoen af. Maar als ik het even grofweg neem, dan heb je het over enkele tienduizenden, afhankelijk van het seizoen en, nogmaals, van wat er gaat gebeuren, want u geeft dan iedereen die iets voelt in de luchtwegen de mogelijkheid om getest te worden.

Het heeft overigens geen zin denken we, of denkt het RIVM, om mensen te gaan testen die geen enkele klacht hebben. Waarschijnlijk is de test op covid niet positief, maar dan kan je twee dagen later weer gaan testen en twee dagen later weer. Dat heeft weinig zin.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Ik dank de beide heren ook voor hun komst en toelichting. Ik heb een vraag aan de heer Woldman van de GGD over het bron- en contactonderzoek en de capaciteit daarvoor. Op 6 april stelde het OMT als voorwaarde voor versoepeling van de maatregelen dat er voldoende capaciteit moet zijn voor dat bron- en contactonderzoek. Ik vroeg mij af of de heer Woldman er nader op in wil gaan hoe het er voorstaat met die capaciteit. Wij schrokken een beetje omdat een andere vertegenwoordiger van de GGD aangaf geen opdracht gehad te hebben om die capaciteit uit te breiden. De Minister gaf aan dat die opdracht wel is gegeven. Mijn vraag is of die opdracht is gegeven en hoe die er precies uitzag. Waar

staat de GGD nou precies qua capaciteit? Hebben jullie voldoende capaciteit of is er meer nodig?

De heer **Woldman**:

Over die opdracht kan ik simpel zijn. De Minister heeft op 17 april aan de GGD's verzocht om de capaciteit op te schalen, om te kunnen voldoen aan de bron- en contactopsporing die past bij het testbeleid zoals dat zich gaat ontwikkelen. Ik zei net al dat wij meegroeien met het testbeleid. Op dit moment doen de GGD's ongeveer vier keer meer bron- en contactopsporing dan zij normaal doen.

Er zijn wel verschillen in Nederland. Zoals u weet, was er aan het begin van de epidemie sprake van import uit Italië en China. Toen gingen we echt per geval naar de bron kijken. Kwam iemand uit zo'n land? Of was het een zorgmedewerker die in contact was met een patiënt? Toen was het criterium ook nog wat strenger. Er moest ook nog 38 graden koorts zijn voordat je iets deed. Dat hebben we toen heel nauwkeurig gedaan, maar met name in het zuiden van het land was dat niet meer houdbaar, omdat duidelijk werd dat het niet meer alleen om import ging, maar om overdracht op grote schaal binnen onze eigen grenzen. Toen zijn we de bron- en contactopsporing in die regio's vooral gaan richten op kwetsbaren, omdat we die wilden beschermen en de grote hausse, die zo snel kwam, niet aankonden. In andere delen van het land, bijvoorbeeld in Groningen, doen ze het nog steeds op de ouderwetse manier en wordt het overal gedaan.

We zijn bezig om daarnaar terug te gaan, sinds de verruiming van het testbeleid op 6 april. We gaan nu echt bron- en contactopsporing doen bij iedere positief geteste. Dat gebeurt nu ook al. Daarom zijn we vier keer zo hard bezig met bron- en contactopsporing dan een maand geleden. Dat kunnen we steeds verder opschalen, maar dat gaat heel veel energie en menskracht kosten. We hebben over de duim uitgerekend dat je bij tienduizenden testen, waarvan een aantal positief zijn, misschien wel 3.500 bron- en contactopsporingen per dag moet gaan doen. Dat kost vele uren, want dat is echt researchwerk. Waar ben je geweest? Met wie ben je in contact geweest? Vervolgens al die mensen bellen, enzovoort, enzovoort. Een digitaal hulpmiddel kan daar misschien bij helpen. Dat is het verhaal van digitale hulp bij bron- en contactopsporing.

Wij hebben het verzoek gehad van de Minister om dat op te schalen. Zoals ik ook zei in mijn inleiding, ligt er binnenkort een plan voor hoe we dat gaan doen, passend bij het testbeleid, zoals dat door het RIVM en vervolgens door het kabinet wordt afgesproken, tot en met de tienduizenden die de heer Sijbesma noemt.

De heer **Krol** (50PLUS):

Ook mijn dank aan de beide inleiders. Ik ben ervan overtuigd dat iedereen, ook politiek, verschrikkelijk zijn best doet om deze crisis zo goed mogelijk tot een einde te brengen. Waar ik me zorgen over maak, is dat er al weken wordt gesproken over een testcapaciteit van 9.000 testen per dag en dat dit al weken niet wordt gehaald en steeds minder is. Wat heb je dan voor verwachtingspatroon veroorzaakt bij de mensen, bijvoorbeeld bij de mantelzorgers? Ik heb gezien dat de Verenigde Arabische Emiraten, die natuurlijk hartstikke rijk zijn, ruim 113.000 testen per miljoen inwoners hebben, en Israël ruim 42.000; Portugal, Denemarken, Italië, Ierland en Duitsland boven de 30.000, en Spanje, Zwitserland, Nieuw-Zeeland, Rusland, Canada en België doen het ook veel beter dan wij.

De **voorzitter**:

Uw vraag, meneer Krol.

De heer **Krol** (50PLUS):

Waarom lopen wij dan achter? In mijn ogen lopen we verschrikkelijk achter. Dat zijn de mensen waar ik mee te maken heb. Die mantelzorgers voelen zich in de steek gelaten. Wat kunnen we daaraan doen?

De heer **Sijbesma**:

Ik probeer alleen maar zo veel mogelijk te helpen. Dat is mij gevraagd, om mij in te zetten voor u. Dat is het enige wat ik doe.

Ik kan het niet simpeler maken. Laat ik uitleggen hoe het zit. De laboratoria hebben een capaciteit. De Minister heeft daar een paar keer wat over gezegd. Hij wil die capaciteit van de laboratoria – dat zijn de machientjes – opschalen naar 17.500 per dag, eventueel naar 29.000 per dag. Dat gaat wel lukken. Die 17.500 gaan zeker lukken, die 29.000 komen daarachteraan. Daar komen we waarschijnlijk ooit wel bij in de buurt; geen zekerheid, maar hopelijk wel. Kunnen we dan ook die 17.500 testen doen? Nee, niet vandaag. Waarom niet? Wij hebben die machines wel, maar wij hebben niet de testen om op die machines te runnen. Ik kan er niks aan doen. We hebben er nu drie, vier keer zo veel als een maand geleden. Dat is al een hele stap voorwaarts. Die stap voorwaarts past geheel bij het beleid dat de Minister nu geformuleerd heeft voor de doelgroepen die je wilt testen. Dat is winst. Als je alles zou opengooien en je wilt de 17.500 testen doen waar je de capaciteit voor hebt ... Als u ze kunt inkopen ... Het is heel moeilijk om aan die testen te komen.

Steken we hierbij schril af ten opzichte van andere landen? Dat deel ik niet. Ik denk dat we in een middenmoot zitten. Ik kan net zo veel landen noemen die op het ogenblik op Nederland achterlopen. Dan heb ik het zelfs over landen als Zuid-Korea – vaak geroemd – en Frankrijk en Engeland. U kunt ook landen noemen die meer testen: Denemarken en Noorwegen. Dat zegt u terecht. Maar u kunt ook een aantal landen vinden, zoals Engeland, Frankrijk en Zuid-Korea, die op dit moment zelfs minder testen dan Nederland. Vier of vijf weken geleden was dat niet zo, want toen hadden wij een veel restrictiever testbeleid, maar wel vandaag de dag. We zitten dus in een soort middenmoot.

Ik denk dat we moeten kijken wat de politiek zegt en wat de Minister zegt over het aantal testen dat je per dag zou willen doen. Daar gaan u en de Minister over, ik niet. Op het ogenblik zegt de Minister dat hij zo'n 8.000 testen per dag wil kunnen doen. Sorry?

De **voorzitter**:

Nee, nee. Leden discussiëren met elkaar, maar het is niet de bedoeling dat we nu met elkaar het debat aangaan. Daar hebben we een ander debat voor. Ik wil de heer **Sijbesma** graag vragen om de beantwoording af te maken. Daarna geef ik het woord aan mevrouw **Ploumen**.

De heer **Sijbesma**:

De Minister heeft de doelgroepen aangegeven – die heeft Jan ook aangegeven – en de mensen die we zouden willen testen. Die mensen, passend bij die doelgroepen, kunnen we vandaag de dag testen. Als u morgenochtend veel meer doelgroepen zou willen testen, dan heeft u daarvoor wel de machines staan, maar dan heeft u daar niet de testen voor. Als u een andere en betere inkooptruc kunt vinden: ik luister.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw **Ploumen** namens de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik heb een vraag voor de heer **Sijbesma**. Die gaat ook over testen. Op 11 mei gaan de basisschoolkinderen weer naar school. Mijn vraag is simpel. Ongetwijfeld zijn er berekeningen gemaakt. Zijn er vanaf die dag

voldoende testen, voldoende labs en voldoende machines beschikbaar om alle mensen die werkzaam zijn in het onderwijs – de leraren, maar ook de amanuenses, de conciërges – te testen nadat zij 24 uur klachten hebben gehad?

De heer **Sijbesma**:

Ik denk het wel. Ik denk dat alle mensen uit de doelgroepen die nu worden vrijgegeven of benoemd door de Minister, getest kunnen worden. Ik zie daar geen probleem. Ik zie daar geen probleem met de afname door de GGD's en ik zie ook geen probleem met de beschikbaarheid in Nederland. Echter: u kunt in diezelfde periode zeker een aantal laboratoria vinden die een tekort hebben en een aantal laboratoria die een overschot hebben, want het virus verspreidt zich in Nederland niet exact volgens de geografische verdeling van onze machines. Dat is irritant van het virus; dat had het liever wel moeten doen, maar het beweegt op zijn eigen manier. We hebben dus continu over- en ondercapaciteiten in het land, maar als we de stromen heralloceren naar waar we de capaciteit hebben, dan kunnen we de doelgroepen die straks worden vrijgegeven allemaal testen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van Kooten-Arissen. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Kooten-Arissen** (vKA):

Veel dank aan de sprekers. Mijn vraag is al beantwoord, dus ik schuif mijn twee vragen even door naar de volgende ronde, als dat goed is.

De **voorzitter**:

Ja. Dank u wel. Mevrouw Van Esch, Partij voor de Dieren. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik heb een vraag aan de heer Woldman. U gaf in uw presentatie duidelijk aan dat het uitvoeren van het aantal testen niet het probleem is. Mijn vraag is dan meteen wat dan wel het probleem is. U gaf heel duidelijk aan dat de GGD het op de lange duur niet kan volhouden. Corona zal nog zeker voor een langere duur in ons land blijven. Ik ben dan ook benieuwd of dat dan ook daadwerkelijk het probleem is en of u met het ministerie in overleg bent om dat probleem te tackelen.

De heer **Woldman**:

Ik zei dat de GGD's het aankunnen zoals er op dit moment opgeschaald wordt. Ik heb het dan over de vraag naar testen voor onderwijs en mantelzorgers. Even antwoordend op de vraag van mevrouw Agema: huishoudelijke hulpen staan al in dat lijstje, dus die gaan gewoon mee in het verhaal, wat geldt voor de hele Wmo-zorg. Dat aantal van 8.000 dat genoemd is, is voor de GGD's geen probleem met de huidige faciliteiten die ze hebben. Wat wel zo is – en dat is ook mijn waarschuwing en dat heb ik ook tegen de Minister gezegd – is dat wij daarvoor mensen inzetten die normaal jeugdgezondheidszorg en allerlei andere taken van de GGD doen. Met het opstarten van het onderwijs en de kinderdagverblijven hebben we een grote taak wat betreft toezicht die ook weer uitgevoerd moet worden. Ons personeel dat we nu inzetten op de teststraten, moeten we ook gaan inzetten voor andere taken. Dat betekent dat we handjes nodig hebben. Dat hoeven niet allemaal dokters en zusters te zijn in zo'n teststraat, want dat kunnen ook andere handjes zijn om dit een jaar vol te houden, als we tenminste ook onze andere taken willen doen. Je kunt er ook voor kiezen om de GGD helemaal stil te leggen en alleen maar te laten testen. Ja, dan houden we het eindeloos vol, maar dat willen we natuurlijk niet. Dus ja, we kunnen testen wat op dit moment de vraag is en er zit nog een ruime marge in. Ik heb namelijk ook gezegd dat als het moet, we nog wel

twee keer zo veel kunnen afnemen en dan zitten we op 12.000 of zo per dag qua afnamecapaciteit, terwijl wij niet de enigen zijn die testen afnemen, want ook veel anderen doen het. Dus die afnamecapaciteit is het probleem niet. Voor de lange duur – en dat weet de Minister – hebben we gewoon ondersteuning nodig, omdat we te weinig eigen personeel hebben om dit naast onze eigen taken te doen.

De heer **Veldman** (VVD):

Bij de keuze van maatregelen, het versoepelen van maatregelen wordt er tot nu toe vooral gekeken naar onder andere dat reproductiegetal. Als dat lager is en er uiteindelijk minder instroom in ziekenhuizen en op de ic's is, dan zou er weer meer kunnen. Maar dat staat en valt ook met het aantal testen dat kan worden afgenomen. Nu begrijp ik van de heer Sijbesma dat die 17.500 de labcapaciteit is en dat die beschikbaar is, maar dat het testmateriaal zelf, waar die labs natuurlijk gebruik van maken, niet beschikbaar is. Nu zegt de heer Sijbesma terecht dat het uiteindelijk een politieke keuze is om maatregelen te versoepelen. Maar dat is natuurlijk een beetje een kip-eistelling omdat het kabinet natuurlijk ook vaart op wat er beschikbaar is, op hoeveel testen er zijn. Als dat reproductiegetal laag blijft, hoeveel testen hebben we dan uiteindelijk om te kunnen afnemen om maatregelen te versoepelen? Kijkend naar bijvoorbeeld Duitsland waar op dit moment 730.000 testen en dus ook materiaal beschikbaar zijn om per week af te nemen, wat ongeveer 20% meer is dan die 17.500 in Nederland per dag, hebben we dus te weinig. Wanneer hebben we er meer? Dat bepaalt namelijk wel mede de mate van versoepeling van maatregelen.

De heer **Sijbesma**:

Ik ben het met u eens en eigenlijk met iedereen hier, dat op het moment dat je meer gaat unlocken, je waarschijnlijk iets meer verspreiding van het virus krijgt en dat je graag veel meer wil testen en bron- en contactonderzoek wil doen. U draait het om. U zegt: als je veel meer kan testen en veel meer bron- en contactonderzoek kan doen, kan je misschien sneller gaan unlocken. Deze twee dingen hangen met elkaar samen. We volgen de richtlijnen van de politiek over welke groepen worden opengegooid en welke groepen we nu gaan testen. We proberen zo veel mogelijk voor te sorteren om steeds meer mensen te kunnen testen. U zegt: ik zou graag willen dat je vandaag voor die hele capaciteit van 17.500 ook dan de testen heb. Dan moet ik zeggen: daar hebben we vandaag niet de testen voor, maar binnenkort hopelijk wel. Ik heb er een goed gevoel bij; ik denk dat we in een goede opschalingsmodus zitten. Maar als u zegt dat u ze graag morgenochtend zou willen hebben, moet ik zeggen: ik heb ze niet. Er wordt met man en macht aan gewerkt, door ik weet niet hoeveel mensen bij de overheid, bij inkoopbureaus, om die wel te krijgen. Die zijn niet morgenochtend beschikbaar, maar voor de komende periode heb ik er een goed gevoel bij. Ik vind dat we goed aan het opschalen zijn. De doelgroepen die we vandaag, politiek gezien, willen testen, kunnen getest worden.

Ik zei het al tegen de heer Krol en ik zeg het ook tegen u: als u, met het oog op Duitsland of wat dan ook, andere leveranciers kent die ik niet ken of die wij niet kennen, dan houd ik me aanbevolen. Maar ik zeg erbij: ik betwijfel het, want ik denk dat we toch een redelijke beeld hebben van wat er te koop is en wat er binnen te halen is. Als ik naar mezelf kijk: ik werk hier bijna dag en nacht aan voor dit land om dit binnen te halen. Er is een grote concurrentiestrijd, waarbij het ook nog eens zo is dat bepaalde landen eigen producenten in huis hebben. Wij halen bijna alle testen uit het buitenland, omdat wij in Nederland geen eigen producenten van testjes hebben; wij moeten dus alles bij derden halen. De druk op die derden, de leveranciers, is natuurlijk enorm groot.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

De heer **Sijbesma**:

Ik kan het niet mooier maken dan het is. U wilt een ander antwoord, maar dat zou dan bezijden de waarheid zijn, en ik wil hier gewoon maar vertellen hoe het zit.

De **voorzitter**:

Dat lijkt me verstandig. Dan geef ik het woord aan de heer Van der Staaij. Hij spreekt namens de fractie van de SGP. Gaat uw gang.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Dank aan zowel de heer Sijbesma als de heer Woldman voor hun presentatie en de achterliggende inspanningen in het tegengaan van deze crisis. Ik heb een vraag aan de heer Woldman. Welke ruimte heb je als GGD om proactief te kunnen handelen in het kader van het eindplaatje waar we naartoe willen, dus het zo veel mogelijk testen van zo veel mogelijk mensen met klachten? Als u nu, vandaag, al een bepaalde ruimte over zou hebben, kunt u dan, wetende wat er ongeveer aan zit te komen, niet zeggen: we gaan de mantelzorgers die klachten hebben, alvast testen, dan komen de richtlijnen later wel? Welke ruimte is er om proactief te handelen?

De heer **Woldman**:

Die ruimte is er op dit moment volop. Ik zei het al: het aantal afnames ligt ver onder onze capaciteit. Aan mijn collega's heb ik in onze dagelijkse mail geschreven: ga coulant om met vragen die nu al vanuit het onderwijs, van mantelzorgers en dergelijke komen; zeg niet dat het nog geen beleid is, maar ga daar coulant mee om. Die ruimte hebben we dus. We zien ook dat die vraag komt.

Misschien was uw vraag ook: hoe bent u zich aan het voorbereiden op de toekomst? Ik heb net gezegd dat ik al mijn collega's heb gevraagd om zich voor te bereiden op meerdere testfaciliteiten, zodat er, als het op één locatie volloopt, ook op andere locaties getest kan worden. Dat is ook voor de regio vaak handig, want dan hoeven mensen minder te reizen als ze getest moeten worden. Wijzelf denken eraan om te gaan testen met een mobiele unit in een GGD-bus, om te kijken hoe we zo dicht mogelijk bij de mensen kunnen komen en hoe we de drempel zo laag mogelijk kunnen maken, zodat mensen, als ze aan de criteria voldoen, ook heel snel getest kunnen worden.

Als laatste wil ik iets noemen wat nog niet genoemd is, of alleen heel zijdelings, door de heer Sijbesma. We gaan ook een landelijk informatie-systeem voor het testen gebruiken. Dat wordt bij de GGD's deze week en volgende week uitgerold en bij de laboratoria later. Daardoor wordt het proces van aanvraag tot uitslag veel korter. Want we zien, zeker in het weekend, als artsen niet bereikbaar zijn, dat de uitslag er soms een paar dagen over doet om op de goede plek te komen. We zijn bezig om dat te automatiseren. De bedoeling is dat de medewerker die getest wordt, het eigenlijk direct digitaal te horen krijgt, met alle veiligheidsmaatregelen die daarbij horen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ook van onze kant hartelijk dank aan beide inleiders. Ik heb een vraag voor meneer Sijbesma. U gaf aan: wil je verder unlocken, dan heb je inderdaad veel meer testcapaciteit nodig. U gaf in uw inleiding zelfs aan dat je massaal bloedtesten zou willen doen om meer inzicht te krijgen in hoe het virus zich heeft verspreid. U zegt: er is te weinig testmateriaal. Maar er zijn dus commerciële teststraten, die wel aan het materiaal komen. Mensen vinden het zelfs geen probleem om ervoor te betalen, wat

we in Limburg zien in het dorp dat zeer besmet is geweest. Er zijn bedrijven die zeggen: wij hebben machines waarmee we een en ander tien keer sneller voorhanden hebben, inclusief het testmateriaal. Die komen er niet door. Dus hoe loopt dat proces dan?

De heer **Sijbesma**:

Ik weet niet of u nu refereert aan de testen om op het virus te testen of aan de bloedtesten.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Over beide krijg ik e-mailtjes.

De heer **Sijbesma**:

Voor de bloedtesten geldt het volgende. Als op dit moment maar 3% of 4% van Nederland de ziekte heeft gehad, begrijp ik dat iedereen graag individueel zo'n bloedtestje zou willen doen om te weten of men tot die 3% van Nederland behoort die de ziekte heeft gehad. Ik begrijp die individuele behoefte, maar dat helpt Nederland niet zo veel, omdat je met de uitslag niet zo veel kunt. Verreweg het grootste deel van Nederland heeft de ziekte nog niet gehad, dus je kunt het niet gebruiken voor beleid, namelijk om te zeggen: jij kunt weer aan het werk, jij kunt niet aan het werk. Dat komt doordat eigenlijk het grootste deel van Nederland de ziekte nog niet heeft gehad. Dat staat nog los van de vraag hoe immuun je eigenlijk bent als je antilichamen hebt. Daarom zijn die bloedtesten, denk ik, zinvol voor een scan in de zorg, voor een aantal studies over immuniteit en voor grote studies in de maatschappij, om te kijken hoe die ziekte zich beweegt. Ik zie dus niet precies het voordeel in van teststraten om even snel die bloedtesten te doen, buiten het feit dat sneltesten een hele lage graad van nauwkeurigheid hebben.

Dan de testen op het virus zelf. Er zijn een aantal commerciële partijen, maar het moet ook nog een keer zo zijn dat die testen die zij dan hebben, door het RIVM zijn gevalideerd. Ik werk namens u, de overheid. Of ik werk niet, ik zet me in namens u. We kunnen alleen werken met de testen die door het RIVM zijn gevalideerd. Als ze dat niet zijn, zullen er allerlei commerciële partijen zijn die dingen hebben die ook interessant zijn, maar daar kan ik verder weinig mee, want we moeten alleen die testen hebben die we ook gevalideerd hebben. Er zijn ook wat sneltestjes op de markt om te zien of je het virus hebt gehad. Daarvan zegt het RIVM: die zijn niet nauwkeurig genoeg, dus die zou je niet moeten gebruiken. Dan heeft het ook geen zin om die op grote schaal in te kopen.

De heer **Azarkan** (DENK):

Het valt mij op dat wij ook een aantal wat meer politieke vragen stellen aan de heer **Sijbesma**, terwijl hij zijn rijke ervaring feitelijk gebruikt om als inkoper aan de slag te gaan. Ik denk dat het goed is om hem met name in die rol aan te spreken. Het OMT adviseert, de regering maakt de keuzes en vervolgens is het aan de Kamer om te controleren.

Mijn vraag aan de heer **Woldman** is de volgende. Ik begrijp uit het verhaal van de heer **Sijbesma** dat wij conform de richtlijn eigenlijk 10% positief hadden moeten testen in de eerste weken. Door de WHO is gezegd dat dat een goede balans zou zijn. Nou was het de eerste vijf à zes weken 29%. Dat betekent dat er feitelijk drie keer te weinig werd getest. Dat is wat ik zomaar even concludeer. Statistisch is het misschien niet helemaal juist, maar ik doe het even op deze manier. Mijn vraag aan de heer **Woldman** is: wat is nou de samenhang tussen het feit dat er te weinig getest is en het feit dat in verpleeghuizen inmiddels 950 mensen corona hebben gekregen, van wie er inmiddels zo'n 800, misschien wel 900 zijn overleden?

De heer **Woldman**:

Die samenhang is niet zo een-twee-drie aan te geven, want je ziet in alle landen in Europa dat het heel hard aankomt in de verpleeghuizen. Dat komt uiteraard door de populatie die in die verpleeghuizen woont. Dat zijn de zwaksten van onze samenleving. Zij zijn vaak zeer oud, met een slechte levensverwachting. Het feit dat dit zich daar heeft afgespeeld, heeft waarschijnlijk te maken met andere dingen dan met testen, namelijk meer met de manier van overdracht binnen de verpleeghuizen. Er wordt nu ook onderzoek naar gedaan. Amsterdam UMC gaat in samenwerking met anderen bij een aantal verpleeghuizen in verschillende delen van het land echt kijken naar wat er nou is gebeurd in de verpleeghuizen.

Er zijn wel wat theorieën over. Een van de theorieën is dat die hele oude, kwetsbare mensen een specifiek verloop van de ziekte hebben gehad. Alles slijt als je ouder wordt, ook je afweersysteem, net als de kracht om te hoesten, om het zo maar te zeggen. Het zou weleens kunnen zijn dat oudere mensen besmet zijn die veel minder uiting gaven van een infectie. Koorts is uiteindelijk de weerstand van je lichaam. Als je weerstandssysteem het niet goed doet, dan krijg je geen koorts, maar kan het virus wel steeds dieper je lichaam ingaan. Als je niet goed kan hoesten, dan hoest je de boel ook niet schoon, om het maar even heel simpel te zeggen. En dan heb je ook een grotere kans op longontsteking. Er zijn allerlei theorieën over hoe het kan zijn gebeurd, maar het heeft waarschijnlijk te maken met de manier waarop het virus zich gemanifesteerd heeft, juist bij deze kwetsbare groep mensen.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Ook van mijn kant dank aan de heren Woldman en Sijbesma. Mijn vraag gaat eigenlijk over dat klassieke bron- en contactonderzoek. Het heet niet voor niets «klassiek», want dit is wat de GGD altijd doet bij een infectieziekte. Ik heb vanochtend goed geluisterd. Als het gaat over de testen en de laboratoria, dan hebben we het vooral over materiaal. Als het gaat over bron- en contactonderzoek gaat het vooral over mensen die het moeten uitvoeren.

Er wordt een plan gemaakt om dit verder op te schalen, zodat in elk van die 25 GGD-regio's bron- en contactonderzoek zoals we dat klassiek gewend waren, weer kan worden uitgevoerd. Het is heel duidelijk gezegd dat je daar heel veel mensen voor nodig hebt. In een tussenzinnetje zei de heer Woldman: misschien moet je daarvoor ondersteuning hebben vanuit andere sectoren. Waar denken de GGD's dan aan? Wat is de strategie om straks echt te kunnen opschalen, zodat van iedereen die wordt getest, zijn of haar contacten worden opgespoord en geïnformeerd?

De heer **Woldman**:

Dat plan moet nog gemaakt worden, dus ik kan niet zeggen wat het definitief gaat worden. Het gaat om heel veel mensen, meer nog dan voor die teststraten. Het gaat echt om een grote inzet van heel veel mensen. We zijn op dit moment aan het rekenen. Als je 3.500 bron- en contactopsporingen hebt en ze kosten vijftien uur per onderzoek, dan kunt u zelf uitrekenen hoeveel uur dat kost. Dat zijn heel veel fte's. Op dit moment zijn wij vooral aan het werk met onze eigen GGD-mensen. Voor een heleboel mensen ligt het werk stil. Die kunnen we nu gebruiken bij die bron- en contactopsporing. Tegelijkertijd zien we dat er aanbod is van hulp in de regio's. Bij gemeenten zijn een heleboel andere processen op een wat lager pitje gezet, dus daar kun je op dit moment, voor de korte termijn, gebruik van maken. In de veiligheidsregio's zijn een hoop mensen voorhanden die je zou kunnen gebruiken om er behulpzaam bij te zijn. Maar als dat weer gaat opstarten, moet je andere bronnen aanboren. Daar zijn we nu ook al op aan het voorsorteren, ook in overleg met de Minister. Welke bronnen zouden wij kunnen gebruiken en hoe zouden we dat

kunnen gaan organiseren? En hoe gaan we dat vervolgens inzetten en betalen?

We zijn er plannen voor aan het maken en we hebben er ook wel een aantal organisaties voor op het oog, maar we moeten er echt nog even goed naar kijken. We moeten natuurlijk ook met die organisaties praten voordat we er echt wat over kunnen zeggen. Het wordt op deze manier voorbereid. Hoe krijgen we duizenden mensen in Nederland beschikbaar om die bron- en contactopsporing op de top te kunnen doen?

De heer **Hiddema** (FvD):

Meneer Sijbesma ... Spreek ik het nu goed uit?

De heer **Sijbesma**:

Heel goed.

De heer **Hiddema** (FvD):

En ook meneer Woldman, dank voor de uitgewerkte deskundigheid en bevindingen. Hoe moet het verder met de bestrijding van dit akelige virus? Ik weet dat het afhankelijk is van politiek beleid, maar als ergens in welke situatie dan ook de schoen wringt, dan is dat vanwege een tekort aan testen. Simpel. Zie ik dat verkeerd? Nee, dat is, dacht ik, samengevat wat u zegt dat er zou kunnen ontbreken. Uw hartenwens is: meer testen, meer testen, meer testen. Meneer Sijbesma zei zelfs: als je een goed adresje weet, dan hou ik mij beschikbaar. Nou hebben wij gisteren gelezen dat Australië maar liefst 10 miljoen coronatesten heeft kunnen inslaan. Meneer Sijbesma, is dat u bekend?

De **voorzitter**:

Geen deelvragen.

De heer **Hiddema** (FvD):

Dan zou ik de heer Sijbesma willen vragen om als de d ...

De **voorzitter**:

Dan is dat uw vraag en dan geef ik het woord aan de heer Sijbesma. We gaan geen discussie met elkaar voeren. U stelt een concrete vraag.

De heer **Hiddema** (FvD):

Mijn vraag is simpel deze. Is meneer Sijbesma, nu hij dat van mij te horen kreeg – want gisteren heeft zich dat spectaculaire nieuws voltrokken – bereid om zo snel mogelijk contact op te nemen met Australië om te verifiëren hoe ze tot deze aanschaf kunnen zijn geraakt? Want als daar een goede leverancier zit, dan willen ze ons vast wel helpen.

De heer **Sijbesma**:

Het nieuws uit Australië ken ik niet. We hebben wel regelmatig overleg met vele andere landen. Niet met alle honderd landen of misschien zelfs wel meer die hier dagelijks mee bezig zijn. Die heb ik niet allemaal dagelijks aan de telefoon, maar wel een hoop, om te proberen erachter te komen hoe zij het doen. Het is wel zo dat de machines die wij hebben staan, vaak heel specifiek werken op testen van dezelfde leverancier als de machines. En we hebben geen andere machines staan dan die we hebben staan. Dan ga je dus in eerste instantie naar de leveranciers van die machines toe, die ook die testen leveren. Je kan af en toe testen van derden op machines van een andere leverancier zetten. Soms past dat, maar dat is heel vaak of eigenlijk meestal niet zo. Je moet ook weer de kwaliteit kunnen garanderen.

Ik weet niet precies welke machines Australië heeft staan. Dat kan zomaar een andere configuratie zijn dan wij hier in Nederland. Voor de machines die we in Nederland hebben staan – dat is een toevalligheid, want die

machines worden ook gebruikt voor een heleboel andere testen, die niks met corona te maken hebben – kennen we wel alle leveranciers heel erg goed en daar proberen we zo veel mogelijk bij in te kopen. Maar ik zal zeker nog een keer naar Australië kijken.

Ik kom nogmaals terug op de vragen die zijn gesteld door de heren Veldman en Krol en mevrouw Agema. We hebben nu een aantal groepen waarvan de Minister zegt – politiek terecht, wat u zegt – «die zouden getest moeten worden». Ik hecht eraan en acht het van belang dat die groepen dan in ieder geval ook getest worden. Er zijn namelijk ook weer verhalen in de media dat niet iedereen uit die groepen getest wordt. Daarvan zegt de heer Woldman, en ikzelf zeg dat ook: de testen voor de doelgroepen die nu benoemd zijn, zijn beschikbaar en de GGD kan ze afnemen. Ik zou het van belang vinden dat die mensen in ieder geval wel getest worden. Testcapaciteit, beschikbaarheid van testen en beschikbaarheid van afname door de GGD zouden geen reden moeten zijn om dat niet te doen.

Twee, terugkomend op de vraag van de heer Hiddema. We proberen wel in toenemende mate in Nederland de stromen te verleggen. Dat heb ik al eerder gezegd. U kunt wel allerlei geluiden ophalen van ontevredenheid – ik kan daar niks aan doen – van sommige laboratoria die te veel en andere die te weinig hebben, omdat toevallig de machines én de testen én de verspreiding van het virus niet helemaal synchroon lopen. Daar kan ik ook niks aan doen.

De heer **Van Haga** (Van Haga):

Ik heb een vraag voor de heer Sijbesma. Hij gaf in het begin van zijn presentatie aan dat het streven is om te komen tot een testbeleid waarbij we 10% positief testen, en dat we lange tijd hebben gezeten op 26%, een zeer weinig ruimhartig testbeleid. Nu heeft Minister De Jonge ons een paar weken geleden beloofd dat we gingen opschalen naar bijna 30.000 testen per dag, maar nu horen we dat die niet beschikbaar zijn. Ik vraag mij af – waarschijnlijk is dat gemodelleerd – wat het effect geweest is op de verspreiding en dus op het reproductiegetal van dat zeer restrictieve testbeleid. Wat zou het effect zijn op die  $R_0$ , op dat reproductiegetal, als we opschalen, als we het testen wel zouden maximeren?

De heer **Sijbesma**:

Daar wil ik mij niet aan wagen. Dat laat ik aan het RIVM over. Ik ga hier niet mijn inzichten – hoewel ik van huis uit moleculair bioloog ben, maar dat is lang geleden – geven en namens het RIVM praten over aantallen testen, over  $R_0$  en over hoe zich dat verspreid zou kunnen hebben. Het is zeker zo dat wij in het allereerste begin van deze crisis in Neerland een restrictiever testbeleid hadden. Dat testbeleid hebben we langzaam opgeschaald. We willen meer mensen testen. Dat hebben we gepaard laten gaan met het opschalen van de capaciteit en het opschalen van de inkoop van testen.

Ik hoef het hier niet op te nemen voor de Minister, want dat kan hij prima zelf. Ik heb gehoord dat de Minister heeft gezegd dat hij binnenkort een capaciteit gaat krijgen van 17.500 en dat hij in de toekomst een capaciteit van 29.000 wil. Hij heeft daarbij gezegd: daarvoor heb ik nog niet alle testen op die capaciteit. Ik probeer die twee dingen toch iedere keer van elkaar te scheiden. Het liefst zou je dat natuurlijk wel hebben. Dat ben ik met u eens. Maar nogmaals, die 8.000 of 9.000 testen, als we even de aangeschakelde groepen erbij nemen, kunnen we afnemen. Daar hebben we de capaciteit voor en daar hebben we de testen ook voor nu.

Dan krijg je natuurlijk de vraag van de heer Veldman. Zou je dat sneller kunnen opschalen met steeds meer testen? Werkt het zo dat als je unlocks, je meer testen wil hebben of dat als je meer testen hebt, je sneller kan unlocken? Dat is natuurlijk een beetje een kip-eikwestie. Dat vind ik een politieke kwestie en uw verantwoordelijkheid en zeker niet de mijne.

Daarom heeft het niet veel zin dat ik mijn persoonlijke mening daarover neerleg. Ik denk dat dat uw verantwoordelijkheid is, samen met het kabinet.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Daar hebben we het politieke debat voor. Dat zal overigens niet deze week plaatsvinden, maar ik verwacht zomaar volgende week. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Dik-Faber namens de fractie van de ChristenUnie. Gaat uw gang.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Sijbesma en de heer Woldman voor de presentatie. Mijn vraag gaat over het testbeleid in verpleeghuizen. Tot nu toe was steeds de lijn dat bij verdenking een of twee bewoners getest werden en dat alle ziekteverschijnselen dan maar werden geaccepteerd als zijnde COVID-19. Dat kwam op mij heel onbevredigend over, omdat met name ouderen vanwege de fase van hun leven waarin ze zitten andere symptomen hebben en niet goed kunnen aangeven wat ze ervaren en welke lichamelijke ongemakken ze hebben. Mijn vraag is of er nu ruimte is om gewoon iedereen, iedere bewoner van een verpleeghuis, die ook maar enige klacht heeft te gaan testen. Ik weet niet of de heer Woldman of de heer Sijbesma die vraag kan beantwoorden. Ik zou het heel goed vinden als die ruimte er is.  
Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik vraag eigenlijk om een voorkeur uit te spreken. Ik zie dat de heer Woldman zijn microfoon open heeft staan. Gaat uw gang.

**De heer Woldman:**

Het beleid van maar een of twee mensen testen en dan zeggen «het zijn mensen die heel nauw samenleven in een groep, dus als er twee positief zijn, zal de volgende die ziek wordt ook wel covid zijn» is verlaten. Ook het testbeleid voor verpleeghuispatiënten is vergroot per 6 april, net als voor risicopatiënten die onder zorg van de huisarts zijn en dus thuis verblijven. Er wordt dus ook in verpleeghuizen steeds meer getest. Dat heeft inderdaad ook te maken – u zegt dat ze het niet goed kunnen aangeven – met dat hun lichaam waarschijnlijk ook niet meer aangeeft dat ze besmet zijn. Dat is misschien wel de reden geweest dat er een aantal besmette oudere mensen in verpleeghuizen onder de radar zijn gebleven en aan de verspreiding hebben bijgedragen. Dat gaat onderzocht worden door het Amsterdam UMC, door de hoogleraar ouderengeneeskunde daar. Dat beleid dat er verder dan niet meer getest wordt in verpleeghuizen is losgelaten, dus verpleeghuisartsen kunnen de mensen testen die ze willen testen. Dat zijn echt geen enorme aantallen, dus dat is ook helemaal geen aanslag op de capaciteit voor het testen.

**De heer Sijbesma:**

Daarvoor zijn de testen dus ook beschikbaar.

**De voorzitter:**

Een korte aanvulling van de heer Sijbesma.

**De heer Sijbesma:**

Ik zei net al dat ik geen beleid maak. Dat doet het kabinet, getoetst door de Kamer. Laten we wel zijn: ik ben een helper en dat is het. Dat gezegd hebbend, proberen we zo veel mogelijk capaciteit te creëren en zo veel mogelijk testen te creëren. In de doelgroepen die de Minister nu heeft genoemd – dat zijn onder andere ook de zorg- en verpleeginstellingen – zou iedereen met klachten getest moeten kunnen worden. Die testen

kunnen worden afgenomen, de capaciteit is beschikbaar en de testen zijn beschikbaar. Het zou naar mijn mening – dat is wel een mening – zonde zijn als de doelgroepen die we gedefinieerd hebben waarvoor de capaciteit en de testen beschikbaar zijn, niet getest zouden worden. Dat ligt niet aan capaciteit, dat ligt niet aan testen en dat ligt niet aan de GGD's. Als dat niet gebeurt, ligt dat aan andere dingen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan zijn we daarmee aan het einde van het eerste blok gekomen. Dat was het blok over testen. Ik dank de heer Sijbesma en de heer Woldman voor hun bijdrage en het beantwoorden van de vragen. Ik stel voor om deze briefing voor enkele ogenblikken te schorsen. Dan kunnen wij de microfoons reinigen en de twee volgende sprekers uitnodigen. Nogmaals, hartelijk dank.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

## **Blok 2: Persoonlijke beschermingsmiddelen**

Gesprek met:

- Rob van der Kolk (Landelijk Consortium Hulpmiddelen)
- Ernst van Koesveld (Directeur-generaal Langdurige Zorg)

**De voorzitter:**

Ik hervat deze technische briefing. Hartelijk welkom aan de heer Van der Kolk, coördinator van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen, en de heer van Koesveld, directeur-generaal Langdurige Zorg. Ik geef u beiden zo de gelegenheid om uw presentatie te geven. We hebben twee presentaties ontvangen. Deze zijn gepubliceerd op de website van de Tweede Kamer. Dus de mensen die thuis meekijken, kunnen de presentaties daar vinden. Ik geef als eerste het woord aan de heer Van der Kolk. Mag ik u de gelegenheid geven uw presentatie te doen? Gaat uw gang.

**De heer Van der Kolk:**

Dank u wel voor de uitnodiging. Ik wil graag iets vertellen over de enorme uitdaging waarvoor wij stonden en ook nog steeds staan. Ik ben inderdaad coördinator van het Landelijk Consortium, maar het is misschien ook wel goed om te vertellen dat ik directeur ben van een divisie binnen het Amsterdam UMC. Ik ben divisiedirecteur van de afdeling Interne, waar ook de covidafdelingen onder vallen. Dus ik ben ook verantwoordelijk voor de afdelingen daar, waar ik dagelijks te maken heb met de verpleeg- en de covidafdelingen. Ik krijg daar ook dagelijks een rapport over. Ik weet dus waarvoor we het doen met ons consortium. Ik zie dat er misschien iets verkeerd gekopieerd is.

**De voorzitter:**

De laatste pagina van de papieren presentatie is de eerste slide op de monitor.

**De heer Van der Kolk:**

Excuus daarvoor. Ik heb 'm hier keurig. Wat is het Landelijk Consortium? Het is een publiek-private samenwerking en een kenniscentrum waar diverse partijen in verenigd zijn, met het doel te zorgen dat mensen in de zorg voldoende kwalitatief goede persoonlijke bescherming tot hun beschikking hebben. De partijen doen dit vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, zonder winst oogmerk en zolang het nodig is. VWS bepaalt de scope en de prijzen, en het credo is nog steeds «blijf kopen». Met de prijzen wordt er ook een garantiestelling afgegeven. Waar ik even bij stil wil staan, is het publieke en het private deel. Publiek, zeker, om de verdeling goed te laten zijn en ook omdat het gaat om

publiek geld. Privaat, omdat er gewoon partijen in de markt zijn die dit doen en al langer gedaan hebben, waar expertise aanwezig is en om ook de snelheid enigszins te borgen. Verder is het zo dat we blijven kopen en dat is wel eventjes wennen voor mij, omdat ik in het ziekenhuis gewend ben om altijd heel zuinig te zijn met geld. In dit geval doen we dat nog steeds, maar het is wel de bedoeling om voldoende middelen in huis te hebben.

Misschien is het goed om te gaan naar de start van het LCH op 23 maart, zo'n vijfenhalve week geleden. Ik denk dat het goed is om even stil te staan bij de vraag waarom we niet genoeg of niet meteen genoeg middelen hadden. Richten we ons op de FFP2-maskers. Inmiddels weet bijna iedereen wat voor maskers dat zijn. Dat zijn de maskers die niet zozeer de ander maar vooral jouzelf beschermen. In Nederland was de vraag ineens 61 keer groter dan normaal. In 2019 hadden we zo'n 73.000 maskers van dit type. In de prognose die we uitdraaiden, ging het om 4,5 miljoen. Dat is dan niet alleen in Nederland maar wereldwijd. Op zo'n moment is er een enorme crisis. Het is een vechtmart. Ladingen worden letterlijk gestolen, er wordt met contant geld betaald aan de poort van het warehouse. Wereldwijd gelden er woekerprijzen, ook in Nederland. Certificaten gaan de wereld over. Hier ziet u er eentje. Deze zien we regelmatig: een certificaat dat een Poolse instantie afgeeft, maar die instantie mag geen certificaten afgeven voor persoonlijke beschermingsmiddelen. Dit certificaat kun je dus overal vinden. Opvallend is dat dit certificaat op 25 maart is afgegeven, toen wij net twee dagen bestonden. Op het internet wemelt het van dit soort certificaten. Je kunt ze ook heel makkelijk faken. Vaak wordt er via de handel bij dezelfde fabriek gesourced. Het is een vechtmart, niet alleen bij de fabrieken, maar ook in de supply chain. Normaal gesproken gaat het per boot, maar nu moet het per vliegtuig, in een magazijn dat daar niet voor geschikt is. Dat moet namelijk ineens 61 keer groter zijn. Het is dus een ook een vechtmart op dat vlak.

Daarbovenop kwam dat toen wij dit oprichtten, er vier mailtjes per minuut binnenkwamen met allemaal aanbiedingen van buurmannen die ook in China handelden of van kleine bedrijfjes die bekend waren in China. Iedereen dacht wel mondkapjes te kunnen maken. Dat was logisch, en ik snap dat ook. Er waren ondernemingen die veel minder te doen hadden en dit was iets waar nog markt voor was.

Even de tijdslijn pakken, te beginnen bij vijfenhalve week geleden. Het idee ontstond op 18 maart. Toen kwam ik voor het eerst in gesprek met VWS, met Marcel van Raaij. Er waren twee umc's – Nijmegen en Amsterdam UMC, waar ik werk – en drie leveranciers. We hadden het idee dat we iets moesten opzetten waar zowel publiek als privaat aan het roer stonden. De start was op maandag 23 maart. Al op 27 maart hebben we onze eerste aflevering gedaan bij het Bravis Ziekenhuis, vier dagen later dus. Dat was ook een doelstelling voor die week. We wilden absoluut iets afleveren in die week. Op 4 april hebben wij het eerste vliegtuig met bijna een miljoen chirurgische mondkapjes verwelkomd. Dat was een prachtig initiatief van een vaatchirurg uit ons ziekenhuis, samen met het hoofd van de heelkunde. De vaatchirurg, Kak Khee, is van Chinese afkomst. Haar vader is Chinees en hij heeft ons geholpen bij het vinden van een betrouwbare partij in China. Binnen twee weken ging er een vlucht via de luchtbrug die we toen al hadden. Een wat kleiner vliegtuig – daar kom ik zo nog op – heeft het materiaal uit China gehaald.

Vervolgens hebben wij de tijd besteed aan het maken van een aanvraagportal waarbij iedereen kan bestellen. We hebben een verdeelmodel, waarover Sjaak de Gouw hier eerder bericht heeft. We hebben een luchtbrug, waarover de afgelopen week is gepubliceerd. We hebben nu een groter vliegtuig ingezet. Wie de transportwereld een beetje kent, weet dat er eigenlijk alleen nog maar personenvervoer is en dat vrachtvervoer bijna niet meer bestaat. Alles gaat immers gewoon per boot. Eergister

hebben we de productie van Auping opgestart. Daar is ook enige berichtgeving over geweest. Dat is heel fijn, want dan zijn we minder afhankelijk van het buitenland.

Wat houdt die samenwerking in en wie werken er samen? Dat zijn vooral professionals, pure professionals uit de inkoopwereld in de zorg. Het gaat ook om het beantwoorden van die duizend mailtjes per dag. Daar hebben we 30 coassistenten voor opgetrommeld. Zij hebben deze mailtjes beantwoord en alle mensen teruggebeld. Het kan zijn dat we er een paar gemist hebben, want inmiddels zijn er 10.000 mailtjes ontvangen met bijzondere aanbiedingen, van iemand die nog een vaatje alcohol in de schuur had staan tot hele serieuze aanbiedingen.

Dan zijn er de partners in de logistiek. KLM, SkyTeam en PostNL hebben zich snel verenigd om te zorgen dat het heel erg snel ging met de luchtbrug. De luchtbrug is inmiddels zover dat we volgende week twee keer een vliegtuig hebben, niet alleen naar Shanghai, want daar zit het vol, maar ook naar Beijing.

Er zijn partners in de inkoop en de distributie. We hebben 80% tot 90% van de Nederlandse markt die de uitlevering normaal verzorgt hierin verenigd. Dat is ongekend. Dit zijn normaal gesproken concurrenten, maar ze zitten nu samen aan tafel om te zorgen dat we de spullen hier in Nederland krijgen. Het gaat om QRS OneMed, Mediq, Brocacef. Het is een open netwerk. Iedereen die er nu nog niet bij zit, kan dus aansluiten. Gelukkig is de FHI er ook bij. Dat is de branchevereniging waar deze partijen in zitten. Daar zitten ook de zogenoemde A-leveranciers bij. Met 3M heb ik regelmatig contact om te kijken of we het kunnen verbeteren. Ook die levert inmiddels aan ons.

Verder zijn er een aantal partners, waaronder Shell, DSM en Auping, die in het nieuws zijn geweest, maar de lijst is wat langer. Er waren gelukkig verschillende mensen die pro bono, dan wel tegen een gereduceerd tarief hun expertise hebben aangeboden. Op de foto is ook te zien dat naast mij iemand van Defensie zit die onder andere de bewaking voor zijn rekening neemt.

Wat valt er dan onder onze scope? Wat doen we zoal? We richten ons in eerste instantie vooral op de persoonlijke beschermingsmiddelen. Ik heb de top vier waar de meeste discussie over is, er even uit gepakt, maar er zijn nog een paar andere. De scope-uitbreiding is ietsje groter dan wat hier staat.

Datzelfde geldt voor de ic-middelen. De beademingsapparatuur hebben we geregeld. We hebben zo'n 6.000 beademingsapparaten ingekocht. Ook de infuuspompen en de morfiepompen, die ik hier maar even heb samengevat als pompen, zijn ingekocht.

Over laboratoriummiddelen hebben we het hiervoor gehad.

Neus-keelwaps en het medium worden hier genoemd. We hebben die allemaal ingekocht. We zijn daar uiteraard mee bezig. Ik heb net de discussie over de tests op dat vlak ook gevolgd.

Misschien is het goed om even te kijken naar het prognosemodel. Hoe komen we tot de conclusie dat we zo'n 4 miljoen mondkapjes nodig hebben, zoals de Minister gisteren of eergisteren nog meldde? Op deze slide staat «3,9 miljoen». Dat is iets anders dan de 4,5 miljoen die ik eerder noemde. In de eerste week was het beeld dat het om 4,5 miljoen zou gaan. Dat wordt nu iets naar beneden bijgesteld, naar 3,9 miljoen. Ik denk dat we er zelfs iets minder nodig hebben.

Hierbij zijn twee elementen belangrijk. We hebben de input gevraagd van alle instellingen die hier op een rij staan. We hebben dus onder andere aan ziekenhuizen, zorginstellingen, huisartsenposten en verloskundigen gevraagd wat normaal is en wat normaal is in week 14. Vervolgens hebben we daar, geholpen door BCG, een model op losgelaten om te kijken wat covid betekent. We hebben vervolgens een lage schaal, waarbij het weer afneemt, een middenschaal, wat onze verwachting is, en een maximumschaal. We kopen in op basis van het maximum, en dan

doorgetrokken. Dat is dus het eentje. Door uit te gaan van het maximum-niveau en dat vervolgens door te trekken in de tijd komen wij op het prognosemodel waarbij we zeggen: 3,9 miljoen mondkapjes, 7,7 miljoen chirurgische mondkapjes, 26,7 miljoen handschoenen en 4,3 miljoen jassen en schorten.

Bij wie kopen we dat dan in? Hierover heb ik wat discussie gehad met de mensen met wie ik dit voorbereid. Zij vonden het weinig leveranciers. Het gaat om dertien leveranciers voor maskers, negen voor surgical masks, twaalf voor isolatiejassen en vier voor onderzoekshandschoenen. Dat is niet weinig. Dat is heel erg veel. Als we dit normaal in Nederland inkopen, kopen we dit in bij een leverancier, of twee leveranciers voor de back-up, en eventueel nog bij een derde leverancier als het echt onzeker is. Wij kopen niet in bij dertien leveranciers. Dat zou zoïets zijn als dat u voor uw supermarktkopen uw boodschappen bij drie supermarkten doet. Dat doe je niet. Dat doe je niet omdat je de kwaliteit graag wilt borgen en dat doe je ook niet omdat je weet dat je graag betrouwbare leveranciers wilt hebben die voldoen aan de kwaliteitsnormen. Je wilt vooraf de certificaten selecteren voor de kwaliteit, je wilt in het magazijn de kwaliteit kunnen controleren, dus ter plaatse, in China in de meeste gevallen, en je wilt vervolgens de kwaliteit in Nederland controleren. Dat kun je niet op die manier doen met nog veel meer leveranciers. Dit zijn er in totaal al 38. Het vergt een enorme inspanning om dat in China bij de fabriek te kunnen controleren. Ik denk dat we veel beter kunnen opschalen bij de betrouwbare leverancier dan dat we nog meer leveranciers gaan toevoegen.

Dan de laatste en misschien ook wel de meest interessante slide. Wat hebben we dan uiteindelijk ingekocht? We hebben inmiddels 147 miljoen mondkapjes FFP2 ingekocht. Die komen de komende weken binnen. Die komen dagelijks binnen via de luchtbrug. We hebben 73 miljoen chirurgische mondkapjes ingekocht. We hebben 168 miljoen handschoenen en 72 miljoen jassen en schorten ingekocht. Hoeveel maskers hebben we vervolgens uitgeleverd? We hebben 4 miljoen maskers uitgeleverd. De eerste vraag zal wellicht zijn waarom dat er maar 4 miljoen zijn als er 4,5 miljoen waren voorspeld. Dat heeft alles te maken met ons prognosemodel, dat uitgaat van een max-max. Het gaat er ook van uit dat de zorg zelf in het verleden heeft ingekocht en nog wat voorraden heeft. Op basis daarvan is dit hetgeen ze op dit moment bij ons aangevraagd hebben. Er is op dat vlak voldoende voor de zorg. Ze kunnen gewoon aanvragen. De portal is er.

Ik zou graag iedereen willen uitnodigen om gebruik te maken van de portal. Iedereen kan aangesloten worden in de zorg en iedereen kan gewoon bestellen. Het magazijn is er en de spullen liggen er, ook tegen goede prijzen. In de markt zijn de prijzen op dit moment heel anders. Bij ons zijn de prijzen gewoon prima. We noemen dat «precoronaprijzen». Het zijn de prijzen die de zorg vooraf betaalde.

Er is nog wel een probleem bij de jassen en schorten. Dat is echt lastig. We hebben wel allerlei kledingbedrijven gevraagd om dit op te pakken. We gaan ook wat verder sourcen om dit voor elkaar te krijgen, onder andere naar Vietnam. Waar we slecht rekening mee hebben gehouden, is dat jassen en schorten enorm volumineuze producten zijn. Die gaan ook niet zomaar in een vliegtuig. Dan wordt het vliegtuig te licht beladen. Er moet extra belading bij. Voor deze vracht hadden wij 150 vliegtuigladingen nodig om die naar Nederland te krijgen. Die 150 vliegtuigladingen moeten ook nog eens snel beschikbaar zijn. Dat is lastig. Wat hebben we dus gedaan? Om deze jassen en schorten toch op tijd te hebben, gaan we een deel hiervan via de boot regelen en een deel wel via de vluchten. Het fotootje ernaast geeft een beetje een gevoel bij waar we over praten. Deze vrachtwagen is gisteren afgeleverd in het magazijn. Het zijn FFP2-maskers van een betrouwbare leverancier. Het zijn er 0,9 miljoen. U

kunt het zich dus voorstellen: we hebben inmiddels 150 van dit soort vrachtwagens besteld en die komen ook naar Nederland. Dank u wel voor de tijd.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De afstandsbediening wordt even gereinigd. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Van Koesveld. Gaat uw gang.

**De heer Van Koesveld:**

Dank u wel. Het is fijn en goed om hier te zijn. Ik ben hier vaker voor Kamerdebatten, maar het is bijzonder om hier op dit moment meer te kunnen vertellen over persoonlijke beschermingsmiddelen. Ik zal het stokje overnemen qua thematiek. Het gaat natuurlijk om de inkoop, om de productie in Nederland en vervolgens ook om de verdeling over daar waar persoonlijke beschermingsmiddelen nodig zijn in de verschillende zorgsectoren.

Het is goed om bij het begin te beginnen. Dan spreken we over eind februari, toen er een OMT-advies of eigenlijk een verzoek lag om te gaan inventariseren waar knelpunten zaten – die waren eerder al voor een deel uitgevraagd – en om die inventarisatie te doen in ROAZ-verband, dus in het verband van het Regionaal Overleg Acute Zorg. Dat hebben we ook vastgelegd in de Kamerbrief van 2 maart. Daar is het proces van het in een regio en ook nationaal samenbundelen van de krachten om deze thematiek op te pakken, dus eigenlijk begonnen.

Het oude model zoals dat hier staat, had een sterke focus op de acute zorg. Dat was ook heel logisch, want we hebben allemaal nog de beelden in ons hoofd van de acute zorg en de vele covidpatiënten daar: in de ziekenhuizen, in de ambulances, in de spoedeisende posten, bij de acute mondzorg. Een deel was ook beschikbaar voor de langdurige zorg. Er was ook altijd een voorraad op regionaal niveau voor noodverzoeken die geen plek meer konden krijgen in de reguliere distributie. Dat was dus het oude model. Dat hebben we een hele tijd gehanteerd. Gaandeweg is er in de regio steeds meer uitgeleverd aan de langdurige zorg op basis van de behoefte die in de regio bestond. Het is dus steeds een samenwerking tussen het regionale overlegorgaan, de directeur Publieke Gezondheid van de regio en de coördinator voor persoonlijke beschermingsmiddelen, die dit als taak had.

Het nieuwe model, dat is ingegaan op Tweede Paasdag, 13 april, is niet een model op basis van sectoren, maar een model op basis van besmettingsrisico's voor medewerkers in de zorg en daarmee uiteindelijk ook voor de bevolking, de bewoners van huizen en de patiënten in ziekenhuizen. De basis voor het model is een set aan richtlijnen die het RIVM heeft ontwikkeld. Daarin staat een aantal handelingscategorieën. Daar kom ik zo nog wat nader over te spreken. Het uitgangspunt is niet meer alleen het ziekenhuis, want ook op andere plekken dan alleen in het ziekenhuis worden covidpatiënten verpleegd, ook in verpleeghuizen en sommige ggz-instellingen en soms ook in de gehandicaptenzorg. Het gaat dus om de situatie zelf en het risico dat ermee gemoeid is. Dat bepaalt of je bepaalde beschermingsmiddelen nodig hebt. Daardoor worden de sectoren voortaan dus gelijk behandeld. De verdeling vindt plaats naar besmettingsrisico in die situaties.

We hebben met de sector samen bekeken hoe vaak bepaalde situaties van heel intensief contact en hoge risico's in de verschillende settings en sectoren voorkomen. Je hebt andere maskers nodig op het moment dat je intubeert; dat kwam al even aan de orde. Intubereren gebeurt in het ziekenhuis, maar ook op een aantal andere plekken. Dat is bepalend. Hoe vaak komt dat voor op die andere locaties? Hoeveel patiënten heb je met covid op die andere locaties in andere delen van de zorg buiten het ziekenhuis? Dat samengenomen is de basis geworden voor het nieuwe verdeelmodel dat per 13 april is ingevoerd. Het is een samenwerking

tussen de GGD GHOR, het RIVM, het Landelijk Netwerk Acute Zorg en een hele reeks van experts en partijen uit de verschillende zorgsectoren, die we bij elkaar hebben gebracht om dit model op te stellen. Daarmee is het systeem dus een stukje eerlijker geworden en meer gebaseerd op de behoefte die bestaat, gegeven de situaties waarin zorgverleners zich bevinden en de risico's die zij daarbij lopen.

Dit is de richtlijn die ook op verschillende plekken op het internet en ook bij de rijksoverheid te vinden is, waarbij dus onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende behandelingsituaties waarin de zorgverlener zich kan bevinden. Dat gaat van hoogrisicobehandelingen, zoals intuberen, en hoge intensiteit en mogelijke blootstelling tot aan verpleging en verzorging op cohortafdelingen binnen verpleeghuizen en tot aan bloedprikken en andere vormen van zorgverlening. Voor elke behandelingsituatie geldt een ander advies voor welk mondmasker te gebruiken. Ik concentreer me nu even op de mondmaskers als voorbeeld, maar deze systematiek wordt ook gevolgd voor de andere beschermingsmiddelen. Het gaat dus voortdurend om covidpatiënten die verzorgd, verpleegd en behandeld worden. En dat allemaal in aanvulling op alle algemene richtlijnen voor hygiëne en het voorkomen van verdere risico's.

Vanaf 13 april is het een landelijke richtlijn geworden om dit verdeelmodel te hanteren. Het wordt dus zowel over de regio's heen als binnen de regio's gehanteerd. Het is een instructie van de GGD aan de coördinatoren binnen het ROAZ-verband. Die coördinator confronteert alle verzoeken die hij binnenkrijgt – dat varieert van telefoontjes tot e-mails van een bepaald verpleeghuis of een andere instelling die iets nodig heeft gegeven de situatie en het aantal patiënten – met het aanbod dat beschikbaar komt uit de inkoop via het Landelijk Consortium Hulpmiddelen. Uiteindelijk is het het landelijk consortium dat de distributie voor zijn rekening neemt, zodat de beschermingsmiddelen op de juiste plek terechtkomen.

Zoals gezegd, dit verdeelmodel ontwikkelen we verder. We hebben heel veel zorgsectoren daarin opgenomen. Het wordt nog verder uitgebreid met bijvoorbeeld mantelzorgers. Daar zijn we mee bezig. Dan begint het weer op eenzelfde manier. Eerst bepaal je in welke situaties mantelzorgers vergelijkbare zorg verlenen als professionele zorgverleners, welke risico's ze daarbij lopen en welke vraag naar beschermingsmiddelen je op grond daarvan kunt verwachten en hoe vaak dat voorkomt. We hebben nu echt de zorg breed meegenomen. Waar we in het oude model begonnen met de ambulance, de acute zorg en ga zo maar door, zitten nu ook de gehandicaptenzorg, de ggz, alle huisartsen, de jeugdzorg tot en met de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang in dit model. Ook verloskunde en kraamzorg zijn daarin meegenomen. Het gaat dus om het hele spectrum van zorg.

Wat betekent dat in de praktijk? Dit zijn de resultaten van de verdeling in de afgelopen drie weken. Week 15 was nog net op het randje van het Paasweekend en week 16 en week 17 waren daarna. Dan zie je ook terug dat het verdeelmodel zijn schaduw vooruitwierp en dat ook daarvoor al een deel van de beschermingsmiddelen naar de langdurige zorg ging, nadat in die heel acute fase het merendeel juist naar de acute zorg ging. Dat is vooral van belang voor de chirurgische mondmaskers, want die worden het meest gebruikt, maar er worden ook andere maskers gebruikt in de langdurige zorg. Bij de chirurgische mondmaskers is de verhouding ongeveer fiftyfifty, als je naar de verschillende grafieken over de weken heen kijkt.

Het is misschien goed om nog te zeggen dat het bij de eerste twee weken om het integrale plaatje van week 15 en 16 gaat en bij de derde grafiek om de uitlevering via het landelijk consortium. Daar bovenop wordt er nog ongeveer 10% uitgeleverd via de voorraden in regionaal verband. Ik kom daar zo meteen nog even op terug, als ik het heb over de feitelijke distributie. Om nog even een gevoel te geven voor de getallen die hierachter zitten: in week 16 werden zo'n 4,5 miljoen chirurgische

mondmaskers uitgeleverd en uiteindelijk ging de helft daarvan naar de langdurige zorg.

Dit is de verdeelsystematiek. Hoe past die verdeelsystematiek nu in het feitelijke distributieproces? Daar is een kleine verschuiving opgetreden. In de situatie voor Pasen werkten we veel via het Landelijk Netwerk Acute Zorg en via de regio's, met de coördinatoren voor de beschermingsmiddelen. Er is nu nog steeds aanvraag mogelijk via de regionale coördinator, maar het is in toenemende mate geconcentreerd en gecentraliseerd bij het landelijk consortium.

Het komt erop neer dat steeds meer partijen, ondertussen al heel veel partijen, direct een aanvraag kunnen doen bij het landelijk consortium. Voor de langdurige zorg is dat via het webportaal, het aanvraagportaal van Mediq. Dat zie je ook in de praktijk gebeuren. Mediq ontvangt een verzoek om aantallen en kan vervolgens tot uitlevering overgaan. Dit is ook een ervaren partij, die de zorgpartijen goed kent. In de praktijk komt het ook voor, als er een heel laag aantal wordt aangevraagd, dat wordt teruggebeld om te vragen of dit wel het niveau is dat de instelling in kwestie nodig heeft. Er worden ook wel partijen nagebeld die bijvoorbeeld helemaal geen aanvraag doen. En omgekeerd kan het voorkomen dat er aanvragen voor hele hoge aantallen plaatsvinden. Dan wordt er ook teruggebeld om te vragen naar de onderliggende redenen daarvan en wat er aan de hand is bij de betreffende instelling. Er treedt dus een wisselwerking op via het aanvraagportaal.

Het verdeelmodel is in tijden van schaarste nog steeds van belang, dus daarbij is het van belang dat wat uiteindelijk allemaal wordt uitgeleverd aan de verschillende partijen, op basis van die aanvragen, ook wordt afgestemd met het verdeelmodel dat we gezamenlijk hebben ontwikkeld. Daardoor weten we dat er wordt uitgeleverd op basis van de behoefte die er bestaat in die specifieke situaties waar die besmettingsrisico's plaatsvinden.

Naast deze centrale uitlevering is er nog steeds een noodvoorraad in ROAZ-verband van om en nabij 10%.

**De voorzitter:**

Dat is een dia verder.

**De heer Van Koesveld:**

Ja, ik moet inderdaad eentje verder. Dat is wat ik net gezegd heb.

Om u een voorbeeldje te geven, ga ik meteen door. Hoe ziet dat er dan uit? Dit ziet er bijna uit als een bestelling die je bij Bol.com doet; het verschilt ook niet ontzettend veel. Je registreert je eerst om hiervan gebruik te kunnen maken. Je hebt daarvoor een aantal gegevens nodig, zoals dat je inderdaad een zorgverlener bent, en dan word je in het systeem opgenomen. We hebben heel veel adressen via koepelorganisaties in dit model gezet, om die registratie te vergemakkelijken. Dan weten we dat we steeds meer partijen hebben die hieraan meedoen. Het idee is dat we iedereen die in de zorg werkt, willen betrekken bij de bestelprocedure. Soms is dat direct en soms werken partijen samen om een aanvraag te doen op dit aanvraagportaal. Hier kun je dus bestellen wat je nodig hebt. De toetsing waar ik het net over had, vindt plaats. Er wordt ook nog contact gelegd met de coördinator voor persoonlijke beschermingsmiddelen in ROAZ-verband. Hierachter zit een team van ongeveer 50 mensen om vragen te beantwoorden en het mogelijk te maken dat de bestellingen worden omgezet in feitelijke distributies naar de plekken waar de beschermingsmiddelen nodig zijn.

Het werd net al even aangegeven: wij letten niet zozeer op de prijs. Het gaat vooral om het bestellen en het gaat erom dat er wordt ingekocht. De actuele prijs wordt niet doorberekend aan degenen of de instellingen die de middelen aanvragen. Wij hebben een reguliere prijs bepaald bij corona. Wat het extra kost, nemen wij als overheid voor onze rekening

vanuit de gedachte dat wij alles doen wat nodig is en omdat wij zorginstellingen niet willen belasten met de extra hoge rekeningen waar ze anders mee komen te zitten. U heeft een beeld van de prijzen die dan wel moeten worden betaald, maar, nogmaals, dat zijn de precoronaprijzen. Ik kom aan het einde van mijn presentatie. Ik klik één verder, anders blijven we bij de bestelling hangen, en uiteindelijk moet je ook gewoon naar de uitgang, met de observaties.

In de loop van de tijd hebben we de nationale regie enorm versterkt. Dat was eerst de regie via het ROAZ-verband en de GGD GHOR, vervolgens ook via de oprichting van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen. Op het punt van de verdeling hebben we dat gedaan door een nationaal verdeelmodel toe te passen dat zorgbreed is. Dat «zorgbreed» wordt eigenlijk steeds breder op het moment dat we ook andere zorgsectoren bij dat model gaan betrekken en daarin ook mantelzorgers gaan opnemen. Het aanvraagportaal – dat is ongeveer sinds Pasen de nieuwe manier van werken – maakt het mogelijk dat iedereen laagdrempelig kan aanvragen. Wij zeggen dan ook tegen partijen: vraag alsjeblieft via dat portaal aan. Want dat is precies de manier waarop wij zicht kunnen gaan krijgen op de schaarste die er is. Als er veel aanvragen zijn en wij kunnen leveren, dan betekent dit dat we de schaarste geleidelijk aan verminderen. Dat inzicht in de schaarste halen we op die manier op, maar we halen dat natuurlijk ook op uit de signalen die wij krijgen uit het veld. Er zijn nog veel partijen die het signaal geven dat er nog behoefte is aan beschermingsmiddelen. Wij proberen die signalen ook door te geven aan de feitelijke distributie. Dat doen wij na signalen van koepels en van organisaties zelf en op basis van enquêtes die plaatsvinden over het gebruik van beschermingsmiddelen in de praktijk. Er komen ook signalen binnen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ook die signalen betrekken we bij een goede verdeling, opdat uiteindelijk het doel kan worden bereikt dat mensen in de zorg veilig en met voldoende beschermingsmiddelen kunnen werken. Dat is uiteindelijk het doel waarvoor we staan.

Op basis van de cijfers van nu zijn de huidige inzichten dat wij ten opzichte van de prognose waarover eerder werd gesproken, voldoende in voorraad of in aanvoer hebben om daaraan te kunnen voldoen. Die prognose ligt nog wel een stukje hoger dan de feitelijke vraag die nu uit de sectoren komt. Daarom is het ook belangrijk dat zo veel mogelijk partijen aanvragen bij het portaal, want dan houden we er zicht op: hoeveel zijn er nodig, hoeveel kunnen we er daadwerkelijk leveren en kunnen we de schaarste aan mondkmaskers verminderen? Voor andere producten, zoals schorten en handschoenen, zijn het verhaal en de systematiek eigenlijk hetzelfde. Dat is was wat ik nu wilde vertellen.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Nogmaals hartelijk dank voor beide presentaties. Ik wil graag overgaan naar de vragen van de Kamerleden. Ik begin weer bij mevrouw Agema namens de PVV. Gaat uw gang.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik dank de heren Van der Kolk en Van Koesveld voor hun presentatie. Ik wil een vraag stellen aan de heer Van Koesveld. Ik ben in deze setting al een paar keer eerder begonnen over de zorg thuis, want negen van de tien ouderen en gehandicapten in de risicogroep wonen thuis. We dachten dat het verdeelmodel vanaf 13 april een stuk beter zou worden voor die situatie, maar ik begrijp dat dat niet is gelukt. De huishoudelijke hulp krijgt in het geheel geen bescherming. De boodschap is dat ze maar 1,5 meter bij de bewoner vandaan moeten blijven. Je krijgt dus een situatie waarin huishoudelijke hulpen van huis, naar huis, naar huis, naar huis gaan zonder bescherming. Voor de wijkverpleging en wijkzickenverzorging is er een beschermingsrichtlijn voor buiten het ziekenhuis, die een veel lagere

bescherming geeft. Zij gaan dus ook standaard zonder beschermingsmiddelen bij de mensen naar binnen, van huis naar huis naar huis. Omdat we geen zicht hebben op de situatie thuis, heb ik hier grote zorgen over, die ik al een paar keer heb benadrukt. Als het uitgangspunt van het verdeelmodel is dezelfde risico's, dezelfde bescherming, hoe komen we dan tot de situatie die de wijkverpleging, de wijkziekenverzorging, de pgb'ers en de huishoudelijke hulpen in een gelijke positie brengt als het gaat om de bescherming? Het moet echt nu een keertje voor het voetlicht komen dat hier nog steeds sprake is van een grote achterstand, zelfs sinds het model van 13 april. Hoe kan meneer Van Koesveld dat voor ons verbeteren?

De heer **Van Koesveld**:

Het begint steeds weer met de richtlijnen vanuit het RIVM. Dat betekent dat je ook wat betreft het beleid voor beschermingsmiddelen kijkt naar wat je in de thuiszorg nodig hebt. Dan gaat het natuurlijk wel weer om de situatie waarin er sprake is van covid, verdenking van covid of klachten die horen bij covid. Vanuit die situaties wordt geredeneerd welke beschermingsmiddelen je nodig hebt. Als je fysiek contact bij persoonlijke verzorging of lichamelijk onderzoek hebt en er sprake is van een covidverdenking, dan is het logisch dat je ook het mondkapje gebruikt, in dat geval het chirurgisch mondkapje. Afhankelijk van hoe vaak die situatie zich voordoet, doe je de aanvraag. Die aanvraag kan je doen via het portaal en dan krijg je ook geleverd. In het geval van huishoudelijke hulp ligt dat iets genuanceerder, want niet alle huishoudelijke hulp is, zoals ook in de richtlijn is opgenomen, lijfgebonden. Sommige dingen kun je inderdaad buiten die straal van 1,5 meter doen binnen een huishouden. De richtlijn zegt dat er in dat geval geen beschermingsmiddelen nodig zijn. Op het moment dat het anders is, dat er wel persoonlijke zorg wordt verleend, verandert dat dus en kun je ook een aanvraag doen omdat je uiteindelijk beschermd moet zijn. Als individuele zorgverlener in die situatie moet je bescherming hebben als er sprake is van covid, verdenking van covid of covidklachten. Dat moet dus op die manier ook in het model doorlopen en loopt daar ook in door, ook wat betreft aanvragen die de instelling in kwestie of de individuele zorgverlener kan doen bij het portaal.

Dus in die zin loopt het mee op basis van de richtlijnen zoals die zijn geformuleerd. Dat zijn richtlijnen van het RIVM op basis van de inschatting van besmettingsrisico's. In de praktijk hoort daar nog wel bij dat mensen ook een professionele ervaring, een professionele autonomie hebben om te kijken hoe ze die algemene richtlijnen naar hun individuele situatie vertalen. Daar is ook intensief contact over tussen de vereniging van verpleegkundigen en het RIVM: hoe kunnen we die algemene richtlijnen nu zo praktisch maken zodat mensen op de werkvloer weten: daar heb ik het voor nodig en daar heb ik het misschien niet voor nodig?

Mevrouw **Diertens** (D66):

Ik wil ook alle inleiders van vandaag heel hartelijk danken voor hun toelichting. Ik heb een vraag over de hoeveelheid beschermingsmaterialen. Er was steeds sprake van schaarste. Ik begrijp nu dat die schaarste er eigenlijk niet is. Er is een groot aanbod waar u zich doorheen moet worstelen van wat wel of niet goed is. Dat vereist natuurlijk heel veel werk. U zegt dat er ook heel veel materiaal bij zit dat niet goed is. Die mails krijgen wij ook allemaal. Dan blijkt dat het soms door het LCH wordt afgekeurd maar dat er dan wel een rapport onder ligt van TNO, LUMC of dergelijke. Dus hoe kan dat dan? Soms blijkt ook dat de fitscore niet goed is. Ik ben vrijdag op werkbezoek geweest bij een naaiatelier in Groningen, met een grote straat waar al die dingen omgekat worden waardoor ze wel goed zijn. Ik vraag mij dan ook af hoe die logistiek is geregeld. Het is toch jammer dat de 14 miljoen mondkapjes die in verschillende loodsen liggen,

dan door de shredder gaan? Kunnen die dan nog omgekat worden en alsnog gebruikt worden? Kan daar een netwerk voor opgezet worden zodat het ook makkelijker kan worden gedistribueerd? Ik vraag dat niet omdat ik vind dat het moet, maar ik zie en hoor dat heel veel verpleeginstellingen zelf op zoek gaan en zelf met dit soort instellingen, zoals social enterprises en sociale werkplaatsen, in contact treden over het omkatten van schorten enzovoorts. Hoe staat u daar in en hoe gaat u daarmee om? Want daar ligt volgens mij een kans.

**De voorzitter:**

Dank u wel. En uw vraag is gericht aan de heer Van der Kolk, neem ik aan? Ja? Meneer Van der Kolk, gaat uw gang.

**De heer Van der Kolk:**

Daar ging ik eigenlijk ook van uit, ja. Het zijn twee vragen eigenlijk. Enerzijds: we hebben nog heel veel op andere plekken. Daarop zeg ik: wij hebben ook voldoende, voldoende kwaliteit en niveau. Op basis waarvan controleren wij? Daarvoor hanteren wij gewoon de RIVM-richtlijnen. Daar zitten inderdaad ook fit, filtrage en certificering bij, dus of het van een gerenommeerde partij komt. Dat zijn eigenlijk de belangrijkste dingen. Het kan ook zijn dat een bepaalde aanbieder de ene keer een partij heeft die wel goed is en de andere keer een partij die niet goed is. Ook daar lopen we tegen aan. Ik zie ook partijen mondkapjes die aangepast worden en opnieuw aangeboden worden om te kijken of de fit dan wel goed is. Wij hebben dus voldoende kwalitatieve beschermingsmiddelen in huis; die kunnen gewoon besteld worden.

Ik zou dus zeggen: gebruik dat deel. Dat zou ik ook als advies geven aan alle partijen die op zoek zijn. Ik zou niet zelf meer gaan zoeken. Ik heb een aantal ziekenhuizen en een aantal zorginstellingen gebeld die in het verleden nog wel wat zaken aan het bestellen waren en nu ook. Zij bestellen zeer graag bij ons, want dan weten ze dat de kwaliteit gegarandeerd is, dat de filtrage goed is en dat ook de certificering goed is. Dat klinkt misschien wat gek, maar ook de certificering is belangrijk: bij wat voor partij koop ik in, zodat ik weet dat ook de volgende partij weer goed is? Dat is ook belangrijk. Ik zou dus eigenlijk alle zorginstellingen aanraden om gewoon bij ons te bestellen. Wat er moet gebeuren met partijen die ingekocht zijn door andere partijen dan wij, daar ga ik niet over.

**Mevrouw Marijnissen (SP):**

Veel dank aan de inleiders voor hun toelichting. Ik heb toch het idee dat er een behoorlijk groot verschil zit tussen de werkelijkheid die hier gepresenteerd wordt, met de aanname dat er voldoende beschermende materialen zijn, en de praktijk volgens de zorgverleners, zoals wij die horen.

Medewerkers in de huishoudelijke thuiszorg moeten vanwege de richtlijn nog steeds onbeschermd hun werk doen. Ik denk dat dat echt een risico is, aangezien zij ook bij een risicogroep over de vloer komen, vaak bij oudere mensen. Daarom is het enorme noodzaak dat er meer beschermingsmaterialen komen.

Mijn vraag gaat specifiek over de rol van het mkb daarin, en is gericht aan de heer Van der Kolk. Ik hoorde hem vertellen over de vliegtuigen, over Auping en over DSM. Dat is fantastisch, want dat is hard nodig, maar kan hij uiteenzetten wat de strategie van het consortium is als het gaat om hulp van mensen in Nederland, van kleine ondernemers die ook een bijdrage willen leveren? Wij horen namelijk dat het moeizaam loopt met de certificering en dat er te weinig hulp is bij de afname en het testen van het materiaal, terwijl ik denk dat dat wel heel hard nodig is. Ik begrijp dat Auping en DSM de FFP2-maskers voor de ziekenhuizen gaan maken, maar die andere ondernemers zouden toch heel wel die chirurgische mondkapjes kunnen maken? Daarvan hebben we er 7,7 miljoen per

week nodig, zo begrijp ik uit uw woorden. Kunt u toelichten wat de strategie daarvoor is?

De heer **Van der Kolk**:

Zeker. In eerste instantie hebben we gebruikgemaakt van bestaande kanalen, als die gewoon werken. Ik denk dat dat een goede inkoopstrategie is, want dan weet je dat de kwaliteit en de aanvoer goed zijn. Aan de andere kant hebben we ook gezien dat de aanvoer door een aantal partijen onzeker is. Ik denk dus dat het heel goed is dat we hier in Nederland met de productie gestart zijn, dat Auping daarmee gestart is, om te zorgen dat we minder afhankelijk zijn van één land. Ook voor de toekomst is het, denk ik, een hele goede zet. Er zijn nu inderdaad meerdere initiatieven. Die worden op hun merites beoordeeld. Die liggen nu bij ons voor en daar gaan we naar kijken. Daarbij spelen kwaliteit en prijs uiteraard een rol, maar er speelt meer een rol. Wat ook een rol speelt, is dat je misschien ietsje meer zou willen betalen als het een Nederlands product is, omdat je daarmee een bepaalde zekerheid hebt en een extra inkoopkanaal, dat niet afhankelijk is van een luchtbrug. Deze voorstellen liggen bij ons voor en zullen we op die manier beoordelen.

De heer **Krol** (50PLUS):

Dank aan beide heren. Er zijn voldoende mondkapjes, hoor ik steeds, maar ik krijg nog steeds mails binnen van zorgmedewerkers, wijkverplegers en andere mensen die schrijven: ik kom er niet aan. Mij interesseren vooral de mantelzorgers. Is daar bij de inkoop rekening mee gehouden? Zij krijgen nu steeds te horen dat de mondkapjes binnenkort komen, maar wanneer is «binnenkort»? Wanneer krijgen ze die mondkapjes nu echt en waar kunnen ze die halen of aanvragen? Het zijn geen mensen die bij een organisatie zijn aangesloten, maar ze hebben er wel behoefte aan.

De **voorzitter**:

Is uw vraag gericht aan de heer Koesveld? Ja? Meneer Koesveld, ga uw gang.

De heer **Van Koesveld**:

Om misschien maar even met dat laatste te beginnen: de mantelzorgers. Dat hebben we ook in het debat besproken. We hebben daarin gezegd dat we in de volgende brief, die volgende week komt, zullen vertellen hoe de mantelzorgers gaan meedelen in dit verdeelmodel. Dat betekent dus dat je dezelfde systematiek volgt. Je bepaalt eerst waar de mantelzorgers vergelijkbare handelingen verrichten als zorgprofessionals. Dan gaat het ook om situaties waarin er een besmettingsrisico is voor patiënten of naasten, dan wel een verdenking van covid. Op basis daarvan hebben zij evengoed recht, om het zo te zeggen, op beschermingsmiddelen. Dat betekent dat zij ook gaan meedoen in de aanvragen. Dat is natuurlijk best ingewikkeld; daar wijst u terecht op, want er zijn zo veel mantelzorgers die zorg verlenen aan hun naasten. Hoe organiseer je dat goed? Dat is precies waar we nu mee bezig zijn, om het op een handige manier voor mensen te organiseren, zodat ze worden geholpen om aan hun noodzakelijke beschermingsmiddelen te komen. Daarvoor zullen we een distributie moeten opzetten, zodat ze het niet allemaal individueel hoeven te doen. Het gaat erom dat ze geholpen worden en dat verzoeken worden gebundeld. Mensen moeten de beschermingsmiddelen op een bepaalde plek makkelijk kunnen ophalen, om ze vervolgens te kunnen gebruiken in de situatie waarin ze nodig zijn. Op die manier gaan mantelzorgers – met de nadruk op «zorgers» – net als andere zorgverleners meedoen in zowel de verdeling als de distributie van de materialen die nodig zijn in die situatie.

De heer **Krol** (50PLUS):

Heel kort. Er komt dus een plek waar de mantelzorger terecht kan, en die plek wordt volgende week bekendgemaakt.

De **voorzitter**:

Dat was de heer Krol. Misschien kan de heer Van Koesveld dat nog even bevestigen?

De heer **Van Koesveld**:

Ja, dat is zo.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

De heer **Van Koesveld** :

Ik vergeet eigenlijk de eerste vraag. Het gaat er steeds over dat er genoeg is. Het is wel belangrijk om te zeggen dat de prognoses worden opgesteld op basis van wat in de hele zorgsector nodig zou zijn. Het is belangrijk om te zeggen dat wat het consortium doet, altijd in aanvulling gebeurt op de reguliere kanalen, die instellingen zelf benutten om aan hun materialen te komen. Dus het is echt «on top of». De normale situatie is natuurlijk dat instellingen voor hun eigen materiaal zorgen, maar de situatie was zo dynamisch en er was zo veel behoefte aan extra materiaal, dat we tot dat samenwerkingsverband zijn gekomen. Het gaat dus echt om extra materialen, boven op de reguliere kanalen. Dan komen we op de getallen die we nu uitleveren. Dus de prognose betreft datgene wat er helemaal nodig is. Wat nu wordt uitgeleverd, is lager dan dat, omdat er regionale kanalen zijn, en omdat wij in staat zijn om veel meer uit te gaan leveren. Het kan natuurlijk zijn dat de vraag in de toekomst verder gaat toenemen, bijvoorbeeld vanwege de uitbreiding naar andere groepen. Dan is het zaak dat we dat goed weten te accommoderen. Tegelijkertijd wil je er steeds voor zorgen dat het aanbod gereed is. Want je bent pas tevreden als je niet alleen het beschermingsmiddel hebt besteld, maar het ook in handen hebt en op de werkvloer kunt gebruiken.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank aan de inleiders. Ik heb een vraag aan de heer Van Koesveld. Die gaat over de richtlijnen van het RIVM en over de mate waarin mensen die in de zorg werken zich daardoor begrepen voelen in hun dagelijkse praktijk. De richtlijnen kunnen verduidelijkt worden, dat is wat wij horen. Maar wat we ook horen, is dat de praktijk weerbarstig is en dat er eigenlijk te weinig ruimte is voor de professionele inschatting van de zorgverlener van een risico dat zich onverwacht voordoet. Mijn vraag is: kunnen de richtlijnen worden aangepast, zodat er meer ruimte komt voor de inschatting van de professional? Zo ja, is daarvoor dan ook voldoende aanbod van beschermingsmateriaal beschikbaar?

De heer **Van Koesveld** :

Volgens mij zijn we eigenlijk in het proces waarbij je richtlijnen hebt, die ook op de factsheet staan die ik heb getoond. We zijn met elkaar in een proces waarbij we zeggen: dit zijn de richtlijnen op basis van de inschatting van het besmettingsrisico. Vervolgens doen zich inderdaad in de praktijk situaties voor die zich niet een-twee-drie laten vangen in zo'n richtlijn. Dan kun je twee dingen doen. Je kunt de richtlijn helemaal uitwerken tot al die individuele situaties. Dat is best wel ingewikkeld. Je kunt ook zeggen: we proberen het nog wel te verbeteren en te verduidelijken. Dat is precies het proces waar we met partijen mee bezig zijn. Dan zul je tegelijkertijd – en dat is ook het terrein van de professionele autonomie en ervaring – met de sector moeten zeggen: misschien kunnen wij tegen onze leden, bijvoorbeeld de verpleegkundigen, zeggen «in die

situaties heb je dat nodig, wat in lijn is met die algemene richtlijn.» Het gaat dus om de verbijzondering richting de zorg die praktisch verleend moet worden. Het is dus denk ik iets van allebei. Wat ruimte geven en verduidelijking van de richtlijn is heel goed, maar we moeten vooral ook bedenken hoe we dat vertalen in onverwachte situaties die zich kunnen voordoen op het moment dat mensen patiënten met covid of de verdenking daarvan verplegen of verzorgen. We zijn er mee bezig om dat op die manier steeds te verbeteren. Als je de verschillende versies in de loop van de tijd bekijkt, dan zie je dat daarin steeds stappen zijn gezet. Maar het is helemaal waar dat we er nog een paar stappen in moeten zetten.

**De voorzitter:**

Mevrouw Ploumen, ik zou graag iedereen de gelegenheid geven voor een verduidelijkende vraag, maar daar hebben we de gelegenheid gewoon niet voor.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Excuus, maar een deel van mijn vraag is niet beantwoord.

**De voorzitter:**

Gaat u gang.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik interpreteer dat als een verruiming van de richtlijnen. Zijn daar voldoende beschermingsmiddelen voor beschikbaar?

**De heer Van Koesveld :**

U heeft helemaal gelijk hoor. Mijn punt moest eigenlijk een komma zijn. Als je dit namelijk met elkaar bepaalt, dan moet je vervolgens bepalen hoe vaak het voorkomt, hoeveel patiënten er zijn en wat dat betekent voor de weging in het verdeelmodel op basis waarvan kan worden aangevraagd.

Mevrouw **Van Kooten-Arissen** (vKA):

Mijn eerste vraag ligt in het verlengde van de vorige vraag. Ik begrijp dat er gericht wordt op het voorkomen van besmetting van de zorgverlener, maar bij mantelouders die zorgen voor hun chronisch zieke kind, dat vaak in een risicogroep valt, gaat het er juist om dat zij hun kind niet besmetten. Daar zit de angst: ik wil niet dat mijn chronisch zieke kind op de ic komt. Is er voor die ouders ook een mogelijkheid om bijvoorbeeld mondkapjes te bestellen, ook als hun kind geen klachten heeft? Dat is mijn eerste vraag aan de heer Van Koesveld.

**De heer Van Koesveld :**

Er zijn natuurlijk nu al situaties waarin ouders soms al beschermingsmiddelen gebruiken. Dat moet zo blijven. De vraag is wel of er sprake is van een verdenking van covid. Het kwam al even langs dat er maskers in verschillende soorten zijn. Sommige zijn bedoeld om de zorgverlener en in dit geval de ouder te beschermen, maar de meeste maskers die in de langdurige zorg worden gebruikt, zijn gericht op het risico van besmetting van in dit geval ouder op kind zo klein mogelijk te maken. Als er sprake is van verzorging of verpleging met de verdenking van covid, dan lopen ook deze zorgverleners mee in de verdeling en kunnen zij al dan niet via hun organisatie beschermingsmiddelen aanvragen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan uw tweede vraag, mevrouw Van Kooten. U hebt de eerste ronde overgeslagen.

Mevrouw **Van Kooten-Arissen** (vKA):

Mijn volgende vraag is aan de heer Van der Kolk. Ik hoor hem zeggen dat afgekeurde mondkapjes kunnen worden aangepast en opnieuw worden aangeboden en beoordeeld. Ook in de media horen wij dat leveranciers en producenten geen inzage krijgen in het rapport van die testen. Ik vraag de heer Van der Kolk of dat zo is en of het niet veel makkelijker is om die inzage wel te geven, zodat de maskers kunnen worden aangepast. Een masker dat niet op de ic gebruikt kan worden, kan wellicht wel in een andere verpleegsituatie worden gebruikt.

De heer **Van der Kolk** :

Als het gaat om een aanpassing, dan klopt dat inderdaad. Ik heb gezien dat er een aantal aanpassingen gedaan zijn om de fit wat beter te maken. Het is mogelijk dat dat goed is. Als het met de filtrage misgaat, is het lastiger om het aan te passen; dat wordt dat niet gedaan. Ook als de certificaten niet kloppen, gaan we niet met deze partijen in zee. Aanpassing op dit vlak zou kunnen, maar je ziet dat de meeste instellingen het zelf doen. In Friesland heb ik een paar voorbeelden gezien waar mensen de fit zelfstandig binnen een ziekenhuis aanpassen, wetende uit het rapport dat de filtrage prima is. Wij geven wel degelijk aan waar het aan ligt. Dat gebeurt niet altijd helemaal. Als het gaat om een falsifiëring van certificaten, geven we het niet altijd aan, omdat we bang zijn dat op dat moment de valse certificaten worden aangepast. Als wij zeggen «er hoort een y te staan waar nu een x staat», dan krijgen we een volgende zending waarin dat aangepast is. Dat is vergelijkbaar met vals geld. Je kunt op een Belgische site – die kan ik zeker met u delen – alle valse certificaten zien die in omloop zijn. Dat is een behoorlijke lijst overigens, die wij ook raadplegen. Daar stonden die Poolse certificaten bovenaan. Wij krijgen die Poolse certificaten in de meeste gevallen nog steeds aangeboden als zijnde rechtmatige certificaten. Deze Poolse instelling keurt wel spuiten en naalden goed, maar het keurt geen beschermingsmiddelen goed. Het is dus wel goed om daarnaar te kijken. Ze kunnen het opnieuw aanbieden, zeker.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Dank aan de heren voor het, als ik naar de presentaties kijk, harde werk van de afgelopen weken en voor hoe snel zaken op poten zijn gezet. Dank daarvoor. Er is ooit door de Minister gezegd dat er vanaf 11 mei langzaam een proef wordt ingezet ten aanzien van die bezoekregeling voor verpleegtehuizen. Ik ben benieuwd of er ook gekeken is of bezoekers dan bijvoorbeeld mondkapjes zouden moeten dragen. Hebben we daar de capaciteit voor, om er op die manier naar te kijken? Ik denk dat mijn vraag het beste bij de heer Van der Kolk terecht komt, maar ik zie iemand anders al verwachtingsvol kijken, dus volgens mij heb ik het fout. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Ik zie de heer Van Koesveld. Gaat uw gang.

De heer **Van Koesveld** :

De bezoekregeling waaraan u refereert, hebben wij inderdaad in ontwikkeling. Wij bespreken met verschillende betrokkenen en met de experts hoe die bezoekregeling er zo goed mogelijk uit kan zien. Dat zal natuurlijk wel onder strikte voorwaarden gebeuren, want wij willen graag ruimte geven voor het menselijke, maar wij willen het medische ook niet ondergeschikt maken. Wij willen dat graag combineren. Het is nog best een puzzel om dat goed te doen. Waar u aan refereert, is ook wat er op 11 oktober gaat gebeuren. Dat gebeurt alleen maar indien wij van het OMT goedkeuring krijgen voor de voorwaarden waaronder een verruiming kan plaatsvinden. We zullen het dus eerst aan het OMT

voorleggen. Vervolgens hebben we die bezoeksregeling met verschillende partijen doorgesproken en hopen we die te presenteren. Dat gebeurt eerst alleen nog maar op heel kleine schaal, als een pilot op specifieke plekken. Het blijft in het begin nog heel kleinschalig, waarbij we eigenlijk vooruitlopen op wat er in de rest van het land zou kunnen gebeuren. We hopen natuurlijk dat we het op een gegeven moment kunnen verruimen, maar dat kan alleen als het verantwoord is. Dat is dus de route die wij voor ogen hebben. Dat het op zo kleine schaal zou gaan gebeuren, betekent ook dat de maatregelen die daarvoor worden genomen, waarschijnlijk ook beperkt zijn. Dan zullen we ook nog kijken of het nodig is om beschermingsmiddelen te gebruiken. Of dat je op veilige afstand in een goede setting ook je naaste in het verpleeghuis kunt gaan bezoeken.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Van der Kolk, korte aanvulling.

**De heer Van der Kolk :**

Hele kleine aanvulling. Dank u wel voor het compliment dat het zo snel gegaan is. Ik ben ook supertrots op het team. Dat wou ik toch even zeggen. Verder ging het ook even over de aantallen. Daarom hecht ik ook aan deze betrouwbare leveranciers. We hebben het gewoon in de pipeline. Mochten we morgen besluiten om uit te breiden, dan hebben we volgende week meer mondkapjes. Wat wij ingekocht hebben, is de komende tijd voldoende voor de zorg, maar mochten de regels verruimen, dan kunnen we gewoon aanvullen en is daar ook ruimte voor.

**De heer Veldman (VVD):**

Dank aan beide inleiders. Over het laatste punt dat de heer Van der Kolk meldt, gaat ook mijn vraag. In zijn sheet zit een prognose per week van de verschillende beschermingsmaterialen. Dat zijn prognoses puur gericht op de hoeveelheden die we in de zorg nodig hebben. Zijn er prognoses voor als we het breder trekken, in lijn met wat mevrouw Van Esch vraagt of misschien ook nog wel een stap verder, naar contactberoepen, dus mensen die niet anders dan binnen 1,5 meter van een ander kunnen werken? Zijn er prognoses van de aantallen waar we het dan over hebben? En is ook de inkoop, maar met name de distributie ervan en de communicatie erover al in voorbereiding of al klaar? Als dat namelijk niet klaar is en niet beschikbaar, dan kun je ook die stappen nog niet zetten.

**De heer Van der Kolk :**

Dan ga ik alleen over de zorg. Ja, er wordt ook gesproken over uitbreiding. Ik denk dat dat ook logisch is, daarnaar kijken. Ja, ik denk dat we dan prima in staat zijn om met de huidige leveranciers daaraan te voldoen. Dat hangt natuurlijk wel van de grootte van de deze vraag af. Daar wacht ik graag op.

**De voorzitter:**

De heer Van Koersveld heeft een toevoeging.

**De heer Van Koersveld :**

Ik heb nog een aanvulling. Ook hiervoor geldt natuurlijk dat we eerst het OMT-advies hierover krijgen, over welke beschermingsmiddelen je nodig hebt in welke situaties voor bijvoorbeeld contactberoepen. Dat hopen we volgende week te krijgen. Dan is de vraag of dat vergelijkbare beschermingsmiddelen zijn als we nu voor de zorg inkopen. Als dat heel andere zijn, vraagt dat om een andere benadering en waarschijnlijk ook om een andere distributie. Tegelijkertijd moet je als het vergelijkbare zijn op gaan passen dat het niet gaat concurreren, want voor het kabinet geldt dat de zorg voorop staat.

Misschien nog een laatste opmerking over de vraag of er nu genoeg is. Er is nu genoeg voor de vraag die wij zien en ook voor de prognose die we hebben, maar het blijft natuurlijk wel een teer evenwicht. Het is steeds weer zeker weten te stellen dat het gerealiseerd kan worden. We hebben een hele tijd in heel veel schaarste gezeten. Op het punt van de maskers wordt dat minder, maar het blijft natuurlijk een teer evenwicht. Bij heel veel meer vraag of een tegenvallend aanbod zou het toch ook wel weer kunnen omslaan.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer van der Staaij namens de SGP.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Allereerst dank aan beide sprekers voor hun inbreng. Mijn vraag, aan de heer Van der Kolk, gaat over de manier waarop het Landelijk Consortium Hulpmiddelen nu werkt. Hij gaf aan dat er nu eigenlijk genoeg is om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Toch horen wij als volksvertegenwoordigers tot op de dag van vandaag allerlei signalen dat het maar mondjesmaat beschikbaar komt via die officiële route. Hoe komt het dat het beeld daarvan toch vaak afwijkt, dat mensen zeggen dat het nog heel lastig is om eraan te komen in de praktijk en dat het lijkt alsof het via andere kanalen juist soepeler verloopt? Graag een reactie op dat punt.

**De heer Van der Kolk :**

Ik ken zeker de berichtgeving en ik zal ook niet uitsluiten dat er niet een zorgverlener in Nederland is die op dit moment geen spullen heeft. Daar is alleen geen reden voor. Hij kan het gewoon bestellen. Bij Mediq zijn er 20.000 adressen. Wat mij opvalt, is dat als er 19.999 keurig beleverd worden en er 1 is die een tekort heeft, die ook de media opzoekt. Het hoeft niet. Het kan gewoon besteld worden. Het is aanwezig. Ik zou zeggen: bestel het. Ik zou liever eigenlijk willen dat mijn callcenter bezig is om zorgverleners te helpen om aan mondkapjes te komen dan met nog een leverancier uitleggen dat we op dit moment voldoende hebben.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg namens het CDA. Gaat uw gang.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Voorzitter. Op de eerste plaats dank aan de heer Van der Kolk en de heer Van Koesveld voor hun inleiding. Het is in ieder geval goed om vandaag te horen dat er dus wel voldoende mondkapjes zijn voor alle aspecten van de zorg, inclusief mantelzorg- en thuiszorgmedewerkers. Ik wil daar toch even op doorgaan. Het onderzoek van het RIVM komt natuurlijk nog, maar voor de unlock, om toch tot een exitstrategie te komen, wordt er toch wel dagelijks over de rol van mondkapjes daarin gesproken. Ik vraag toch aan de heer Van der Kolk of het straks kan zijn dat wij in feite nog op slot moeten blijven omdat er anders te weinig mondkapjes voor de zorg zijn. We krijgen daar natuurlijk ook wel heel veel berichten over. Iedereen zegt: ja, maar van die eenvoudigere mondkapjes is een veel groter aanbod.

**De heer Van der Kolk :**

Ik kan natuurlijk niet helemaal in de toekomst kijken. Ik heb ook nog geen prognosemodellen gezien van wat buiten de zorg nodig is en wat dat ongeveer betekent. Wat ik wel kan zeggen, is dat wij prima in staat zijn om als het gaat om de chirurgische mondkapjes – daar praat je eigenlijk in de meeste gevallen over – nog minimaal te vervielfvoudigen in de omvang qua bestellingen. Ik voorzie daar dus in eerste instantie geen problemen. Als we blijven bij de leveranciers die inmiddels betrouwbaar zijn gebleken met de juiste kwaliteitsnormering, denk ik dat er ook een betrouwbaar-

heidsgevoel aan de ander kant ontstaat dat wij bij deze partijen blijven bestellen en dat zij prima die aanvoer aankunnen. Wat het precies betekent, weet ik niet, want ik weet niet hoeveel mensen dan een mondkapje gaan dragen. Ik weet niet of de overheid dat altijd moet betalen of dat er ook mensen zijn die ze gewoon zelf moeten bestellen. Wij richten ons in eerste instantie op de zorg. Daarna richten wij ons, denk ik, op een logisch business-to-businessmodel, om het zo maar te zeggen. Ik denk niet dat we ons op het terrein begeven van business-to-consumer of mensen die ze zelf willen aanschaffen – ook als het RIVM zegt dat het niet nodig is.

De heer **Azarkan** (DENK):

Ik heb een vraag aan de heer Van Koesveld. Die gaat over dat oude model en dat nieuwe model. Wat is de basis geweest om niet op basis van sectoren maar op basis van besmettingsrisico's te gaan verdelen? Heeft dat te maken met het aanbod van persoonlijke beschermingsmiddelen of liggen daar volksgezondheidsrisico's aan ten grondslag? Kunt u daar iets meer over vertellen?

De heer **Van Koesveld** :

Het is dat laatste. Het gaat om de volksgezondheidsrisico's en in het bijzonder de besmettingsrisico's. We zagen aanvankelijk veel covid-patiënten in de sectoren waar het merendeel van de middelen naartoe ging. Maar we constateerden dat je ook in een andere setting, van bijvoorbeeld verpleeghuizen, gehandicaptenzorg of in de ggz, covidpatiënten had, waardoor een risico bestaat voor de zorgverlener en daarmee ook weer voor anderen die in hetzelfde huis wonen. Dus het leidende principe is: vergelijkbare situaties vragen om vergelijkbare, of dezelfde, beschermingsmiddelen en hebben dus ook het recht om die beschermingsmiddelen te krijgen. Dat is de basis: de gezondheid, en niet de sectorindeling, het risico en niet waar je nou toevallig werkzaam bent.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Dank aan beide inleiders. Mijn vraag sluit hier eigenlijk op aan. Ik stel die aan de heer Van Koesveld. In de langdurige zorg is die 1,5 meter heel erg ingewikkeld. Wij zijn er inmiddels allemaal aan gewend dat we afstand van elkaar moeten houden, maar in de gehandicaptenzorg, de verpleeghuiszorg en de ggz is dat vaak helemaal niet mogelijk. Zou je om die reden niet af moeten stappen van het inschatten van risicovolle handelingen of risicovolle situaties en niet veel breder moeten zeggen: in die langdurige zorg kies ik voor die beschermingsmaterialen? Als je dat dan doet, wat betekent dat dan voor de prognose, de vraag die dan ontstaat en het verdeelmodel?

De heer **Van Koesveld** :

Die situaties kan ik mij levendig voorstellen. Zeker ook in de gehandicaptenzorg wordt er natuurlijk ook gewoon veel meer geknuffeld en is het lijfelijke veel belangrijker. Dan kun je die afstand, die 1,5 meter, veel minder houden. Dat kan ik me levendig voorstellen. Ook hiervoor geldt natuurlijk weer: gaat het om mensen die covidverschijnselen hebben of misschien daar al op getest zijn, die behandeld worden of niet? In de huidige situatie gebruik je geen beschermingsmiddelen als je geen klachten hebt. Voor corona deden we dat niet. Dat gaan we ook niet in de coronaperiode doen, als daar geen aanleiding voor is. Het werkt ook nog een beetje omgekeerd, dat mensen juist ook in deze sectoren het soms heel bevreedend vinden als hun zorg- en hulpverleners beschermingsmiddelen gebruiken. Je ziet ook in de ggz en in de ouderenzorg dat het ook best wel het contact bemoeilijkt. Dus: doen waar het nodig is. Dat is op basis van het besmettingsrisico.

Dan kom ik op de vraag die mevrouw Ploumen eerder stelde. Je hebt richtlijnen die in de algemene situaties voorzien. Ik kan me best voorstellen dat je in specifieke situaties daar wat nadere invulling op geeft op basis van professionele ervaring en de professionele autonomie van de zorgverleners, bijvoorbeeld in de gehandicaptenzorg. Dat zal in de praktijk soms betekenen dat je dan iets meer gebruikmaakt van beschermingsmiddelen in situaties waarin je het besmettingsrisico ook echt identificeren kan.

Of dat een groot effect heeft op de totale vraag, vind ik moeilijk te overzien, want ik kan niet helemaal beoordelen hoe vaak dit dan voorkomt. Als je dat vermenigvuldigt met het aantal covidgevallen of verdenkingen dat je hebt, weet je tot hoeveel extra vraag dat leidt. Dat zou beperkt kunnen zijn, omdat wij zien dat de covidgevallen nog niet zo heel groot zijn, maar dat kan natuurlijk best veranderen. Het hangt er ook een beetje van af hoe je het overleg met de sector doet om te bepalen, naast de richtlijn, hoe specifiek je het invult en hoeveel meer je dan nodig hebt. Dus dat is het proces dat eigenlijk gaandeweg steeds bezig is: van richtlijn naar verbijzondering en dan naar vraag.

De heer **Hiddema** (FvD):

Meneer Van der Kolk, dank voor uw berichtgeving. Dat geldt ook voor meneer Van Koesveld. Meneer Sibbesma heeft zich al bereid verklaard om contact op te nemen met mogelijke handelsrelaties in Australië. Nou zit ik hier niet als handelsreiziger, maar een beetje praktische politiek kan geen kwaad. Ons bereiken steeds berichten dat er een tekort is aan mondkmaskers. Die nood wordt nu een beetje gerelativeerd, maar gister heeft de Minister nog gezegd dat er voorlopig geen mondkapjes beschikbaar zullen komen voor contactberoepen buiten de zorg, dus kennelijk is er wel een schaarste. Er kan een penibele situatie ontstaan. De heer Baudet heeft het in de Tweede Kamer tien dagen geleden al aan de orde gesteld: wij zitten met een meneer uit Schiedam. Ik zit hier niet als handelsreiziger, maar je wil de mensen vooruithelpen waar dat kan. Ik ben geen microbioloog of viroloog en kansberekening met hogere wiskunde is ook niet aan mij besteed, maar ik heb misschien wel een handelsinstinct. Wij zijn benaderd door een bedrijf in Schiedam. Dat is u wellicht bekend, want vanochtend stond er een artikel in het Algemeen Dagblad. Een wanhopige directeur, wel met een mondkapje op, vertelt daarin dat hij zijn mondkapjes niet kan slijten. Nou kreeg ik net een app van hem dat hij een voordeelaanbieding heeft. Eergister 2,5 miljoen, allemaal goedgekeurd door het LCH zelf. U moet zelf maar reageren op deze casus, dan word ik wellicht ook uit de droom geholpen. Elk kapje is driedubbel goedgekeurd, voor een prijs van € 0,62. Dat is gemaaild aan Gerwin Meijer, de chef inkoop, heb ik begrepen.

De **voorzitter**:

Meneer Hiddema, mag ik vragen om uw vraag iets te veralgemeniseren? U noemt namen van mensen die hier niet aan tafel zitten en niet kunnen reageren. Ik denk dat uw punt duidelijk is en ...

De heer **Hiddema** (FvD):

Nou, ik ben nog niet klaar.

De **voorzitter**:

Dan wil ik vragen om uw vraag af te ronden en tot een concrete vraag te komen.

De heer **Hiddema** (FvD):

De vraag is of meneer Van der Kolk bekend is met deze casus, of hij alle ins en outs van deze voordeelaanbieding ... € 0,62 is niet te beroerd. Is hij bekend met het feit dat het LHC zelf controle heeft uitgeoefend, drie keer,

op die voorraad? Is hij bekend met het feit dat meneer nou – hij zoekt inderdaad contact met de media – met zijn hele voorraad tot de zolder aan toe zit te schreeuwen «kom het maar halen»? Dat is een situatie waarvan ik denk: ik ben wel politicus, met alle beperkingen, maar wellicht kan ik de zaak een beetje vlottrekken en tempo geven.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik vraag de heer Van der Kolk daarop te reageren, voor zover hij dat kan.

**De heer Van der Kolk :**

Ik had in eerste instantie bedacht om niet op individuele casussen in te gaan. Ik denk ook niet dat dat mijn rol is hier in deze technische briefing. Aan de andere kant ken ik de heer Harm Prins, waar we hier over praten, zeer goed. Hij is vanaf 23 maart al goed in gesprek met ons. Het klopt ook dat wij zelfs partijen bij hem hebben ingekocht. Dat is dus juist. Het klopt ook dat wij een aantal partijen van deze meneer hebben afgekeurd. Ik heb ook direct appcontact met hem, zojuist nog. Hij biedt excuses aan voor de manier waarop het in de media gekomen is. Hij is zich er zeer bewust van dat dit oké is. De prijs die u noemt, is in het AD-artikel anders. In het AD-artikel wordt gesproken over € 0,97 en € 4,95. Wij bieden het aan voor € 0,40 en € 2,21, dus in beide gevallen de helft van de prijs. En ook € 0,62 is ook way boven waarvoor wij het nu inkopen. Wij kopen het voor minder dan € 0,50 in. Dus als het om handelsgeest gaat, denk ik dat we het goed doen. Over deze individuele casus zou ik graag buiten deze vergadering nog een keer verder met u willen spreken.

**De heer Hiddema (FvD):**

Nou, ik krijg geen commissie, dus.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan geef ik het woord aan de heer Van Haga.

**De heer Van Haga (Van Haga):**

Ik heb een vraag voor de heer Van der Kolk. Certificering is natuurlijk een heel goed streven, maar in crisistijd is iets soms beter dan niets. Als het oorlog is en er op je geschoten wordt, dan maakt het mij in principe niet uit of mijn uzi gecertificeerd is of niet. Mijn vraag is daarom: is er op enig moment overwogen om ook niet-gecertificeerde mondkapjes te kopen toen het echt nog heel erg schaars was?

**De heer Van der Kolk :**

Nee. Zoals ik helemaal in het begin zei, ben ik ook verantwoordelijk voor een zorgafdeling binnen het ziekenhuis. In eerste instantie hebben we ons op deze zorg gericht, dus niet op de gewone zorg, maar op de ziekenhuiszorg. Wij vinden het echt onverantwoord om de verpleegafdeling er op deze manier, met spullen die niet gecertificeerd zijn, in te sturen. Ik kan ook niet verantwoorden dat een hoofdverpleegkundige tegen haar team moet zeggen dat ze dit keer maar met wat mindere kwaliteit aan de slag moeten. Dus nee, we hebben nooit overwogen om af te wijken van de standaard. Ik kan mij voorstellen dat daar in een thuisituatie, of in een uitbreidingsituatie, of zelfs in een privésituatie, op een andere manier over wordt nagedacht, maar voor de zorg zullen we daar niet van afwijken.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Tot slot geef ik het woord aan mevrouw Dik-Faber namens de ChristenUnie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan beide heren voor de inleiding. Mijn vraag gaat uiteraard ook over de beschikbaarheid van de beschermingsmiddelen. Ik heb begrepen dat de richtlijn voorschrijft dat het gebruik van beschermingsmiddelen noodzakelijk is als er sprake is van een verdenking van covid, maar bij mijn beste weten is er wetenschappelijke onzekerheid over de verspreiding van het virus in de a- of presymptomatische fase. Mijn vraag is dan ook of het niet verstandig is om toch preventief beschermingsmiddelen te gebruiken als je het hebt over kwetsbare groepen, gelet op het risico dat je kwetsbare mensen besmet. Ik denk aan het verpleeghuis, maar ook aan ouders die soms hun zeer ernstig meervoudig gehandicapt kind verzorgen. Is de afweging om de beschermingsmiddelen niet preventief in te zetten gemaakt op basis van de volksgezondheid of op basis van de beperkte beschikbaarheid? Ik wil daar heel graag een antwoord op van de heer Van Koesveld.

De heer **Van Koesveld** :

Het is zo dat de richtlijnen zijn gebaseerd op veiligheid. Dat is de basis. Welke besmettingsrisico's loop je en welke bescherming heb je daarvoor nodig? De schaarste is daarin dus geen factor. Vervolgens weten we wel dat je, als er veel meer beschermingsmiddelen worden gebruikt dan op basis van de richtlijn nodig is, natuurlijk wel een stukje van die schaarste aan het creëren bent op die manier. Je kunt dus zeggen «baat het niet, dan schaadt het ook niet als ik te veel beschermingsmiddelen gebruik», maar het schaadt natuurlijk wel, want in the end hebben we het met een bepaalde voorraad te doen. Het kan dan ten koste gaan van degenen die juist wel in die besmettingssituatie zitten en die dan mogelijk geen beschermingsmiddelen meer hebben. Wat dat betreft is het ook wel belangrijk dat wij en alle zorgverleners zich houden aan de richtlijnen die daarvoor zijn gemaakt op basis van veiligheid voor medewerkers en daarmee voor ons allemaal in het kader van het besmettingsrisico. Het RIVM heeft ook gezegd dat het preventief gebruiken van beschermingsmiddelen in een niet-covidsetting niet nodig is en ook niet verstandig is, gegeven het effect op die schaarste en het gebruik van anderen die het juist wel nodig hebben. Dat is de stand zoals die in de richtlijn is verwoord. Die geldt ook voor de verschillende sectoren en wordt daarin ook zo gebruikt.

We hebben het OMT natuurlijk ook horen zeggen dat het wil onderzoeken hoe de verspreiding van het virus plaatsvindt en wat er gebeurt aan symptomen en aan niet-symptomatische klachten. Dat wordt ook betrokken bij het verdere traject van het OMT. Dat zullen we dus moeten afwachten. De huidige richtlijnen heb ik net verwoord. Dan is het preventief gebruiken dus niet zinvol.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van deze technische briefing. Ik dank onze gasten, de heer Van Koesveld, de heer Van der Kolk, en uiteraard ook de heer Sijbesma en de heer Woldman. Hartelijk dank voor uw tijd en uw aanwezigheid. Hartelijk dank aan de Kamerleden voor hun bijdrage aan deze technische briefing. Ik dank uiteraard ook onze ondersteuning, hier in deze zaal, maar ook achter de schermen, die vol enthousiasme bezig is om dit in deze tijd mogelijk te maken. Tot slot nog een mooie sheet: alleen samen krijgen we corona onder controle. Ik dank u hartelijk en ik wens u een fijne dag.

Sluiting 12.31 uur.