

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

953

Vragen van de leden **Klaveren Ellemeet** (GroenLinks) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de laatste ontwikkelingen betreffende COVID-19* (ingezonden 22 september 2020).

Antwoord van Minister **De Jonge** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de Minister voor Medische Zorg (ontvangen 30 november 2020). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2020–2021, nr. 497.

Vraag 1

Wat is de huidige testcapaciteit in Nederland? Hoeveel wordt er dagelijks getest per regio en hoeveel daarvan bestaat uit zorgverleners en onderwijspersoneel, uiteengezet per sector?

Antwoord 1

In week 46 zijn er door de GGD'en gemiddeld 32.600 Covid-19 testen per dag afgenomen, en zijn er in totaal 41.200 Covid-19 testen per dag afgenomen (dit zijn testen afgenomen via de GGD teststraten en voor overige en kritieke Covid-19 diagnostiek). In week 43 werden er nog 46.200 Covid-19 testen per dag afgenomen door de GGD'en, en 58.600 in totaal. In de eerste week van september werden er door de GGD'en nog 26.000 Covid-19 testen afgenomen gemiddeld per dag.

Er is momenteel meer testcapaciteit dan dat er wordt getest, er is momenteel geen schaarste in de testcapaciteit maar een daling in de vraag naar testen te zien.

Ik kan u niet precies vertellen hoeveel zorgverleners en onderwijspersoneel er afgelopen periode zijn getest. Ik kan wel aangeven dat gemiddeld gezien ongeveer 8–10% van GGD-teststraten via de prioritaire testlanen gaan. In dat geval zou het dus gaan om ca. 3300–4200 prioriteitstesten per dag. Dit zijn dus onderwijzers en zorgpersoneel. Personeel uit ziekenhuizen of andere zorginstellingen kan ook getest worden via de eigen ingerichte testfaciliteiten. Deze worden meegenomen in de kritieke/overige Covid-19 diagnostiek. Ik beschik niet over cijfers over welk deel van de kritieke/overige Covid-19 categorie uitgevoerd wordt voor personeel in de zorg.

Vraag 2

Wat veroorzaakt de schaarste aan labcapaciteit? Kunt u de tekorten aan materiaal specificeren?

Antwoord 2

Er is op dit moment geen sprake meer van schaarste aan labcapaciteit. Zoals in eerdere uitingen richting uw Kamer aangegeven kende het tekort aan labcapaciteit verschillende oorzaken, waaronder materiaaltekort. Het tekort aan materiaal verschilt per leverancier, per machine en per type materiaal. Er is een enorme mondiale vraag naar materiaal. Daarnaast bleken bepaalde nieuwe machines minder snel inzetbaar te zijn, bleken er meer operationele verliezen (o.a. suboptimaal gebruik van materiaal) dan voor geprognostiseerd op basis van de analyses, bleken bepaalde labs uit te vallen, of minder snel te kunnen opschalen, en bleek het gepoold analyseren van testen minder snel inzetbaar te zijn dan verwacht.

Vraag 3

Kunt u bevestigen dat de Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)-richtlijnen voor persoonlijke beschermingsmaterialen in de ouderenzorg uit het voorjaar is ingegeven door zogenoemd «schaarste», zoals is aangetoond door Nieuwsuur?¹

Antwoord 3

De uitgangspunten zijn steeds gebaseerd op de actuele kennis van deskundigen omtrent het virus en hun risico-inschatting van het besmettingsrisico's ingeval van patiënten met (verdenking van) Covid-19. De uitgangspunten hebben als doel veilig te kunnen werken en de verspreiding van het virus tegen te gaan. Het RIVM heeft op 18 en 19 september persberichten uitgebracht met toelichting op de aanpassing op de uitgangspunten voor gebruik van mondmaskers waarin ze heeft aangegeven dat de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen geen rol heeft gespeeld bij de risico-inschatting en de formulering van de uitgangspunten. Ik heb u deze toegestuurd met mijn brief van 22 september 2020 waarmee ik reageer op het verzoek van de vaste commissie van VWS van 18 september 2020 om reactie op het nieuwsbericht «Mondkapjesrichtlijn RIVM voor ouderenzorg toch gebaseerd op schaarste».

Vraag 4

Op welke datum was het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van mening dat de schaarste aan medische mondkapjes voorbij was?

Antwoord 4

Het is niet op de precieze dag aan te geven wanneer niet langer kon worden gesproken over een tekort, omdat het tekort verschillende typen beschermingsmiddelen betrof met verschillende fabrikanten en leveranciers, aanvoerroutes en kwaliteitscontroles. In maart is het Landelijk Consortium Hulpmiddelen opgericht om te voorzien in de tijdelijke extra behoefte aan beschermingsmiddelen als gevolg van de uitbraak van het coronavirus. Zij zijn direct gestart met de inkoop van grote hoeveelheden beschermingsmiddelen. In zijn algemeenheid kan worden gesteld dat er vanaf half mei grote hoeveelheden mondmaskers in Nederland aankwamen, die konden worden ingezet voor de zorg. In die periode kwamen ook vanuit verschillende koepelorganisaties geen signalen meer van tekorten aan beschermingsmiddelen, behalve voor isolatiejassen en handschoenen.

Vraag 5

Wanneer is voor het eerst een landelijke inventarisatie gemaakt van hoeveel medische persoonlijke beschermingsmaterialen noodzakelijk zijn in de zorg? Wat was de uitkomst van die inventarisatie voor de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT)-sector?

Antwoord 5

VWS heeft op 30 januari nog geen signalen dat er sprake is van een tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen (pbm). Zorgpartijen kopen op dat moment nog zelf in voor de reguliere zorg. Er zijn dan nog geen COVID-19

¹ NOS, 21 september 2020, «Mailwisseling tussen RIVM en Nieuwsuur over mondkapjesrichtlijn» (<https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2349312-mailwisseling-tussen-rivm-en-nieuwsuur-over-mondkapjesrichtlijn.html>).

patiënten in Nederland. Op 30 januari is VWS op advies van het Bestuurlijk Afstemmings Overleg (BAO) gestart met een inventarisatie van beschikbare persoonlijke beschermingsmiddelen, samen met het landelijk netwerk acute zorg (LNAZ) en de veiligheidsregio. Gevraagd is aan de brancheorganisaties van fabrikanten of zij tekorten zagen. Die waren er volgens de brancheorganisaties niet. In de maand februari is van enkele zorginstellingen, waaronder een verpleeghuis, een concreet signaal ontvangen van vertraagde leveringen of een incidenteel tekort. Hierbij heeft VWS actie ondernomen en bemiddeld richting de betreffende leverancier.

Op 25 februari heeft VWS opnieuw aan de brancheorganisaties (FME, Nefemed en FHI) gevraagd of er tekorten waren van andere medische hulpmiddelen die in China geproduceerd worden, te verwachten zijn. Leveranciers gaven aan dat ze de sterk toegenomen vraag nog aankonden en dat de productie in Europa al werd uitgebreid.

Op 28 februari heeft het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) geadviseerd over te gaan tot een centrale verdeling van beschermingsmiddelen, via de GGD-GHOR, in samenwerking met het ROAZ. Daarmee werd invulling gegeven aan de wettelijke taak van de directeur Publieke Gezondheid (DPG) om de continuïteit van (veilige) zorg te borgen. Begin maart heeft VWS de veldpartijen hierover geïnformeerd. Onderdeel van de aanpak was dat zorgaanbieders zich konden melden bij de ROAZ en dat de ROAZ een onderlinge verdeling van de beschikbare voorraden maakte op basis van de behoefte. Dit gold ook voor de partijen in de langdurige zorg. Toen is afgesproken dat ook deze partijen zich bij tekorten konden melden bij de ROAZ/GHOR en dan zo spoedig mogelijk PBM geleverd konden krijgen, meestal binnen enkele uren. Ontving VWS concrete signalen van tekorten aan PBM vanuit de brancheorganisaties of vanuit individuele verpleeghuizen, dan werd in contact met de betreffende ROAZ gezorgd dat (dreigende) tekorten zo goed mogelijk werden aangepakt. Vanaf dat moment hielp VWS de regionale inkopers met de centrale inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen. Samen met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), het LNAZ en de GGD-GHOR werd de inkoop centraal gecoördineerd (Kamerbrieven 2, 10 en 17 maart). Deze werkwijze is geformaliseerd met de oprichting van het Landelijke Consortium Hulpmiddelen op 23 maart. Vanaf de start van het LCH medio maart is getracht een beter beeld te krijgen van de toekomstige vraag en het aanbod van persoonlijke beschermingsmiddelen voor de toekomst. Daarbij moet rekening worden gehouden met het feit dat de overheid geen centraal inzicht heeft in de beschikbare voorraden van zorginstellingen zelf, en de mate waarin zij in staat waren zelf te voorzien in hun beschermingsmiddelen via reguliere kanalen. Het LCH heeft in de afgelopen periode beschermingsmiddelen uitgeleverd op basis van de RIVM-richtlijnen op het gebied van gepast gebruik, waarbij het gebruik gebaseerd is op het besmettingsrisico van een zorghandeling. Op basis van deze risicohandelingen kon de behoefte aan beschermingsmiddelen nu grondiger in kaart worden gebracht, waar eerder vooral op basis van aannames inschattingen waren gemaakt, die nog niet gevalideerd waren. Dit geldt ook voor de VVT-sector. Het LCH heeft op dit moment voldoende voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen opgebouwd om aan de huidige vraag te voldoen. Ik heb een nadere analyse laten uitvoeren naar wat vraag en aanbod onder de verschillende scenario's doet zoals ook het preventief gebruik in verpleeghuizen of andere sectoren in de zorg als het aantal besmettingen in de regio sterk stijgt. Ik heb u hierover op 12 oktober geïnformeerd.

Vraag 6

Kunt u zich voorstellen dat uw antwoorden vragen oproepen over de beschikbare testcapaciteit? Zo geeft u aan op antwoorden van eerdere schriftelijke vragen (1 september) dat in augustus de GGD'en 459.037 tests hebben afgenomen. Hoe verklaart u het verschil (10.218) tussen deze afgenomen tests (14.807 per dag) en de op 28 augustus toegezegde testcapaciteit van «30.000 testen per dag»?²

² Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2019–2020, nr. 3966.

Antwoord 6

De 459.034 testen bij de GGD'en zijn gebaseerd op de toen beschikbare cijfers van de GGD'en. Er zit echter vertraging in de rapportage, en omdat deze vragen beantwoord zijn op 1 september, klopt dit getal niet. In augustus zijn er 544.000 COVID-19 testen afgenomen door de GGD'en. Er worden echter ook testen afgenomen in ziekenhuizen, verpleeghuizen, bij huisartsen. Dit wordt de overige/kritieke COVID-19 diagnostiek genoemd. In augustus werden er in het kader van de overige/kritieke COVID-19 ca. 155.000 testen. In totaal werden er dus 699.000 COVID-19 testen afgenomen. Het is niet zinvol om dit aantal te delen door het aantal dagen in de maand vanwege de ontwikkeling door de tijd; begin van de maand lag het aantal testen gemiddeld nog rond de 20.000 per dag, in de laatste week van augustus echter rond de 30.000 COVID-19 (GGD'en kritieke/overige COVID-19) per dag.

Het tempo waarin de testvraag medio augustus begon te stijgen kon aanvankelijk wel, maar later niet meer duurzaam worden opgevangen door reeds aangesloten laboratoria. Op de piekdag van 31 augustus werden er meer dan 42.000 testafspraken gemaakt bij alleen al de GGD. Daardoor ontstond druk op de testketen, wat het noodzakelijk maakte om heel snel aanvullende laboratoriumcapaciteit aan te sluiten. Dit kostte inregeltijd.

Vraag 7

Waarom is de beoogde testcapaciteit in twee weken tijd verschoven van 70.000 tests per dag in december (komt voort uit Kamerbrief 28 augustus), naar de doelstelling van 70.000 tests per dag eind oktober (komt voort uit Kamerbrief 11 september)? Op welk moment realiseerde u zich dat de beoogde testcapaciteit rap omhoog moest? Had u hier niet eerder op kunnen anticiperen?

Antwoord 7

De 70.000 per dag in december was gebaseerd op de RIVM-prognose op basis van luchtweginfectie ziekte klachten. Er zijn in de zomer een reeks acties in gang gezet om voldoende testcapaciteit te bereiken, deze waren gericht op de 70 k per dag in december. Vanwege de enorme toename in de vraag naar testen van eind augustus en september, en door de krapte in de laboratoriumcapaciteit die ontstond vond ik het van belang dat de ambities naar boven werden bijgesteld.

Vraag 8

Kunt u bovenstaande vragen beantwoorden voorafgaand aan het plenaire coronadebat van 22 september?

Antwoord 8

Voor de beantwoording was meer tijd nodig waardoor dit niet is gelukt.