

Verslag Technische briefing 30 april – Testen & PBM

Kernpunten 5 5.1.2e

- De wereld van testen is zeer complex. De kwaliteit moet bekeken worden en testen moeten gevalideerd zijn. Iemand moet de test afnemen. Ook zijn er middelen nodig, zoals swabs. Binnenkort worden deze in Nederland geproduceerd. De laboratoria zijn niet verspreid over het land zoals het virus dat is. Niet alle labs hebben dezelfde machines en we hebben niet van elke test hebben we dezelfde hoeveelheid. De gegevens moeten ook nog in een IT systeem komen.
- Hoeveel testen doen we? We doen nu tussen de 6000/7000 testen per dag. Na 11 mei schatten we in 8000 testen per dag te moeten doen om aan het verruimde testbeleid te kunnen voldoen. Hier is voldoende capaciteit voor.
- We schalen op naar een capaciteit van 17.500 per dag. Dit kan verder verruimd worden naar 29.000 test per dag. Dit is echter de capaciteit van de labs en machines. We hebben op dit moment niet de tests om deze capaciteit te kunnen draaien.
- Hoe doen we het in vergelijking met de rest van de wereld? We zitten in de middenmoot. Landen als Frankrijk, Zuid-Korea en de UK testen minder, gezien de totale populatie. Landen als Denemarken en Noorwegen meer.
- De WHO geeft aan dat wanneer je genoeg test, ongeveer 10% van de tests positief is. In maart zaten we rond de 26%. Nu zitten we rond de 13%, dit laat zien dat we een testbeleid hebben dat past bij wat we willen.
- Serologische testen: Dit zouden we meer grootschalig willen doen. De vraag is echter nog wel of je immuun je bent wanneer je afweerstoffen hebt. Op basis van serologisch testen kan op dit moment nog geen beleid gemaakt worden, zoals dat mensen met antistoffen weer aan het werk kunnen. Is ook nog niet zinnig, omdat pas ongeveer 3-4% van de populatie antistoffen heeft, dus dat is maar een heel klein aandeel om je beleid op te baseren.

Kernpunten 5.1.2e (5.1.2e) Amsterdam – Amstelland, namens GGD GHOR)

- Testbeleid: Zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis worden getest wanneer zij minimaal 24 uur klachten hebben. Zij moeten zorg verlenen waarbij 1,5 meter afstand niet gegarandeerd kan worden. Twee weken geleden zijn hier handhaving en toezicht aan toegevoegd.
- Testen door GGD: Mid-april nog meer dan 9000 per week. Nu rond de 6890 per week. Er zijn nu minder zorgmedewerkers met klachten.
- Doelgroepen die we gaan toevoegen: Medewerkers in het onderwijs en kinderopvang (die opengaan op 11 mei). Zo spoedig mogelijk volgen de mantelzorgers, RIVM komt met een richtlijn. Hier gaan we ook ruim mee om. We hebben nu al voldoende capaciteit om dit te kunnen doen.
- Testcapaciteit: Hoe meer de maatschappij open gaat hoe meer doelgroepen toegevoegd gaan worden. RIVM heeft berekend hoeveel vraag er te verwachten is per doelgroep. Bij aanpassing van het testbeleid moet gekeken worden wie de test gaat uitvoeren. Het gaat om een lange duur, wij verwachten dat we dit een jaar moeten volhouden. Afhankelijk van de vraag is er extra ondersteunende capaciteit bij de GGD nodig.
- BCO: Gelijk oplopend met de voorbereiding van de testcapaciteit, gaan we ook de BCO doen. Het een kan niet zonder het ander. Ook dit kost veel capaciteit.

Kernpunten 5.1.2e (LCH)

- Het LCH is op 23 maart van start gegaan. In Nederland was de vraag naar FFP2 maskers toen 61x groter dan normaal door corona
- De markt is overspannen, het is een vechtmart. We zien woekerprijzen, ook in Nederland. Daarnaast zijn er kwaliteitsproblemen, certificaten kloppen niet altijd.
- In de eerste week na de oprichting van het LCH vond de eerste aflevering al plaats, een week later de eerste levering per vliegtuig.
- Er zijn meer dan 10.000 aanbiedingen binnengekomen. Er zijn coassistenten ingezet om het eerste contact te leggen met al deze aanbieders.

- Er wordt samengewerkt met verschillende partners in de logistieke aanvoer (KLM, Skyteam en PostNL), partners in de inkoop en distributieketen en partners voor productie in NL (oa. Shell, DSM en Auping).
- De scope van het LCH is: Persoonlijke beschermingmiddelen, IC middelen (beademingsapparatuur en pompen), en laboratorium middelen (oa. neus- keel swaps)
- Er is een prognosemodel gemaakt voor PBM behoefte per week. Hierbij wordt het maximum aangehouden.
- De LCH heeft inmiddels een goede supply base. Normaal gesproken koop je in bij 1 of twee leveranciers. Voor maskers zijn er nu bijvoorbeeld al 13 betrouwbare leveranciers gevonden. We kunnen nu beter opschalen bij de betrouwbare leveranciers, dan nieuwe leveranciers zoeken.
- Er zijn op dit moment voldoende PBM's beschikbaar om aan te vragen. Alle zorgaanbieders kunnen zich melden en aanvragen in het systeem. De prijzen waartegen wij leveren zijn ook normaal.
- Er is nog wel een probleem bij jassen en schorten. Deze producten zijn moeilijk per vliegtuig te vervoeren. We gaan daarom een deel per boot doen en een deel per vliegtuig vervoeren, om toch op tijd aan de vraag te kunnen voldoen.

Kempunten 5.1.2e (LZ)

- Het oude model verdeling PBM had een sterke focus op de acute zorg. Gaande weg is er steeds meer geleverd aan de LZ in de regio's, naarmate de vraag toenam
- Het nieuwe model dat is ingegaan op 13 april is niet meer gericht op sectoren, maar op besmettingsrisico. Dit basis hiervoor het een aantal richtlijnen ontwikkeld door het RIVM. Bestemmingsrisico wordt bepaald op basis van zorghandelingen en blootstelling COVID-patiënten.
- De PBM coördinatoren van de ROAZ-regio combineren vraag en aanbod.
- In de praktijk zien we nu een 50/50 verdeling van chirurgische mondkmaskers tussen cure en care
- Steeds meer partijen kunnen hun aanvraag direct doen bij het LCH. Daarmee wordt niet alleen het verdeelmodel zorg breed, maar ook het aanvraagportaal zorg breed
- We adviseren zorginstellingen ook echt om via dit portaal aan te vragen, zodat we inzicht blijven houden in de schaarste. Er treed een wisselwerking op via het aanvraagportaal. Er wordt contact opgenomen bij lage of hoge aanvraag, zodat we weten dat uitlevering plaatsvindt op basis van het verdienmodel. Ook is er een noodvoorraad aanwezig.
- We hebben een vaste prijs vastgesteld voor de coronatijd. Wat daar boven zit wordt door de overheid vergoed om zorginstellingen niet op extra kosten te jagen.
-

Inbreng kamer:

- Vragen over waarom bepaalde groepen (zoals mantelzorgers) nog niet in aanmerking komen voor testen. 5.1.2e geeft aan dat dit een politiek besluit is (na advies RIVM) waar hij geen mening over gaat geven. Hij vraagt de kamer dit met de minister te bespreken. Letterlijk: Ik maak geen beleid, dat doet de minister. Ik ben alleen een helper. Het heeft daarom geen zin om mijn persoonlijke mening hierover te geven. Dit is uw taak samen met het kabinet. - PVV, 50-plus,
- Verder ook vragen over of we iedereen in Nederland met klachten zouden kunnen testen en wanneer dat dan zou kunnen. Is/komt er hier capaciteit voor? - PVV, D66,
- Op het gebied van PBM veel vragen over de wijkverpleging, huishoudelijke hulp en mantelzorg, waar vaak wordt gewerkt zonder PBM's. Hierbij is aangegeven dat voor een aantal van deze beroepen, gelet op de zorghandelingen, ook geen PBM's nodig zijn volgens de richtlijnen (waar 1,5 afstand kan worden bewaard). - PVV, SP, 50-plus, van Kooten-Arrissen, SGP, GL

Vraag + Antwoord kamer

PVV: Er worden steeds groepen toegevoegd, maar er worden ook groepen nog niet getest. Zou het niet goed zijn om ook te kijken wanneer we iedereen met klachten te testen? Wanneer zijn we in staat om dit te doen?

- Dit is aan de politiek na advies van het RIVM welke groepen we willen testen. Wanneer je iedereen met klachten wil testen moet je tienduizenden testen per dag doen. Wij zijn deze capaciteit aan het voorbereiden. Zeer binnenkort zouden we daar niet de tests niet voor hebben (qua laboratoria capaciteit wel)

PVV: Hoe is de zorg thuis meegenomen? De huishoudelijke hulp krijgen bijvoorbeeld geen bescherming. Dit geldt ook voor de wijkverpleging, die in principe ook geen beschermingsmiddelen mee krijgen. Hoe krijgen we deze groepen op gelijke voet wat betreft bescherming?

- Het begint met de richtlijnen van het RIVM. Wanneer er een verdenking van COVID is (bij wijkverpleging) krijg je bescherming. Bij huishoudelijke hulp ligt dit anders, want hier kan in principe 1,5 m afstand gehouden worden.
- Onze vraag is wel hoe we de algemene richtlijn van rivm zo praktisch maken dat iedereen weet waar pbms wel en niet voor nodig zijn.

D66: Hoeveel testen heb je nodig om iedereen te kunnen testen? Kan je bijvoorbeeld ook met Duitse laboratoria samenwerken, zodat daar testen voor Nederland kan worden uitgevoerd?

- Dit zal gaan om tienduizenden mensen per dag. Ongeveer alle landen hebben hetzelfde probleem. Iedereen zou meer willen testen en wil de testcapaciteit opschalen. Het is een politieke afweging welke groepen wij willen testen. Samenwerking met andere landen betwijfel ik, omdat alle landen voor hetzelfde vechten.

D66: We hebben veel beschermingsmiddelen liggen op andere plekken. Ik zie dat er veel verpleeginstellingen zelf op zoek gaan naar beschermingsmiddelen via andere plekken. Wat kunt u hier over zeggen?

- Wij hebben voldoende kwalitatieve beschermingsmiddelen in huis. Ik roep instellingen dan ook vooral op om bij ons te bestellen. Ik ga niet over wat er moet gebeuren met partijen die door anderen zijn ingekocht.

SP: Op 6 april stelde het OMT als voorwaarde voor versoepeling van de maatregelen BCO nodig is. We schrokken dat we in een technische briefing hoorden dat de GGD'en geen opdracht hebben gekregen van het ministerie. Kan de [5.1.2e](#) hier meer over vertellen?

- Die opdracht ligt er nu wel. Bron en contactonderzoek groeit mee met de opschaling van de testcapaciteit. Op een gegeven moment was BCO in de zuidelijke delen van het land niet meer te doen, daar deden we alleen BCO bij kwetsbaren. In het noorden van het land doen ze bijvoorbeeld nog wel klassiek BCO. We doen nu 4x zoveel BCO dan normaal. Als we testcapaciteit uitbreiden moeten we misschien we 3.500 BCO per dag doen. Dat kost enorm veel tijd. We hebben de opdracht gekregen op te schalen. Binnenkort ligt er een plan hoe we dit gaan doen.

SP: Ik heb het idee dat er een verschil bestaat met wat er hier gepresenteerd wordt wat er beschikbaar is en wat er op de werkvloer gebeurt. Veel huishoudelijke hulp en wijkverpleging hebben nog geen PBM's. Ik wil me graag richten op de productie door MKB. We hebben gezien dat Shell en Auping gevraagd is te produceren. Maar er zijn ook kleinere bedrijven die chirurgische maskers kunnen maken. Hoe ondersteunt het LCH deze bedrijven?

- Ik denk dat NL'se productie gestart is goed is, en Auping productie in NL is goede zet. Meerdere initiatieven op moment, gaan we naar kijken, daarbij speelt ook de prijs een rol, en willen we evt. meer betalen want Nederlands product. Deze voorstellen liggen bij ons voor en zullen we beoordelen.

50-PLUS: Al weken wordt er gesproken over 29.000, maar die is nog steeds niet gehaald? Alle landen testen meer dan wij. De mantelzorgers voelen zich in de steek gelaten. Hoe kan het dat wij dit nou nog steeds niet hebben bereikt?

- We kunnen niet vandaag die 17.500 testen doen. We hebben de testen niet voor op de machines. Ik kan hier niks aan doen. We testen al zo'n 4x meer dan we al deden. Het is heel moeilijk om deze testen in te kopen. Ik deel uw mening niet we achterlopen in vergelijking met de rest van de wereld. We zitten in de middenmoot. U moeten kijken met de politiek hoeveel testen we per dag willen doen en voor welke doelgroepen. Dit moet u moet de minister bespreken

50-PLUS: We horen nog steeds signalen van zorgmedewerkers die onbeschermd hun werk moeten doen. Ik wil me specifiek richten op de mantelzorgers. Wanneer krijgen zij PBM's en waar kunnen zij aanvragen?

- Ook bij de mantelzorgers zal dit gebaseerd worden op handelingen. Zij kunnen dit ook aanvragen in het systeem. Wel zullen we kijken hoe dit geregeld kan worden zodat niet elke zorgverlener individueel hoeft aan te vragen. Volgende week maken we hier meer duidelijkheid over.

PvdA: Zijn er vanaf 11 mei voldoende testen beschikbaar om leraren ect te testen wanneer zij klachten hebben?

- Ja, die 8000 testen hebben we voldoende capaciteit voor. We hebben continu over of ondercapaciteit in het land, maar we herverdelen die stromen zo goed als mogelijk.

PvdA: De richtlijnen van het RIVM kunnen verbeterd worden horen wij uit het veld. De praktijk is weerbarstig en zorgmedewerkers moeten soms onverwachte handelingen uitvoeren. Kunnen de richtlijnen aangepast worden zodat hier ruimte voor komt?

- Zijn in proces dat je richtlijnen hebt die op basis van de inschatting besmettingsrisico. Dan komen er dingen die zich niet laten vangen in die richtlijn. Je kunt helemaal uitwerken en toespitsen maar dat is erg lastig, of je probeert te verbeteren/verduidelijken en wat ruimte creëren. Dat is wat wij doen.
Zijn al stappen aan het nemen maar moeten nog stappen genomen worden.

PvdD: De GGD gaf aan dat ze dit op lange duur niet kunnen volhouden. Hoe kunt u dit met het ministerie tackelen?

- Die 8000 testen die we nu moeten uitvoeren kunnen we volhouden. Maar bij de uitbereiding moeten we het personeel dat nu in de teststraten staat kunnen vervangen. We kunnen ook kiezen om de GGD'en verder te sluiten en alleen maar op testen te richten, maar dit is niet wenselijk. Voor de lange duur hebben we ondersteuning nodig, omdat we te weinig personeel hebben. Dit weet de minister.

PvdD: Zouden PBM een uitkomst kunnen bieden voor de verruiming van de bezoekersregeling voor de verpleeghuizen?

- Een verruiming van de bezoekersregeling zal worden besproken met het OMT. Dit zal eerst gaan om een kleinschalige pilot. Wanneer dit goed gaat zouden we dit op termijn, na evaluatie, verder kunnen uitrollen.

Van Kooten-Arrissen: Er wordt gericht op bescherming van de zorgverleners. Maar vooral ouders van de kwetsbare kinderen zijn ongerust dat hun kind wordt aangestoken door de thuisverpleging. Waar kunnen deze ouders terecht voor PMB's?

- Zijn nu al situaties waar ouders soms al beschermingsmiddelen gebruiken, dat moet gewoon blijven gebeuren. Volgende vraag is ook of risico corona is, dan gebruik je namelijk verder maskers. Als situatie er in een verplegingssituatie een verdenking op covid, dan dingen deze mensen mee.

Van Kooten-Arrissen: Wanneer maskers worden afgewezen op basis van kwaliteit, dan krijgt de aanbieder geen inzage in de testresultaten. Deze maskers zouden dan misschien wel gebruikt kunnen worden in een andere zorgsetting. Hoe zou dit beter aangesloten kunnen worden?

- Als het gaat om aanpassing, dan klopt dat inderdaad, en aanpassingen die de fit aanpassen kan er naar gekeken, als filtrage of certificering niet klopt valt het weg. De fit aanpassen doen instellingen zelf vaak, wetende dat de filtrage prima is. We geven alleen niet aan waarom het afgekeurd is, in het geval van valse certificering, net als bij vals geld.

VVD: Het is aan het kabinet om de beslissing te maken om de maatregelen te versoepelen. Maar dit is een kip/ei verhaal, want dit is ook afhankelijk van de testcapaciteit. We hebben nu te weinig capaciteit om te kunnen versoepelen, wanneer hebben meer om te kunnen versoepelen (17.500)?

- Die 17.500 testen zijn niet beschikbaar morgen, maar we werken wel hard om dit te vergroten. Hier werken we met man en macht aan. Als u weet waar we meer testen kunnen halen, dan is dat welkom. Wij produceren zelf geen testen en zijn dus afhankelijk van het buitenland. Sommige landen kunnen dit wel.

VVD: Is de voorbereiding voor communicatie en distributie voor het gebruik van PBM's in de exit strategie, zoals bijvoorbeeld voor contactberoepen al getroffen?

- Ook hier wachten we het OMT advies af, maar tegelijkertijd als vergelijkbare PBM's ingekocht worden door andere sectoren staat zorg voorop als er risico is op concurrentie.

SGP: Welke ruimte hebben de GGD'en om ook proactief te handelen? Kunnen de GGD'en alvast doelgroepen testen die volgens het landelijk testbeleid nog niet getest kunnen worden wanneer daar capaciteit voor is?

- Daar is volop de ruimte voor. We hebben de GGD'en gevraagd coulant om te gaan met de richtlijnen. Ook moet er goede samenwerking gezocht worden met andere GGD'en en andere regio's. We zijn ook bezig om een landelijk informatiesysteem rond de testen in te richten. Hierdoor wordt het proces rond de aanvraag en de uitslag korter wordt. We zijn bezig met automatiseren.

SGP: Hoe komt het dat het LCH aangeeft dat er voldoende PBM's zijn, maar er zijn nog veel signalen van zorgverleners dat er moeilijk aan PBM's te komen is. Hoe kan dit?

- Ik herken zeker de berichtgeving en zal niet uitsluiten dat er iemand is die geen pbms heeft. Als mij opvalt dat er 1999 adressen keurig beleverd worden en een heeft tekort dan zoekt die de media op, dat hoeft niet, ook die kan gewoon bestellen.

CDA: Commerciële teststraten komen blijkbaar wel aan het materiaal. Mensen zijn ook bereid te betalen voor de test. Ook zijn er partijen die claimen dat ze snellere machines hebben. Hoe zit dit?

- Serologische testen: Ik snap dat mensen dit persoonlijk graag willen weten. Maar we kunnen hier geen beleid op aanpassen. Als Nederland heb je hier dus niet zoveel aan, behalve in studieverband ect. Sneltesten zijn niet nauwkeurig genoeg.

CDA: Voor de exit strategie wordt er dagelijks gesproken over meer gebruik van mondkmaskers. Zijn we in staat om nog op te schalen om in deze vraag te kunnen voorzien?

- Ik kan niet in toekomst kijken, heb ook nog geen prognosemodellen van buiten de zorg gezien, maar zijn prima in staat om Chirurgische Maskers nog minimaal kunnen vervijfvoudingen mbt bestellingen, als we dit doen bij betrouwbare leveranciers, zit daar stabiliteit in, of dat precies genoeg gaat zijn. of overheid dat blijft betalen of private betaling komt. Denk niet dat we op terrein van Business to consumer begeven als OMT zegt is niet nodig om mondkapjes te dragen

DENK: Ik begrijp dat we conform de richtlijnen rond de 10% positief moeten testen. In de eerste weken testen we dus ongeveer 3x zo weinig. Wat is de relatie tussen dit weinige testen en de uitbraken die we nu zien in de verpleeghuizen?

- Die relatie is niet één op één te leggen. In heel Europa zien we dat verpleeghuizen hard getroffen worden. Er wonen kwetsbare personen in de verpleeghuizen en er vindt ook veel verspreiding plaats. Waarom dit zo is wordt nu onderzoek naar gedaan. Het bijvoorbeeld al wel bekend dat ouderen een atypisch beeld vertonen.

Denk: Waarom is er gekozen om van het nieuwe model naar het oude model te gaan in de distributie van PBM's? Liggen hier publieke gezondheids- argumenten aan ten grondslag?

- Volksgezondheidsrisico's en besmettingsrisico's. Leidende principe is vergelijkbare risico's vragen om vergelijkbare bescherming.

GL: De capaciteit van BCO is vooral afhankelijk van mensen. De heer Woldman zei dat er misschien mensen uit andere sectoren nodig. Waar zit u aan te denken?

- We zijn al aan het voorsorteren met het ministerie welke bronnen we nog kunnen aanschieten. Maar we moeten nog kijken hoe dit vorm gaat krijgen. We hebben al wel een aantal organisaties op het oog.

GL: In de LZ is 1,5 meter afstand houden heel moeilijk. Zou je dan niet moeten afstappen van de 1,5 afstand houden en in de LZ voor de verdeling PBM's minder moeten richten op de handelingen die uitgevoerd worden?

- Wanneer er geen risico is gaan we geen PBM's gebruiken, ook niet in de coronatijd. Ook bemoeilijkt dit persoonlijk contact. In deze sectoren vinden de bewoners het ook moeilijker als verzorgers PBM's gebruiken. In specifieke situatie geef je invulling, daar neem je dan wat ruimte om toch pbm's te gebruiken naar eigen inschatting. Wat dat aan extra vraag leidt, weet ik niet, maar zou beperkt kunnen zijn afhankelijk van hoe je het met de sector bespreekt. Je bespreekt hoe je het invult en wat je nodig hebt. Proces van richtlijn naar verbijzondering naar vraag.

FvD: Australië heeft 10 miljoen testen in kunnen kopen. Is de heer **5.1.2e** bereid om contact op te nemen met Australië om te vragen hoe ze dit voor elkaar hebben gekregen?

- Het nieuws over Australië was mij niet bekend, maar we hebben wel veel contact met verschillende landen. Wel is het zo dat verschillende machines om verschillende testen vragen, dit kan dus niet passend zijn. Voor de machines die wij hebben staan kennen we de leveranciers heel goed. Dhr. Woldman zegt dat testen afgenomen kunnen worden en ik zeg dat de testen beschikbaar zijn, ik zie geen reden om dat niet te doen. We proberen wel in toenemende mate de stromen te verleggen, daar kunt u geluiden van ontevredenheid vinden omdat verspreiding machines, testen en virus niet synchroon loopt.

FvD: Ons bereiken steeds berichten dat er een tekort is aan mondmaskers. Gisteren heeft de minister nog gezegd dat er geen mondmaskers beschikbaar zijn voor contactberoepen. Hier blijkt wel een schaarste uit. Wij zijn benaderd door een leverancier uit Schiedam, die goedgekeurde maskers van het LCH niet kwijt kan. Hoe kan dit?

- Ik ken deze leverancier zeer goed. We hebben ingekocht bij deze partij, we hebben ook een aantal partijen bij deze leverancier afgekeurd. Ook zijn de prijzen niet zo gunstig. Ik bespreek deze casus graag verder met u persoonlijk.

Van Haga: Wat is het effect geweest van ons restrictieve testbeleid op het reproductiegetal, en wat is de impact wanneer we wel meer kunnen testen?

- Daar ga ik me niet aan wagen, dit is een vraag voor het RIVM. De minister heeft gesproken over een testcapaciteit van 17.500 met opschaling naar 29.000, maar ook dat daar nog niet alle testen voor zijn. Uw verantwoordelijkheid met het kabinet om te bepalen wie wel en niet getest moet worden.

Van Haga: Is er wel eens overwogen om af te wijken van de standaard kwaliteit van PBM's?

- Nee, voor de zorg zullen we dit niet doen. Vinden we onverantwoord.

CU: In verpleeghuizen worden tot nu toe maar 1 of 2 mensen getest, de overige mensen met symptomen worden beschouwd als positief. Is er nu wel capaciteit om iedereen in verpleeghuizen te testen met klachten?

- Dit beleid is verlaten, ook in verpleeghuizen is de testcapaciteit verruimd. Daarvoor zijn de testen ook beschikbaar. **5.1.2e**: Ik maak geen beleid, dat doet de minister. Ik ben alleen een helper. Het heeft daarom geen zin om mijn persoonlijke mening hierover te geven. Dit is uw taak samen met het kabinet. Capaciteit en testen voor die doelgroepen is er, zonde als die niet gebruikt wordt.

CU: Er is wetenschappelijke onzekerheid over presymptomatische verspreiding. Is het in deze context toch niet zinvol om preventief PBM's in te zetten? Is schaarste een afweging hierin?

- Schaarste is hier geen afweging in. Wel is het wel zo dat onnodig gebruik van PBM's tot schaarste kan leiden. Daarom is het wel belangrijk ons aan de richtlijnen te houden. Het RIVM heeft ook gezegd dat het gebruik van PBM's in een niet-COVID setting niet nodig is en zelfs schadelijk kan zijn.