

## Overzicht binnengekomen reacties verdeelmodel

Beste (10)(2e)

Dank voor de gelegenheid nog te mogen reageren op het stuk.

Bij de **ggz** zou ik op pagina 10 eind eerste alinea de volgende tekst willen toevoegen. Binnen de **ggz** is er wel sprake van een verhoogd risico op COVID-19 voor de volgende doelgroepen; EPA patiënten, waaronder verslaafden, patiënten die binnenkomen via de crisisdienst van de GGZ, patiënten die behandeld worden via IHT (intensive home treatment) en FACT. Deze patiënten hebben merendeels een zwakke gezondheid als gevolg van hun leefomstandigheden en leefstijl.

Daarnaast vergt de tabel voor de **ggz** aanpassing. Wij verlenen ook acute zorg en vangen daar patiënten in crisis op met mogelijke besmetting. Daarom ook graag in categorie 4 een kruisje voor zowel de GGZ als de jeugd **ggz**

Dank voor het meenemen en succes met de verdere afronding van het document voor nu.

Hartelijke groet,

(10)(2e)

Beste (10)(2e)

Vanuit Valente zijn we erg blij met de gestelde uitgangspunten.

Nog een paar tekstsuggesties:

p. 2 bij 6: Noem dit consequent Beschermd en begeleid wonen. Binnen MO en BW gaat het niet alleen om begeleiding. Er zijn ook plekken waar ouderen wonen en 24uurszorg wordt geboden, veelal aan mensen met co-morbiditeit. (Er kan sprake zijn van een combinatie van lichamelijke en verstandelijke beperking, verslaving, luchtwegaandoeningen vanwege middelengebruik en vroegtijdige veroudering door slijtage.)

p.12 Ook hier Beschermd en begeleid wonen noemen in prioriteringsschema, met ++ in categorie 3, omdat net als in de MO sprake is van verpleging en verzorging van individuele COVID-19 patiënten. (Veel instellingen kennen een eigen cohort-verpleegafdeling. Of er zijn initiatieven van een gezamenlijke quarantaine/cohort afdeling van meerdere organisaties MO/BW/GGZ.)

Vanuit Valente zijn we graag bereid de aantallen/hoeveelheden cohortverpleging te inventariseren voor de DPG-en, zodat we goed bekend en herkend kunnen worden in de regio's.

Veel succes gewenst!

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)  
(10)(2e)

Beste (10)(2e)

Dank voor het constructieve overleg zojuist. Ik ben blij met de toezegging dat op pagina 5 met voorbeelden expliciet wordt gemaakt dat specifieke patientkenmerken die kunnen maken dat er een hoger besmettingsrisico geldt, te maken kan hebben met de onberekenbaarheid van de patiënt zoals kan gelden in de jeugdzorg. Ook ben ik blij dat de minister erkende dat het dynamische van het document kan liggen in het aanpassen door bijvoorbeeld een tekort aan personeel dankzij besmettingen en uitval.

Zoals gezegd doen wij graag suggesties over de tekst rond jeugdzorg in paragraaf 6. Het is nu nog een incompleet beeld, waardoor ook het schema niet strookt met de praktijk. (10)(2e) (10)(2e) in de cc, zal een tekst aanleveren. Dit lukt vandaag, maar niet voor de avond. Eén opmerking nu al over het schema is het vreemde verschil in uitkomst tussen GGZ met twee plusjes in categorie 2 en Jeugd GGZ met geen plusjes in diezelfde categorie.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)  
(10)(2e)

---

Dag (10)(2e) en (10)(2e)

Dank voor het toezenden van deze laatste versie waarin in ieder geval de huisartsenzorg weer is opgenomen in het schema op blz 12.

Het blijft moeilijk tijdens zo'n druk Zoom overleg om kort en krachtig een discussie te voeren, dus zoals via de Chat functie al aangekondigd hierbij de correcte tekst voor de huisartsenzorg onder hoofdstuk 6 en daar vloeit dus ook nog een wijziging voor het schema op blz 12 uit.

Allereerst de tekst in hoofdstuk 6:

*Huisartsen/acute mondzorg/verloskunde*

*De huisarts en overige zorgprofessionals in de eerstelijns, zoals verloskundigen, tandartsen en GGD medewerkers lopen een risico om in aanraking te komen met COVID-19 patiënten.*

*De huisartsen hebben specifieke COVID-19 spreekuren ingericht waarin patiënten verdacht voor COVID-19 geclusterd worden gezien.*

*Veelal vinden deze spreekuren plaats op locaties buiten de eigen huisartsenpraktijk.*

*Dit geldt zowel voor de dag-praktijk als de zorg in de avond, nacht en weekend uren (ANW).*

*In acute situaties kan het ook voorkomen dat deze patiënten onverwacht de huisartspraktijk bezoeken. Hiertoe worden patiënten gescheiden opgevangen (COVID-19 versus non-COVID ruimtes). Daarnaast bezoeken huisartsen ook patiënten verdacht voor COVID thuis. Dit gebeurt indien mogelijk geclusterd.*

*Bescherming is nodig voor de situaties dat de medewerkers in contact komen met patiënten die verdacht worden van een COVID-19 virusinfectie. Dit geldt voor deze specifieke COVID-19 spreekuren/visites. En ook voor de incidentele onverwachte contacten. Dit ter voorkoming van het overbrengen van COVID-19 op andere patiënten, en om de continuïteit van de zorg te waarborgen door bescherming van de huisartsen (medewerkers).*

Voor het schema op blz 12 geldt dan niet de verdeling Huisartsenpost en Huisartsen (onder huisartsenposten worden de ANW locaties begrepen)

maar de verdeling: Huisartsen Covid 19 clustering en Overige Huisartsenzorg 24/7.

Mochten jullie de indeling Huisartsenpost en Huisartsen zo willen houden dan geldt de Covid clustering voor beide organisatie vormen (dag praktijken en ANW) en daarmee voor huisartsen in prioritering 2 ook ++.

Ik neem aan dat dit voldoende duidelijk is. Anders graag even overleg met mijzelf of (10)(2e).

Veel dank alvast voor het vele werk weer verzet.

Heel goede paasdagen gewenst voor jullie en de mensen om jullie heen!

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

---

Goedendag,

Naar aanleiding van het overleg van zojuist hierbij zoals gevraagd nog enkele punten van aandacht met betrekking tot de gehandicaptenzorg.

1. Graag goede instructie en duidelijkheid dat ook de care sector bij acute uitbraken en problemen gebruik kan maken van die "ijzeren voorraad" die beschreven wordt.
2. De grens van 10 mensen voor cohortverpleging. Als er 2 cliënten op de woning besmet zijn word de hele woning conform de richtlijnen als besmet beschouwd en als cohort verpleegd. Kan dit aantal vervallen? Of bijvoorbeeld op 5 gesteld worden. Vele kleinschalige woonvoorzieningen binnen de gehandicaptenzorg (maar ook ouderenzorg) kennen een groepsgröße van 6-8.
3. We zijn blij dat in het stuk van de gehandicaptenzorg de diversiteit van onze doelgroep goed tot uiting komt, echter zouden we hier graag ook nog de zorg aan zintuiglijk gehandicapten (ZG) en mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH) toevoegen.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

Vanmiddag heb ik namens de Ambulancesector deelgenomen aan het bestuurlijk overleg rondom de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen. Alle sectoren hebben ingestemd met de uitgangspunten zoals die verwoord zijn in de voorliggende notitie.

Inhoudelijk hebben wij een aantal zaken die we in overweging willen geven rondom deze richtlijn:

- Bij de handelingscategorieën wordt wel gesproken over spoedeisende zorgverlening maar niet van levensreddend handelen. Naar onze mening moet hier onderscheid in gemaakt worden. Bij spoedeisende handelingen kan een hulpverlener zich voorbereiden en op basis van de specifieke risico-inschatting de juiste PBM aantrekken en andere voorzorgsmaatregelen nemen. Als er sprake is van levensreddend handelen kan dit niet en zal altijd als uitgangspunt genomen moeten worden dat er sprake is van een hoog risico op besmetting.

- Bij de hoog risico handelingen op pagina 2 wordt een limitatieve opsomming gegeven. Binnen de Ambulancezorg wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van een supraglottisch airway device in plaats van endotracheale intubatie. Wij interpreteren dat deze handeling ook onder de risicovolle handelingen valt in lijn met de masker-ballon beademing en de tracheale intubatie.
- Op pagina 2 denken wij dat voor de Ambulancezorg een aantal kruisjes toegevoegd moeten worden:
  - o Onder 1 moeten ons inziens 2 kruisjes komen in verband met het levensreddend handelen waarbij het niet mogelijk is om vooraf extra voorzorgsmaatregelen te nemen en het verloop onvoorspelbaar is
  - o Onder 2 moet ons inziens een kruisje komen omdat er binnen de ambulancezorg sprake is van een intensieve blootstelling. In ieder geval tijdens het vervoer bevindt de verpleegkundige zich gedurende gemiddeld 20 minuten binnen 1 meter van de zorgvrager in een zeer beperkte ruimte. Daarnaast moet ook uitgegaan worden van het binnentreden in quarantaine-situatie met meerdere gezinsleden en het ophalen en brengen naar COVID-19 verpleegafdelingen door ambulancemedewerkers;
  - o Ook in kolom 3 moet ons inziens een kruisje geplaatst worden. Ambulancezorg geeft juist ook zorg aan individuele covid besmette patiënten

Daarnaast een aantal meer tekstuele zaken:

- In het algemeen: er wordt gesproken over de meldkamer, we gaan er vanuit dat hier bedoeld wordt de meldkamer Ambulancezorg.
- Op pagina 2 punt 4 wordt gesproken over NTS. Het is goed om hier ook AMPDS te noemen als triage systeem.
- Op pagina 6 onder het kopje Ambulancezorg dient toegevoegd te worden:
  - o De ambulance is geen onderdeel van het ziekenhuis maar vervult wel een essentiële rol in de acute keten naar het ziekenhuis toe en valt daarom onder het regime voor de ziekenhuizen. De ambulance zorgt voor eerste beoordeling en behandeling van veelal kwetsbare patiënten. Aanvulling: Deze klachten zijn vrijwel uitsluitend acuut levensbedreigend, spoedeisend, of althans door de hulpvrager zo ingeschat.
  - o De ambulance zorgt voor het transport van vitaal bedreigde COVID-19 patiënten naar het ziekenhuis, of van ziekenhuis naar ziekenhuis. Aanvulling: Daarnaast zorgt de ambulancedienst voor het vervoer van covid besmette patiënten naar specifieke covid cohort afdelingen van verpleeghuizen, covid hotels en naar het huisadres van de patiënt.
  - o Bij het ter plaatse komen bij een incident wordt bij een patiënt waarvan de 'Covid-status' onbekend is, in eerste instantie 1,5 meter afstand gehouden en wordt bepaald of er een 'Covid-risico' is. Aanvulling: tenzij bij melding duidelijk is dat levensreddende handelingen noodzakelijk zijn, dan direct gebruik PBM.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

(10)(2e)

RAV Hollands Midden

Beste heren, beste (10)(2e) en (10)(2e)

Naar aanleiding van beide notities en het BO eerder vanmiddag reageer ik mede namens ZorgthuisNL, Verenso en VenVN met enkele algemene punten en een aantal meer specifieke

punten aan de hand van het hoofddocument. De samenvatting zien wij niet als samenvatting maar als eerste aanzet tot publiekscommunicatie of persbericht. Daarvoor gelden alle hieronder genoemde punten.

Mogelijk reageren ZorgthuisNL, Verenso en VenVN (zorgbreed) overigens ook nog aanvullend separaat.

#### **Algemene opmerkingen**

1. Het verdeelkader, de samenvatting en andere documenten over dit besluit bedoeld om zorgverleners en zorgorganisaties te informeren, beschrijven een besluit van VWS. Het veld (wij) zijn weliswaar geconsulteerd maar daarmee blijft het besluit een VWS-besluit, ook in de communicatie.
2. De documenten moeten beginnen met erkenning van de onjuistheid van het tot nu toe gehanteerde 80/20 verdeelmodel. Het zij zo, en vanaf nu gaan we dat beter doen.
3. Ergens moet duidelijk worden dat het besluit en dus de documenten zijn bedoeld voor verdeling van schaarse ABM rekening houdend met de RIVM richtlijnen. Idealiter zou ABM breder en preventiever ingezet worden om zorgvragers en zorgverleners nog beter te beschermen tegen verdere verspreiding van het virus. En daarop wordt het besluit aangepast als er voldoende middelen zijn.
4. Als de RIVM richtlijnen veranderen moet het besluit en de uitwerking daarvan daarop aangepast worden.
5. De ROAZ coördinatoren die adviseren over verdeling binnen regio's moeten eenduidig geïnstrueerd en aangestuurd worden, dat moet ook ingericht worden en ergens opgeschreven staan.
6. De vraag die in het BO aan de orde kwam over wat te doen bij schaarste is onbeantwoord, dat antwoord moet alsnog komen in de RIVM richtlijnen of in een aanvullend besluit daarover van VWS: Hoe verloopt de verdeling van ABM/ PBM als er te weinig spullen zijn: welke mensen/ groepen krijgen dan geen zorg en/ of geen bescherming meer? Niemand moet onbeschermd werken als volgens de RIVM-richtlijn bescherming aangewezen is. VWS zou dit standpunt ergens moeten bevestigen.
7. Vermelden wanneer de overige PBM zo verdeeld gaat worden, met name de langemouw schorten. Kan oi op exact dezelfde basis. Waarom niet direct meenemen?
8. Praktische informatie over de genoemde applicatie: toelichten dat deze werkwijze per xx-xx-2020 gaat lopen via de systemen van Mediq en ... en hoe dat gaat.
9. Communicatie van dit besluit door RIVM en minister moet in begrijpelijke taal en op basis van feiten, niet van wenselijkheden.

#### **Opmerkingen met betrekking tot het hoofddocument (en in afgeleide de samenvatting)**

- a) Bij de verdeling moet rekening gehouden worden met massa. In bijvoorbeeld de wijkverpleging en aanverwante zorg zijn zowel de aantallen enorm, verreweg de meeste kwetsbare mensen wonen thuis of in het verpleeghuis. De verdeelmodellen en daaruit volgende keuzes moeten daar rekening mee houden. Dat geldt ook bij palliatieve zorg met de extra risico's die daar (conform RIVM) aan verbonden zijn. Palliatieve zorg vindt vooral plaats in de wijk en in verpleeghuizen
- b) Onberekenbaarheid moet expliciet worden opgenomen in de beschrijvingen, ook bij ouderenzorg
- c) Coronahotels zijn nu smal beschreven onder ziekenhuiszorg. Wij begrijpen dat deze passage geldt voor alle coronacentra, corna-units en coronaroutes die meestal juist niet in ziekenhuizen zijn ondergebracht maar daarbuiten. Dit moet compleet, helder en duidelijk beschreven zijn, los van ziekenhuiszorg om de ROAZ-en goed te laten beoordelen. Juist deze concentraties van risico moeten immers passend bedeed worden

- d) De volgorde (1 t/m 8) in de handelingscategorieën suggereert een rangorde. Voor punt 8 klopt die sowieso niet, dat punt geldt altijd
- e) De definitie van begeleiding is verwarrend. In de wijkverpleging kennen we ook individuele begeleiding die gezien moet worden als wijkverpleging
- f) Jeugdgezondheidszorg wordt alleen genoemd als uitstelbare zorg. Soms kan dat echt niet en is ABM/ PBM wél nodig (kan ook via hardheidsclausule)
- g) Het prioriteringsschema op bladzijde 12 vervangen ofwel vereenvoudigen zodat het schema op zichzelf eenduidig begrepen wordt. En het aanpassen op de werkelijkheid waarin oa in verpleeghuizen en wijkverpleging ook veel onberekenbaar, aanraak, spuug en andere verrassend gedrag aan de orde is. Hierin moet ook rekening gehouden worden met de extreme krapte in het aantal medewerkers mn in de VVT
- h) Het prioriteringsschema op bladzijde 12 herleidbaar en transparant vertalen naar heldere percentages per sector zodat dit duidelijk wordt voor zowel voor de ROAZ-en helder als voor de verschillende achterbannen
- i) Bladzijde 13 vrijwel volledig deleten
- j) Ergens vermelden dat kosten van spullen in rekening worden gebracht, kosten van het LCH niet

#### Opmerkingen met betrekking tot elementen uit de RIVM richtlijn/ verduidelijking

- I. Hardheids-gezondverstand clausule invoegen op basis van professionele deskundigheid: die zit nu erg verstopt
- II. Geen opties bieden maar een 'tenminste formulering' gebruiken
- III. Mondverzorging (tanden poetsen bij vaak vieze, pijnlijke ontstoken monden) expliciet benoemen
- IV. Gebruiksaanwijzingen verhelderen zoals 3 x en/ of 3 uur of de 1,5m afstand bij extreem klein-behuisden: dat is onvoldoende helder voor onze doelgroepen
- V. Duidelijk zijn over samenloop van zorg: HbH en wijkverpleging kennen verschillende richtlijnen
- VI. Duidelijkheid bieden over noodzaak ABM/ PBM bij het opruimen van lichaamsvocht (denk aan HbH en sterk bevulde bedden)
- VII. Duidelijkheid over hergebruik: niet doen dus tenzij je het met een ziekenhuis goed geregeld hebt

We zien uit naar de definitieve conform het bovenstaande aangepaste versie. De pers benadert ons al volop dus let op waar het stuk heen vliegt. Het is wel fijn als wij het stuk kennen (ruim!) voordat we de pers te woord moeten staan.

Goede Pasen!

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

(10)(2e)

Beste (10)(2e) en (10)(2e)

Vanuit V&VN willen wij aangeven dat alle opmerkingen die hieronder staan niet alleen betrekking hebben op de ouderenzorg (VVT) maar, indien van toepassing, ook op andere sectoren in de zorg. Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

Zoals benoemd op blz13. Klopt het % covid patiënten opgenomen in zkh niet.  
 Dit komt door de landelijke spreiding. Dus graag dit % niet opnemen.  
 Dat geeft namelijk onrust. LCPS heeft het juiste actuele % over de zkh.  
 Voor verdeling van pbm naar Zkh is die relevant.

(10)(2e)

(10)(2e)

Beste (10)(2e)

Zoals afgesproken stuur ik hierbij de tekst voor paragraaf 6 onderdeel Jeugdzorg. We hebben de lijn van de teksten in de andere sectoren heb aangehouden. Ondanks dat we de definitieve versie van het totale document voor verzending richting de ROAZ-en niet meer krijgen, hoop ik dat we wel horen welk gevolg onderstaande tekst heeft op het schema. Zoals gezegd in de eerdere mail (die ik hieronder nogmaals heb toegevoegd) zit er een vreemd verschil tussen GGZ en Jeugd GGZ, maar ik verwacht dat de tekst ook zal leiden tot veranderingen in het schema voor jeugdzorg. Bij vragen zijn wij natuurlijk altijd bereikbaar.

#### **Jeugdzorg**

*In de jeugdzorg (jeugdhulp en jeugdbescherming) worden jongeren (en gezinnen) begeleid en behandeld bij opgroei- en opvoedproblemen. Dat kan vrijwillig zijn of door de rechter opgelegd. Het kan gaan om ambulante zorg en om zorg in een open of gesloten residentiele setting. Jeugdzorgorganisaties gaan door met de behandeling en begeleiding van jongeren en (pleeg)gezinnen, zowel ambulante als residentieel. Conform de richtlijnen van het RIVM en het afwegingskader jeugd zijn verschillende maatregelen getroffen. Het coronavirus heeft echter voor heel veel organisaties in de jeugdzorg die jeugdhulp en jeugdbescherming bieden consequenties. Vanwege de doelgroep, kwetsbare kinderen en jongeren met (gedrags)problematiek en ouders waarbij sprake kan zijn van eigen en opvoedproblematiek, is continuïteit van zorg door middel van contact noodzakelijk. Face-to-face contact blijft daarbij ook vaak nodig (ambulante) of is gewoon praktijk (residentiële zorg). Fysiek contact kan daarbij niet voorkomen worden, kan noodzakelijk zijn en wordt soms zelf bewust door de client of diens ouders opgezocht. Dat heeft voor een belangrijk deel te maken met specifieke cliëntkenmerken die in de jeugdzorg spelen en die maken dat een hoger besmettingsrisico geldt. Deze kenmerken zijn gelegen in de onvoorspelbaarheid c.q. de onberekenbaarheid van de client. In de jeugdbescherming, waarbij sprake is van een door de rechter opgelegde maatregel van ondertoezichtstelling of jeugdreclassering, geldt dit kenmerk ook nog eens ten aanzien van de ouders(s) van de client. De instructie 'afstand houden' is moeilijk te handhaven in verband met opstandige jongeren, die bewust fysiek contact opzoeken, spugen etc. Dat geldt, zeker in de jeugdbescherming, ook voor de ouders van de jongere.*

*In geval van residentiele zorg is (tijdelijk) zorg opschorten en/of (tijdelijk) thuis verblijven geen optie in belang van de continuïteit aan de jongere. De behandeling en begeleiding blijven dan in de residentiele setting plaatsvinden.*

*Als er een besmetting of uitbraak optreedt in een (gesloten) residentiele setting of wanneer de gezondheid van een jongere plots verslechtert, is direct fysiek contact nodig (persoonlijke verzorging) en kan dat dus problemen opleveren bij de behandeling en verzorging/verpleging. Daarbij is de bescherming van het personeel, mede vanwege de continuïteit van zorg belangrijk. Wanneer een jongere in een (gesloten) residentiele setting is besmet met het coronavirus en ziekenhuisopname niet nodig is, blijft de jongere in de instelling. Deze jongere wordt in isolatie geplaatst en verzorgd door het personeel, in overleg met deskundigen van buitenaf. Bescherming van het personeel, mede vanwege de continuïteit van zorg, is belangrijk.*

*Als in geval van ambulante hulpverlening of jeugdbescherming sprake is van (een vermoeden van) besmetting maar acuut handelen omwille van de veiligheid van een jongere is noodzakelijk, dan is daarbij bescherming vereist. Denk aan een (door de rechter bepaalde) spoedthuisplaatsing of een huisbezoek in geval van een crisissituatie waarbij onmiddellijk handelen noodzakelijk is.*

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

---

Beste (10)(2e) et al,

Dank voor het gesprek vanmiddag. Compliment dat de stap is gezet om meer te kijken naar risicogroepen buiten het ziekenhuis en te komen tot een afweging voor de verdeling van schaarse beschermingsmiddelen. Hoewel bij ons – en de bij ons aangesloten organisaties – vragen binnen komen van mantelzorgers die zorg moeten verlenen aan kwetsbare naasten die besmet zijn of een verdenking hebben, zeker nu de thuiszorg afschaalt, begrip voor de moeilijke afwegingen die moeten worden gemaakt. Wij zullen signalen bijhouden en blijven neerleggen op de relevante tafels.

In aansluiting op de opmerking van (10)(2e), is het een goede stap om tot toegankelijke informatie te komen voor mantelzorgers, zodat zij zo veilig mogelijk (lijfsgebonden) zorg in de thuissituatie kunnen bieden. Vanuit MantelzorgNL werken wij hier graag aan mee, in afstemming met het RIVM. Ook kunnen wij voor verspreiding zorgen, onder andere via de Mantelzorglijn.

Goede paasdagen.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

(10)(2e)



Beste (10)(2e) en (10)(2e)

Op verzoek van (10)(2e) (10)(2e) doe ik jullie hierbij, in aanvulling op hetgeen vanmiddag al tijdens het bestuurlijk overleg is gewisseld, ons commentaar bij de notitie toekomen.

1. De beschrijving van de behandelingscategorieën is goed navolgbaar. Voor een goede toepassing is noodzakelijk dat er informatie komt over de aantallen handelingen dat binnen de verschillende behandelingscategorieën in de verschillende sectoren plaatsvindt.
2. Op pagina 7 wordt de indruk gewekt dat er een groot verschil bestaat in de mogelijkheden om op de SEH fysieke ruimte te creëren vergeleken met de ambulance. In de praktijk is dat verschil niet zo groot, omdat SEH's soms krap behuurd zijn en met weinig vierkante meter moeten werken en SEH's evenzeer te maken hebben met onberekenbaar gedrag.
3. De tabel op pagina 12 is moeilijk te volgen, in het bijzonder de ratio achter de "+"-en die gescoord zijn. Voor de categorie 1 (hoog-risico categorieën) scoort de ziekenhuiszorg één + en de gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg beide twee "+"-en. Onduidelijk is hoe deze weging tot stand gekomen is. Hetzelfde geldt voor de uiteindelijke consequenties die hieraan in de praktijk worden verbonden. Met andere woorden, wat betekent dit concreet voor de verdeling van schaarse mondmaskers.



4. Vergelijkbare vragen hebben wij voor het scoren van categorie 2 t/m 4.
5. De vraag is of tabel 12 zich leent voor de uiteindelijke publieksversie. Daarvoor lijkt de tabel te complex, althans niet vanzelfsprekend en zonder uitgebreide toelichting moeilijk te begrijpen.
6. Bij de analyses die in het document gemaakt zijn, ontbreekt nog de analyse over de mate waarin gebruik (de aantallen) per behandelcategorie per sector is meegenomen. Die informatie lijkt cruciaal om de regiocoördinatoren in staat te stellen de feitelijke toedeling in goede banen te leiden.
7. Als het gaat om de aantallen handelingen in de verschillende handelingscategorieën in de ziekenhuizen, stuiten ziekenhuizen nu al op tekorten. Inperking van beschikbare mondkapjes in ziekenhuizen zal de onrust onder ziekenhuismedewerkers vergroten.
8. Wanneer vindt er een evaluatie plaats van de nieuwe afspraken, in de zin of ze in voldoende mate tegemoet komen aan het beoogde doel?
9. Wanneer kunnen de branchepartijen kennis nemen van de definitieve versie van de wijze waarop VWS de besluitvorming inzake "de richtlijn voor de verdeling van de ademhalingsbeschermingsmaskers" heeft verwoord?
10. Hoe en wanneer vindt de communicatie van de "publieksversie" van deze richtlijn plaats? Graag ontvangen wij deze publieksversie ruim voordat deze aan het algemene publiek wordt gecommuniceerd.
11. Graag onze portefeuillehouder in het NVZ-bestuur, (10)(2e) (10)(2e), meenemen in de mailgroep waarin de contactpersonen van de verschillende zorgpartijen zijn opgenomen ((10)(2e)@flevoziekenhuis.nl).

Veel succes met de afronding!

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)  
(10)(2e)



Beste (10)(2e)

Het klopt inderdaad dat de KNO vereniging bepaalde KNO handelingen beoordelen als aerosolvormend. Er zijn meer medisch specialisten die bepaalde handelingen in hun discipline beoordelen als zijnde aerosolvormend waarvoor een FFP2 masker nodig is. De LCI heeft met de federatie voor medisch specialisten (FMS) afgesproken dat zij zich buigen over de aerosolvormende handelingen binnen het ziekenhuis. Zij zullen met een advies komen en dit advies zal vervolgens terug komen in het OMT. De KNO vereniging is geïnformeerd over deze route.

Mocht je dus vergelijkbare vragen krijgen vanuit de medisch specialisten dan kan dit door naar (10)(2e)@demedischspecialist.nl

Vragen uit de andere sectoren mag je sturen naar ons email adres: (10)(2e)@rivm.nl. Dan kunnen wij die eenduidig oppakken.

Fijn pasen nog!

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (RIVM-LCI)  
Dienst Vaccinvoorziening en Preventieprogramma's (RIVM-DVP)  
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

A. van Leeuwenhoeklaan 9 | 3721 MA Bilthoven | Kamer (10)(2e) Postbak (10)(2e)  
Postbus 1 | 3720 BA | Bilthoven