



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# verslag

A. van Leeuwenhoeklaan 9  
3721 MA Bilthoven  
Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
www.rivm.nl  
KvK Utrecht 30276683

5.1.2e

14@rivm.nl

Bespreking 211e LOI  
Vergaderdatum en -tijd 6 juli 2021,  
13.30-15.00 uur  
Vergaderplaats Via Webex meeting  
Deelnemers LOI/LOVI-  
Kopie aan LOI-/LOV- 5.1.2e

**Datum**  
9 juli 2021

**Ons kenmerk**  
211e LOI

**Aanwezig:** 5.1.2e, 5.1.2e, 5.1.2e  
ROI Limburg; 5.1.2e, ROI Oost; 5.1.2e, ROI Noord Nederland; 5.1.2e  
5.1.2e, GGD regio Utrecht; 5.1.2e, ROI Zeebra; 5.1.2e, POI  
NH/Flevoland; 5.1.2e, ROI Zuid-Holland; 5.1.2e, LOVI regio Utrecht; 5.1.2e  
5.1.2e, LOVI; 5.1.2e, LOVI regio Noord Nederland; 5.1.2e 5.1.2e LOVI regio  
Limburg; 5.1.2e, LOVI regio NH/Flevoland; 5.1.2e .1.2e LOVI regio Zeebra;  
5.1.2e, LOVI regio Oost; 5.1.2e LOVI regio Zuid-Holland; 5.1.2e  
GGD GHOR NL; 5.1.2e, RAC

**Afwezig:** vertegenwoordiging LCI.

## 211.1 Opening, vaststellen agenda

5.1.2e opent de vergadering en heet iedereen van harte welkom.  
De agenda is vastgesteld.

## 211.2 Update nieuwe werkwijze BCO

5.1.2e verzorgt een update t.a.v. wijzigingen in het BCO die 8 juli in gaan. Men is druk bezig geweest met het aanpassen van het BCO-protocol; de brieven; handreikingen en richtlijnen, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen immune en niet-immune contacten. De app GGD Contact is ook aangepast.  
Over het algemeen geldt het nieuwe beleid ook voor zorgmedewerkers. Aanvullend advies zou kunnen zijn met PBM te werken indien er gewerkt wordt met kwetsbare mensen. BCO in zorginstellingen wordt vaak door de instelling gedaan, echter mag de werkgever niet naar de vaccinatiestatus van de werknemers vragen. Wel mag een arbo-arts of GGD dit vragen. Dit is mogelijk een knelpunt voor de praktijk.  
Er wordt gewerkt aan een inf@ct-bericht gericht aan alle betrokkenen, met de informatie dat de wijzigingen 8 juli in gaan.  
Donderdag 8 juli komt ook het aangepast BCO voor scholen online.  
'BCO op maat' wordt nog niet ingevoerd omdat de implementatie veel werk en tijd kost, en nog niet iedereen de kans heeft gehad om zich volledig te laten vaccineren.

Het vaccineren van niet-immune personen wordt nog opgenomen in de handreiking Regionale clusters & uitbraken.

Betreft de aanpassing van de werkwijze: categorie 3 contacten worden nu niet meer geïnformeerd. Echter worden buspassagiers die lang met elkaar in 1 bus hebben gezeten nog wel geïnformeerd bij contact met een index, dit is in principe wel categorie 3.

Reacties van deelnemers:

- 5.1.2e bij hep B mag je toch wel vragen toch naar de vaccinatiestatus van de werknemer? Waarom in deze situatie dan niet? Echter mag de werkgever er mogelijk wel naar vragen, maar hoeft de werknemer niet te antwoorden.
- Aanwezigen hebben geen duidelijk antwoord op de vraag 5.1.2e geeft aan dat de tekst hierover voor in de documenten wordt aangeleverd door 5.1.2e en andere betrokken collega's.

Binnen het BCO dat nu uitgevoerd wordt betreft het voor 80% jongeren, met heel veel contacten. Nu in gesprek met collega's hoe hier mee om te gaan, welke informatie geregistreerd moet worden. Komt hier landelijk beleid voor? De nut en noodzaak van de registratie moet meegewogen worden met de bepaling van het beleid. Betreft registratie van de context, mogelijke contacten e.d.

5.1.2e neemt dit mee naar de taskforce Clusters bij de LCI.

5.1.2e geeft in een reactie hierop aan dat het landelijk niet interessant is om alle informatie te registreren. Er zijn zoveel regionale, lokale aspecten dat het niet landelijk belegd moet worden.

Hij heeft morgen met een burgemeester en politie overleg of er een generieke boodschap komt of dat er iets richting de kroegen gedaan moet worden in verband met grote hoeveelheid besmettingen die recent hebben plaats gevonden in de horeca.

Waarschuwen van categorie 3-contacten, in kader waarschuwing bij bijv. clusters in horeca, kan altijd.

### 211.3 Professionals izb gezocht voor ontwikkeling opleiding Q3/Q4 voor BCO-medewerkers

5.1.2e behandelt dit onderwerp a.d.h.v. een presentatie, zie bijlage 211.3.2

Alle wijzigingen t.a.v. het BCO vraagt om andere kennis en vaardigheden van de BCO-medewerkers.

Doelstellingen van de ontwikkeling van de opleiding:

1. Kwaliteitsslag huidige BCO-programma door scholen van BCO'ers, vraagbaken, superviserend (basis)artsen, uitbraakteams
2. Opleidingstraject voor snelle opschaling bij snel oplopende cijfers / 4e golf (basiskennis)

Samenwerking in de ontwikkeling van de scholing lijkt haar wenselijk.

Enkele vragen worden aan het LOI voorgelegd:

1. Is er behoefte aan aanvullende scholing voor verschillende groepen medewerkers?
2. Reacties deelnemers: enkele regio's geven aan de behoefte te hebben. Er zijn geen regio's die er negatief tegenover staan.

3. Zo ja, is er ondersteuning om de krachten te bundelen en het landelijk te organiseren / aan te bieden?
4. N.a.v. reacties aanwezigen: de scholing wordt toegankelijk voor de medewerkers van de landelijke schil en de medewerkers van de GGD. Het is nog onbekend of het een e-learning wordt of een andere vorm van scholing.
5. Er komen geen negatieve reacties vanuit de regio's op de vraag.
- 6.
7. Welke arts en verpleegkundige willen meedoen in projectteam?
8. Er is een vacature arts IZB (minimaal profielopleiding IZB) & vacature vpk (soc. vpk. IZB)  
Reacties deelnemers:
  - 5.1.2e geeft aan dat een arts in de regio interesse heeft getoond voor deelname aan het projectteam.
  - 
  - Indien een arts of verpleegkundige in één van de regio's interesse heeft kan er contact gelegd worden met 5.1.2e per mail, dan gaat de projectgroep binnenkort van start.  
Expertise van de professionals is nodig voor de ontwikkeling.

5.1.2e ontvangt het advies om contact te leggen met de NSPOH voor onderwijskundige ondersteuning. Zij geeft aan dat het niet gegarandeerd door hen georganiseerd kan worden, daarom is er voor deze werkwijze gekozen. Er zal door 5.1.2e contact gelegd worden met de NSPOH om te informeren naar de mogelijkheden.

#### 211.4 Zelfstandige inzet verpleegkundige vaccineren

5.1.2e bij GGD GHOR NL behandelt het voorstel a.d.h.v. een presentatie, zie bijlage 211.4.2.

5.1.2e heeft gewerkt als internist in een ziekenhuis en is met pensioen. Hij is nu aan het werk bij GGD GHOR NL en op een vaccinatielocatie.

De aanleiding is mede dat er nu veel gepensioneerde artsen zijn ingezet op de vaccinatielocaties maar het is de vraag of dit bij een volgende uitbraak wederom gerealiseerd kan worden. Daarom nu het voorstel voor de inzet van verpleegkundigen. De EpiPen moet echt gebruikt kunnen worden, ter voorkoming van een reanimatiefase, dan hoeft de BLS niet toegepast te worden.

Behandeling van een onwel wording is misschien het spannendste en noodzakelijk, maar niet moeilijkste. Moeilijkste is de medische triage. Vragen omtrent gezondheid specifieke ziekten dienen behandeld te worden met de achterwacht.

5.1.2e geeft aan dat de criteria die geformuleerd zijn de LCR-kwaliteitscriteria voor vaccinatielocaties volgen. Indien er sprake is van grotere locaties waar de hele dag gevaccineerd wordt, mede bij mobiele units, dan zijn er 2 verpleegkundigen nodig. De beschreven werkwijze is alleen geschikt voor een kleinschalige priklocatie, met bijv. 1 lijn.

5.1.2e, werkzaam bij de LCR, is aangesloten. Zij begrijpt de vraag om verpleegkundigen in te zetten. Verpleegkundigen mogen geen anafylaxie indiceren en zij mogen geen EpiPen geven. Het is tegenstrijdig dat in dit voorstel geen arts aanwezig hoeft te zijn met het huidige beleid dat gevaccineerde mensen nu 15 min. moeten wachten ter observatie anafylaxie.

5.1.2e geeft aan dat de anafylaxie zeer snel kan gaan, dan moet je handelen. Als het niet razendsnel gaat dan kun je de achterwacht bellen. Burgers wordt ook een EpiPen meegegeven als ze op een SEH zijn geweest na een anafylactische reactie. De verpleegkundigen zouden dit dan toch ook moeten kunnen en mogen toedienen?

- 5.1.2e : eigenlijk is het een voorbehouden handeling, laten we die aan de verpleegkundige over?
  - 5.1.2e geeft in een reactie aan dat het handelen conform LCR is, de verpleegkundige handelt conform protocol, net als ambulanceverpleegkundige die ook de EpiPen mag gebruiken.
  - 5.1.2e geeft in een reactie hierop aan dat de artsen een diagnosticeren en behandeling indiceren. Op de reizigerspoli vindt een filtering plaats, indien er een probleem wordt verwacht komt de persoon niet op de locatie waar alleen een verpleegkundige is.
- 5.1.2e ziet een mogelijkheid voor telefonische consultatie door de verpleegkundige met een arts izb. De reizigerspoli bij haar GGD werkt al jaren op deze wijze. De Ambulancedienst zegt wel diensten toe maar maakt niet voor alle gevallen locatie-afspraken.
- 5.1.2e , LCI, is ook aangesloten voor dit agendapunt: het gaat nu met name gaat over ontwikkeling van een anafylactische shock en het handelen er bij. De LCI ontvangt met name vragen uit het land n.a.v. medische situaties. Het stellen van de diagnose 'anafylactische shock' is soms ook lastig te stellen door artsen. Medische vragen vanuit de triage zijn mogelijk lastig voor verpleegkundigen.
- 5.1.2e geeft aan dat we voorzichtig moeten zijn met de ontwikkeling. Ook bij hen in de regio is op kleine locaties een arts aanwezig. Dit is een noodoplossing, dit standpunt wordt ook gedragen vanuit de regio. Geen concessies.
- 5.1.2e spreekt namens West-Brabant en sluit zich aan bij 5.1.2e . Het is niet wenselijk dit door een verpleegkundige te laten doen, reizigersverpleegkundigen hebben ervaring hebben met vaccinatiesprekuren. Tevens hebben een aantal artsen aangegeven dat er regelmatig een EpiPen wordt gebruikt.
- 5.1.2e : indien de voorwaarden goed geborgd worden dan is zij akkoord. Maar de voorwaarde dat de arts snel te bereiken is is niet zeker te borgen. En 2 weken ervaring op een vaccinatielocatie is erg kort indien een verpleegkundige net van school komt.
- 5.1.2e : veel herkenbaar. Reizigersteam ook herkenbaar. Zij zijn herhaaldelijk getraind in ALS, naast BLS. Is de bus niet lastig in te zetten omdat er triage moet plaats vinden?  
Soms moet je herhaaldelijk bellen om een arts te kunnen bereiken.  
In een ander document wordt de arts gelijk gesteld met de verpleegkundig specialist. Deze discipline staat hier niet genoemd. Waarom niet?
- 5.1.2e ziet een groot verschil tussen het gebruik van een EpiPen thuis of op locatie. Zij ziet het niet als een optie om een verpleegkundige volledig verantwoordelijk te laten zijn.

- **5.1.2e** benoemt een kanttekening vanuit de regio: de meeste anafylactische reacties ontstaan bij mensen die er ervaring mee hebben. Bij excluderen van deze personen heb je een veel grotere kans dat ze niet plaats vinden. De triage vindt al plaats via de vragenlijst, maar dan ben je minder laagdrempelig.
- **5.1.2e** is het eens met het standpunt de verpleegkundige niet zelfstandig te laten vaccineren op een locatie. Het reizigersspreekuur is veel stabiel, daar zijn minder reacties na een vaccinatie.
- **5.1.2e** vindt het bijzonder dat we in het voorstel de uitvoering laten plaatsvinden door een verpleegkundige terwijl iedereen nu 15 min. moet wachten na een Covid-vaccinatie omdat 'men' het risico op het ontstaan van een anafylactische shock iets hoger vindt dan bij andere vaccinaties.
- **5.1.2e** ziet hier ook een tegenstrijdigheid in. Aanwezigheid en gebruik van een EpiPen is nodig. Problemen zijn straks de indicatiestelling; diagnosestelling en het adequaat handelen. In deze situatie zouden mensen terug gestuurd worden als zij voor een 2<sup>e</sup> prik komen en 30 min. observeren geïndiceerd is. Er ontstaan dan veel twijfelgevallen bij vaccinatiestraten, waarbij mensen dan terug gestuurd worden. Dit is onwenselijk.

**5.1.2e** en **5.1.2e** hebben een voorstel gedaan of het mogelijk is dat een verpleegkundige zelfstandig vaccineert. Dit vindt altijd plaats onder de verantwoordelijkheid van een arts, d.m.v. opdrachtverstrekking. Binnen het LOI is er geen steun voor het voorstel. Niemand lijkt het er mee eens te zijn. Consensus binnen het LOI dat het een onwenselijke situatie is. Met als belangrijkste argument dat de frequentie van het ontstaan van bijwerkingen hoger ligt bij de COVID-19 vaccinatie dan bij vaccinaties in reizigersgeneeskunde. De verpleegkundig specialist is niet genoemd omdat zij bevoegd is te handelen bij bekwaamheid.

**5.1.2e** geeft in een reactie nog aan dat veel artsen op vaccinatielocaties nog geen anafylactische reactie hebben mee gemaakt, zij zijn hier onzeker over. Ook voor hen is er scholing nodig. In het ziekenhuis hebben er ontwikkelingen plaats gevonden waardoor er verpleegkundigen binnen professies zijn die nu ook medicatie zelfstandig mogen toedienen.

**5.1.2e** helaas is er geen steun vanuit het LOI voor het voorstel.

**5.1.2e** en **5.1.2e** worden bedankt voor het verkennen, mogelijk kunnen zij verkennen het op een andere wijze te bemannen.

### **211.5 Omzetten vaccinatiebewijs van buiten de EU door de GGD**

**5.1.2e** behandelt het onderwerp a.d.h.v. een presentatie welke vooraf aan het overleg gedeeld is met de deelnemers, zie bijlage 211.5

Indien er sprake is van een correct vaccinatiebewijs dat meegenomen is van buiten de EU door Nederlandse burgers of autochtonen met BSN, dan kan het vaccin ingevoerd worden in HKVI. Dan volgt de DCC en kan het geprint worden en is het te vinden in de app CoronaCheck. Het wordt niet opgeslagen in een landelijke database. EU burgers krijgen via het eigen land een DCC.

Er komt een duidelijk overzicht met geaccepteerde vaccinaties.

Het is nu nog onbekend bij welke GGD'en dit proces gaat plaatsvinden.

De vraag aan het LOI: kunnen wij als artsen in het LOI ons vinden in het voorstel van VWS?

Reacties van de deelnemers:

- **5.1.2e** kan zich er in vinden, los van waar we het gaan beleggen.
- **5.1.2e**: als we gaan registreren, doen we dit dan a.d.h.v. HKVI? Het is wenselijk dat er dan een registratieoptie geïmplementeerd wordt 'vaccinatie buitenland/vaccinatie elders.'  
En dat doen we a.d.h.v. HKVI? Zij doet het voorstel het proces te laten uitvoeren door mensen die er toegang toe hebben, GGD-en hebben dit nu niet. Huisartsen hebben een HKVI-account. Als wij in HKVI gaan noteren dan vindt terugkoppeling in HA systeem plaats. Omdat de beoogde groep Nederlandse burgers woonachtig zijn buiten de EU kan de huisarts deze taak niet uitvoeren. Indien het medische informatie betreft dan moet er dossiervoering plaats vinden.  
**5.1.2e** gaat informeren of HKVI puur medisch is. (A)  
Er zijn deelnemers die het aanvragen van een HKVI-account als ingewikkeld proces hebben ervaren.  
Reactie van **5.1.2e**: VWS vraagt ons te helpen. Indien een administratief medewerker het moet doen dan moet dat ook kunnen, uitvoerbaar zijn. VWS dient dit dan te borgen.
- **5.1.2e** & **5.1.2e**: wat als je 'nee' moet verkopen richting de aanvrager?
- Reactie van **5.1.2e**: dit is een knelpunt voor de GGD. De GGD zal hetzelfde overzicht met geaccepteerde vaccins gebruiken als de marechaussee. De kans dat deze casus bij de GGD komt is niet groot, echter niet afwezig. Dit kan resulteren in een vervelende situatie.

De meerwaarde om het administratief proces bij de GGD te beleggen is dat de administratief medewerker een arts op de achtergrond heeft die kan meekijken.

C/ Het LOI is er mee akkoord dat het gaat om een administratief proces, zij heeft geen sterke argumenten om het niet te doen. Exclusief **5.1.2e**, zij vindt het een medisch proces.  
Hierbij krijgt VWS de voorwaarde voor de implementatie dat de administratie bij de GGD een account krijgt. Het is immers een administratief proces.

#### 211.6 Delphi rondes capaciteitsorgaan

**5.1.2e** geeft aan dat zij en een aantal collega's uitgenodigd zijn voor het meedenken over wat er nodig is voor de uitbreiding van de capaciteit artsen infectieziektebestrijding. Bij dit project zijn verschillende partijen betrokken: artsen en verpleegkundigen infectieziektebestrijding; IGJ; LCI en **5.1.2e** van GGD GHOR NL. Het doel is om

o.a. te komen tot een instroomadvies artsen M&G waarbij aandacht is voor de opleidingscapaciteit van de artsen M&G infectieziektebestrijding. Input vanuit de werkvloer mag per mail naar **5.1.2e** gestuurd worden.

#### **211.7 Verslag cv1 LOI COVID-19 overleg 22 juni**

De deelnemers hebben geen commentaar.  
C/ het verslag is vastgesteld.

#### **211.8 Rondvraag**

**5.1.2e** was in de veronderstelling dat tijdens het overleg gevraagd zou worden naar de visies van de deelnemers t.a.v. de wijziging van de unit-overleggen, terug naar de regionale infectieziektebestrijding.

**5.1.2e** geeft hier een reactie op vanuit GGD GHOR NL: het stond niet op de agenda, maar de intentie is inderdaad terug te gaan van de unit-overleggen naar regio's infectieziektebestrijding. Het idee is dat Utrecht samen gaat met Gelderland. En Limburg, Brabant, Zeeland tot 1 regio, conform RAC-indeling.

**5.1.2e** geeft aan dat regio Brabant hier positief tegenover staat.

#### **211.9 Sluiting**

**5.1.2e** sluit om 15.05 uur het overleg.

Het volgend overleg vindt plaats op 20 juli, 13.30-15.00 uur via Webex Meetings.

Daaropvolgend staan er overleggen, onder voorbehoud, gepland op 24 augustus; 7 september en 5 oktober. 21 september staat er een regulier LOI overleg gepland. In verband met vakanties staat er tussen 20 juli en 24 augustus geen LOI COVID-19 overleg gepland.

#### **Actiepuntenoverzicht n.a.v. het overleg:**

211.5: **5.1.2e** gaat informeren of HKVI puur een medisch systeem is. **(A)**