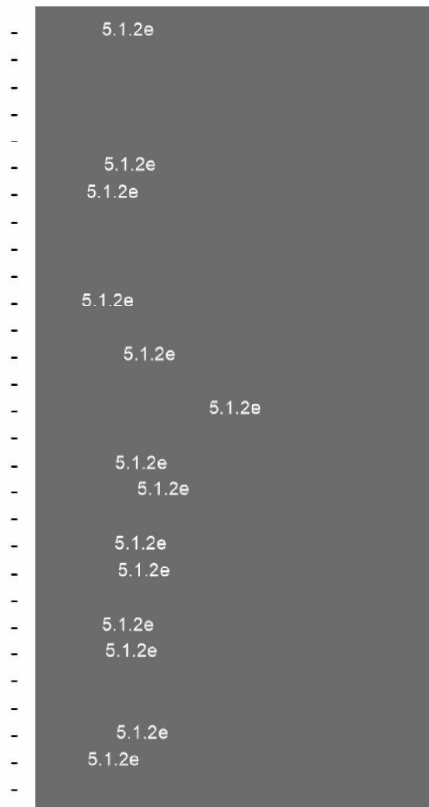


A



- Waardering voor het feit dat iedereen op dit tijdstip meedoet
- Besef verdelen van schaarste, we komen tot een betere verdeling
- Excuus voor late verzending stukken
- We willen zo snel mogelijk tot nieuwe verdeling overgaan
- 5.1.2e
 1. In het Kamerdebat toegezegd dat er een nieuw verdeelmodel moet komen
 2. Model was gebaseerd op acute zorg, verpleegtehuizen toegevoegd maar niet op basis van wat ze nodig hadden, maar "bel maar als je wat nodig hebt"
 3. Dinsdag overleg RIVM over onderscheid in handelscategorieën.
 4. OMT advies ging nog in op sectoren gecombineerd met die handelingscategorieën.
 - Op basis daarvan uitvraag
 - Als je nu kijkt naar handelingscategorieën, hoe vaak komt dit voor
 - Aantallen: we normen gelden er in de sector.
 5. Voorstel: doornemen vetgedrukte vakjes. Als die uitgangspunten worden onderschreven, kunnen we op basis daarvan de instructies aan ROAZ werken.
 6. Communicatie allerbelangrijkste: medewerkers moeten weten wanneer welke PBM nodig zijn. Nu vooral eens worden over principes, ook nog ruimte om de tekst per sector aan te leveren

- 1^e blokje: richtlijn vanaf 13 april te gebruiken. Dynamisch document, kwantitatieve normen moeten nog ontwikkeld worden. Uitvraag LCH moet ook nog ontwikkeld worden. Op het moment dat een sector zegt, de situatie is zo veranderd, dat dat tot aanpassing leidt.
- Minister: Iedereen erkent dat het een dynamisch document wordt, omdat we meer weten, of dat er verschuivingen in patiëntenstromen kunnen gaan zien.
- 5.1.2e 2^e blokje is een principiële keuze. We hebben handelingscategorien onderscheiden. Limitatief aantal vastgestelde handelingen waarbij risico groot is, bij ordening op basis van sector en het risico, op basis van feitelijke risico's meeste kans op PBM's. Dat is leidend en het meest rechtvaardig. Ook rekening houden dat er in sommige sectoren in hele specifieke situaties bepaalde
- 5.1.2e : kunnen hier goed mee leven. We zijn pas sinds een paar dagen mensen buiten het zkh aan het testen, eerste resultaten doen ons schrikken. Uitslagen van testresultaten zouden we misschien een breder beschermingskader moeten ontwikkelen. Is moeilijk in een model van schaarste, maar maakt wel uit van je verdere redeneertrant. Daar moet RIVM iets over zeggen. Verder in de uitwerking van de handelingen heel precies zijn. Kan in de uitwerking verder meegenomen worden, maar moeten we niet vergeten.
- 5.1.2e in principe moet iedere zorgmedewerker het PBM krijgen wat je nodig hebt, maar er is schaarste. Ook als evaluatie van data die binnenkomt blijkt dat besmettingsrisicos hoger is dan wij denken, dan aanpassing handelingscategorien of ander PBM bij deze handeling.
- Minister: naarmate testen wordt uitgebreid, leidt resultaten ook een rol spelen bij mate van PBM dat je nodig hebt.
- 5.1.2e Wat mis in de handelingscategorien is preventie. Belangrijk nu er nog geen genezing is. Vooral voorkomen dat mensen op de IC komen. Daar moet je ook je spullen op inzetten. Staat wel op blz 3, maar die verdwijnt verder. Preventie is het stukje dat iedereen bescherming moet hebben
- 5.1.2e nu 7 globale categorien, waarvan sommige klein. Eerste drie categorien is discussie idd mogelijk. Categorie 1 is limitatief. Ook met professionals kijken naar die handelingscategorien. Preventie valt niet buiten de prioriteiten.
- 5.1.2e nav BO dinsdag. Limitatieve lijst hoog risico behandelingen, maar er ontbreken hier zaken. Deze lijst is niet compleet. Daar nu mee gaan werken betekent een groot probleem.
- 5.1.2e gebaseerd op lijst van RIVM. Die kan aangepast hebben.
- 5.1.2e sluit me bij 5.1.2e aan
- Minister: dit zijn de risico's die we op basis van de huidige informatie kunnen vaststellen. Daar zullen we nu mee moeten werken. Als RIVM nieuwe lijst komt, dan opnieuw evalueren.
- Zo vaststellen als hij hier nu staat, heeft KNO maandag al een probleem.
- 5.1.2e dit is vooral voor de ROAZ om tot een verdeling te komen.
- Vragen 5.1.2e hoe gaat de verdeling plaatsvinden als er tekort is. Wat betekent dat dan? Krijgen bepaalde sectoren dan niet toebedeeld. Welke zorginhoudelijke keuzes worden er gemaakt bij schaarste.
- 5.1.2e handelingscategorien onderscheiden naar besmettingsrisico. Risico zo laag mogelijk houden, in schaarste krijgen degene die de minste risicovolle behandeling doet, het minste omdat het besmettingsrisico daar het kleinste is. Met een kaasschaaf methode kom je niet tot de doelstelling dat het besmettingsrisico het kleinst.
- 5.1.2e niet mee eens. Een aantal keer met niks behandelen kan risicovoller kan misschien 1 keer covid met een lager risico masker
- Jeugdzorg NL: wat ik mis is rekening houdend met onberekenbaar gedrag, zoals spugen, schreeuwen etc. Een kind ergens weghalen kan soms niet op de meest handige manier met het minste risico. Wat ik me ook afvraag: er wordt veel gezegd dat er niet voldoende kennis is. Tekort als gevolg van uitval personeel: hoe zit dat in dit model.
- 5.1.2e meer testen, leidt mogelijk tot conclusie
- Minister: er zit een grens aan wat we wetenschappelijk kunnen betrekken, er kunnen ook andere factoren meewegen. Zit in voorraad voor knelpunten. Maar dit hoort ook bij dynamiek. Er kunnen ook andere principes bijkomen die we nu nog niet hebben voorzien.
- 5.1.2e GGZ herkent punt van onberekenbaar gedrag.
- Minister: we kunnen niet alles dichtregelen. Ook inschatting van wat gepast gebruik is. Dat krijgen we niet in de criteria geregeld.

- 5.1.2e onbegrepen gedrag komt ook in de thuis situatie voor.
- Minister: dat zal blijven zolang we schaarste hebben.
- Mantelzorg NL: behoorlijk veel signalen mantelzorgers die moeten zorgen voor iemand die mogelijk besmet is. Vallen nu nog buiten de boot, wel graag meenemen in prioriteitenlijst. Gaat om situaties waarin ook verzorging speelt. We vragen wel van mantelzorgers dat zij het zonder doen.
- Minister: reeel blijven, kijken naar aantallen patiënten en risico handelingen. Dan vind ik het logisch dat ze niet bovenaan komen. We kunnen in de communicatie kijken naar praktische adviezen voor thuis, ipv professionele adviezen.
- Mondzorgkoepels: werken veel met aerosolen, uitgangspunt IIR.
- LNAZ: bij opschalen reguliere zorg ook goed kijken naar kritische producten, als blijkt dat je daar nog niet de spullen voor hebt, dat je daar nog even op moet wachten.
- 5.1.2e alles wat is gezegd, ondersteunt wel de uitgangspunt dat je niet de ene sector prioriteert boven de ander, maar wel uitgangspunt handelingen en risico's.
- 5.1.2e alle branche organisaties en de overheid moeten stinkende best doen voor gepast gebruik. Vraagt veel communicatie. Anders wordt het principe ondergraven
- NVZ: gepast gebruik conform RIVM richtlijnen? 5.1.2e ja.
- 5.1.2e bereik afwegingskader: je moet er niet vanuit gaan dat brandweer/politie zomaar maskers kunnen krijgen, dat hangt ook samen met besmettingsrisico's. Je kunt vergelijkbare schema's maken voor andere PBM's. Er zijn een aantal kenmerken binnen sectoren.
- Beschrijving sectoren: hierin tekstvoorstel 5.1.2e betrekken onberekenbaarheid, dit kan een reden zijn om toch voor PBM verstrekken. Kan tekstueel verduidelijkt.
- Hangt ook af van hoe vaak dit voorkomt, hoe vertaal je die onvoorspelbaarheid in de praktijk.
- 5.1.2e samenloop in thuiszorg en wijkverpleging, en huishoudelijke zorg die tegelijkertijd aanwezig zijn. Moeilijk uitlegbaar waarom de ene dan wel krijgt en de andere niet. Samenloop wel belangrijk omdat je dan misschien je routes moet aanpassen, als handelingen slecht combineerbaar.
- 5.1.2e we kunnen een aantal voorbeelden noemen.
- 5.1.2e opties eruit laten in modellen en PBM: niet of FFP1/of chirurgisch masker. Communicatie nog wel groot aandachtspunt met dit stuk. Algemene kenmerken
- Minister: eens. We moeten apart nadenken over communicatie naar werkvloer. Samenvatting en infographic: hoe werkt het en wat is de bedoeling.
- 5.1.2e in aanvulling op keuzes: weghalen van keuzes maakt het misschien nog wel moeilijker. In schaarste goed dat die keuze er soms is. FFP1 vaak veel beter. Hoe meer je wijzigt in RIVM richtlijnen, hoe meer mensen het idee hebben dat we opportunistisch bezig zijn.
- Minister: we moeten niet zelf dingen willen verzinnen.
- Evt opmerkingen naar 5.1.2e Er komt nu geen nieuwe versie van dit stuk, maar met elkaar hetzelfde beeld hebben. Nieuwe teksten kunnen wel intern gedeeld worden, maar niet voor de communicatie naar buiten. We moeten wel een stuk hebben waar we het intern over eens.
- 5.1.2e kruisjesschema: wat moet ik me daar in de praktijk bij voorstellen? Wat betekent een kruisje?
- 5.1.2e 1 is hoger prioriteit dan 7. Vervolgens: waar vindt deze handeling plaats? Twee kruisjes: daarbinnen nog een verschil in besmettingsrisico's. In sommige sectoren is een handeling gelet op de doelgroepen moeilijker uit te voeren. Het kan zijn dat we op een gegeven moment moeten voorstellen dat we keuzes moeten maken binnen een categorie, dan binnen de categorie kijken waar besmettingsrisico het grootst is
- 5.1.2e ben erg geschrokken van de percentages. Kan niet op basis van locatie. Hoe gaan we nu vanaf morgen verdelen?
- 5.1.2e de verdeling zoals het nu was, wordt losgelaten. In iedere sectoren die aerosolen handelingen heeft, moeten FFP2 kijken.
- 5.1.2e vooral FFP1 en chirurgische mondklappers, we moeten gevoel krijgen naar hoe dat verdeeld worden.
- 5.1.2e : de huidige verdeling is niet handig geweest en daarom gaat hij van tafel. Wordt dit besluit van VWS? Minister: klopt. Denk dat het handiger is, pragmatische notitie maken. Op huidig stuk reageren leidt tot een grote stapel reacties.

- 5.1.2e we hebben hier erg gewerkt met werkvoorraad en die evenredig verdelen. We moeten sturen op werkvoorraden, dat volhouden tot het punt dat de schaarste zo groot worden dat we moeten gaan prioriteren.
- 5.1.2e : we hebben iets te doen aan de publieke kant, samenvatting en infographics. Getallen vergeten. Wat gaan we nu intelligent verdelen?
- Twee producten: 1 voor ROAZ en 1 voor publiek.
- Route ROAZ is dynamisch gaan we dan gaandeweg beter verbeteren
- En een 3^e: richting professionals. Wanneer gebruik je wat en waarom.
- 5.1.2e benoemen blz 7 kan leiden tot overgebruik.
- 5.1.2e werkvoorraad, gevoel van schaarste graag teniet doen. Kun je een richtlijn maken over regionale verspreiding. Ook kijken naar uitbraakhaarden. Dus niet dat alles naar Friesland gaat als daar juist geen besmetting is. Dat je evt op basis ergens een landelijk punt is die dat overzicht hebben dat kan herverdelen op basis van haarden.
- 5.1.2e : graag zien dat we als ouderen/gehandicaptenzorg gebruik kunnen maken van iets dat nog niet in de statistieken staat.
- Minister 5.1.2e er is een voorraad voor onverwachte knelpunten.
- 5.1.2e : onze sectoren werden niet goed erkend. Verrast door bericht dat er een landelijke stroom was. Hoe gaat de verdeling plaatsvinden? Waar kunnen we ons melden.
- 5.1.2e verdeling ROAZ regio's: we hebben percentage covid per regio. Die cijfers kunnen iedere dag wijzigen. We zijn nu bezig om al die partijen nu aan het benaderen zijn. Verdeling gaat op niveau ROAZ, maar coördinatoren in de regio. Trapsgewijze structuur.
- 5.1.2e komende week wordt met RIVM gewerkt aan beter model cijfers.
- Minister: conclusies
 1. Noodzaak ander verdeelmodel wordt gedeeld
 - Begrip voor principes: het is beter dan we hadden
 - Het blijft schaarste
 - Principes komende tijd vervolmaken, afhankelijk van verloop besmetting, cijfers. Deze groep blijven benutten, periodiek te kijken naar heroverweging
 - Vragen mogen nog steeds
 2. Vanaf morgen anders verdelen
 - Korte samenvatting verdeelmodel, brengen we straks naar buiten
 - Instructie gepast gebruik op basis richtlijnen RIVM. Is dus niets nieuws.
 - Communicatie verdeelmodel
 - Betrek waar de cijfers op gebaseerd zijn.
 3. Vandaag iedereen feedback geven op de stukken die nog betrekken aan 5.1.2e
 4. Periodiek bij elkaar komen, om te kijken of het werkt
 - o Monitoren gepast gebruik? Kunnen we daar nog iets mee? Minister: laten we daar nog eens over nadenken. Moet niet meer werk opleveren in registraties. Monitoring ligt deels al bij ROAZ 5.1.2e
 - o Aandachtspunt: schorten/jassen. Kan dit slimmer doen? Hier is echt paniek over. LCH heeft dit aandachtspunt al opgepakt. 5.1.2e nemen initiatieven mee, maar moet wel veilig zijn. Legt contact na de BO.
 - o 5.1.2e Hergebruik kan helpen, met name logistiek proces.
 - Maskers: is wat mogelijk binnen de zkh. Vooral in zkh laten zodat er meer overblijft voor de rest
 - Jassen: mee bezig, begin volgende week meer duidelijkheid. Zo min mogelijk verspreiding door het land.