

Spreeklijnen**Besmettingsroute en noodzaak PBM**

Voorzitter,

- Ik geef graag een korte toelichting op hoe het coronavirus zich kan verspreiden in relatie tot in welke situaties persoonlijke beschermingsmiddelen nodig zijn
- Het coronavirus bevindt zich bij patiënten in de neus, keel of longen en verspreidt zich niet vanzelf maar moet daarbij geholpen worden. Dit gebeurt via de lucht door hoesten en niesen of doordat het via de handen wordt overgedragen.
- Door hoesten en niezen komt het virus in de lucht via kleine druppeltjes. Deze druppeltjes blijven niet in de lucht zweven, maar dalen snel neer, binnen 1,5 meter van de patiënt. Iemand die heel dichtbij is kan de druppeltjes dus inademen.
- Er zijn geen aanwijzingen dat het virus zich aerogeen verspreidt, dus via kleinere deeltjes die in de lucht blijven zweven. De kans dat het zich via praten en ademhalen kan verspreiden is dus zeer klein.
- Het coronavirus kan via de handen verspreid worden als een patiënt met zijn handen aan de neus zit en vervolgens iemand een hand geeft. Ook kan het virus door hoesten of via de handen op voorwerpen terechtkomen die iemand anders vastpakt, zoals een deurklink. Daarom zijn de algemene hygiënemaatregelen zo belangrijk.
- Dat betekent dat het in situaties wanneer iemand geen klachten heeft en afstand kan worden gehouden, ook niet

nodig is preventief persoonlijke beschermingsmiddelen te gebruiken.

- Belangrijk is dat zorgmedewerkers regelmatig hun handen wassen en zich aan de algemene hygiënemaatregelen houden. Zo kunnen zij zichzelf goed beschermen.
- Mondkapjes moeten dus alleen gebruikt worden als dat echt nodig is, zoals aangegeven in de uitgangspunten die het RIVM heeft opgesteld voor gebruik van PBM. Ook voor het geven van zorg en ondersteuning buiten het ziekenhuis geldt als uitgangspunt dat bij cliënten die niet verdacht zijn van COVID-19 geen risico is op besmetting en geen extra maatregelen nodig zijn.
- Voor zorgverleners in de thuissituatie is het belangrijk elke keer dat ze een cliënt thuis bezoeken het gesprek aan te gaan en te checken of hij of zij geen COVID-19 klachten heeft en niet besmet is.
- In het geval hier wel sprake van is, dient de zorg en ondersteuning uitgesteld te worden als dit kan. Waar dit niet kan zullen PBM nodig zijn om de zorg veilig te verlenen.
- In de praktijk blijkt echter dat medewerkers zich zorgen maken omdat het niet altijd even duidelijk is, of vooraf goed in te schatten is of iemand echt niet besmet is. Dit geeft onzekerheid en angst bij medewerkers. Dat begrijp ik.
- Daarom is vanaf 1 mei ruimte gegeven aan professionele zorgverleners om beredeneerd af te wijken van de

uitgangspunten en gebruik te maken van persoonlijke beschermingsmiddelen als de specifieke situatie daarom vraagt. Dat is nu expliciet in de RIVM uitgangspunten opgenomen.

- De situaties in de praktijk zijn niet altijd goed te vangen in algemene uitgangspunten. De V&VN heeft daarom samen met een aantal partijen voor de verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten een handreiking opgesteld met handvatten en voorbeelden van situaties waarin PBM nodig kunnen zijn. Die handreiking is op 14 mei gepubliceerd. Daarover is ook met de bonden gesproken.
- De bonden zullen een vergelijkbaar traject doorlopen voor in elk geval professionals in de Wmo ondersteuning (huishoudelijke hulp, dagbesteding/begeleiding en maaltijdondersteuning). Voor deze groep is een reservepakketje beschikbaar voor onverwachte situaties of ingeval van gerede twijfel. Uiteraard dienen er wel voldoende PBM beschikbaar te zijn, inclusief de reservepakketjes. Aanbieders kunnen deze via de normale route bestellen voor hun medewerkers. ZZP-ers kunnen deze reservepakketjes bestellen via de website van Solopartners, de brancheorganisatie voor zelfstandige zorgverleners. Dat geldt dus ook voor PGB gefinancierde formele zorgverleners. Dit is allemaal ingeregeld.

Verdeling persoonlijke beschermingsmiddelen

- Zorginstellingen en andere zorgverleners maken gebruik van eigen reguliere kanalen voor inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen. Indien deze kanalen tekortschieten, kunnen ze inkopen via het LCH. Hiervoor kunnen ze een aanvraag indienen via het webportaal.
- In eerste instantie vond de verdeling van de schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen, waaronder mondkapjes, plaats op basis van de aanname dat corona-patiënten vooral in de acute zorg terecht zouden komen.
- Een deel van de middelen was toen echter ook al beschikbaar de langdurige zorg en voor noodsituaties.
- Naarmate de corona-uitbraak zich verder ontwikkelde bleek dat deze insteek niet meer paste, omdat ook medewerkers uit andere sectoren risico's liepen in het geval zij gevraagd werden zorg te verlenen bij (mogelijke) COVID-19-patiënten.
- Daarom is sinds 13 april jl. een nieuw verdeelmodel van kracht. Uitgangspunt van dit model is dat waar dezelfde risico's zijn ook dezelfde bescherming nodig is en beschikbaar moet zijn. Dit verdeelmodel is dus niet gebaseerd op de verschillende zorgsectoren, maar gaat uit van het besmettingsrisico dat zorgverleners lopen bij verschillende handelingen. En dus ook voor het geval dat zorgprofessionals beredeneerd afwijken van de uitgangspunten.
- Het LCH geeft aan dat er op dit moment voldoende middelen zijn om aan de vraag te kunnen voldoen.

- Het LCH en de ROAZ doen bij het verstrekken van de middelen een check of de aanvraag realistisch is om te voorkomen dat nieuwe tekorten ontstaan.
- Ook blijft gepast gebruik van de middelen zeer belangrijk om te zorgen dat voldoende middelen beschikbaar blijven.

De beschikbaarheid van beschermingsmiddelen voor de zorg

- Voor de uitbraak van COVID-19 werden beschermingsmiddelen als mondmaskers besteld via reguliere leveranciers. Een zorgaanbieder werkte vaak met enkele vaste leveranciers.
- Je mocht er trots op zijn als je over een zeer efficiënt systeem van bevoorrading beschikte.
- Door de wereldwijde uitbraak van COVID-19 staat de wereld van beschermingsmiddelen op z'n kop. Eerst stortte de productie in; vervolgens explodeerde de vraag naar beschermingsmiddelen wereldwijd. Er ontstond schaarste en de markt veranderde in een tafereel dat soms aan het Wilde Westen doet denken.
- Om verzekerd te blijven van voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen, was het nodig om - naast de inkoop vanuit zorginstellingen via hun reguliere kanalen -, inkoopkracht en expertise te bundelen om (zonder winstoogmerk) voor Nederland grote hoeveelheden beschermingsmiddelen naar Nederland te krijgen.

- Dat lukt steeds beter. Het LCH is inmiddels erin geslaagd een robuust netwerk op te bouwen met 50 leveranciers.
- Het LCH heeft op deze markt bijna een miljard mondkapjes ingekocht. Dit gaat om zowel chirurgisch en FFP maskers.
- Er is een portal waar inmiddels 5000 zorginstellingen op zijn aangesloten. En het aantal neemt iedere dag toe.
- De voorraad beschermingsmiddelen wordt dagelijks aangevuld. Deze week komen naar verwachting bijvoorbeeld weer ruim 2 miljoen chirurgische maskers en bijna 5 miljoen FFP2 maskers aan in Nederland.
- Het LCH gaat alleen over tot aankoop van middelen als aan de voorkant alles in orde is. Er moeten bijvoorbeeld geldige certificaten zijn.
- Het LCH voert natuurlijk voortdurend gesprekken met de betrokken leveranciers over de kwaliteit van de beschermingsmiddelen.
- De beschermingsmiddelen worden vervolgens zowel in het land van aankoop gecheckt als ook bij aankomst in Nederland. Het RIVM doet dit in een speciaal daarvoor ingerichte kwaliteitsteststraat bij het LCH.
- En ja, dat betekent dat er middelen afvallen die we niet uitleveren aan de zorg. Bij massa productie is het overigens niet vreemd dat er ook een uitvalpercentage is.

- Dat lijkt mij de goede werking van de afspraken: richtlijnen die aangeven wanneer welke

beschermingsmiddelen moeten worden gebruikt op basis van het besmettingsrisico. En dan moeten die beschermingsmiddelen ook voldoen aan de eisen.

- Overigens heeft de afkeuring van een groot deel van de mondkapjes bij het LCH te maken met de filterkwaliteit maar voor een ander deel met de fit. Wij bekijken of deze met een gebruiksinstructie toch gebruikt kunnen worden.
- Het LCH heeft op dit moment voldoende beschermingsmiddelen om aan de huidige vraag in de zorg te voldoen. En er komen iedere dag nieuwe spullen bij het LCH binnen.
- Dit neemt niet weg dat het een uitdaging blijft om beschermingsmiddelen naar Nederland te krijgen. Zo is op moment het aanbod van handschoenen wereldwijd veel beperkter dan het was en ook schorten en beschermingsjassen blijven een aandachtspunt. De grondstoffen hiervoor zijn wereldwijd beperkt.
- Je kunt er nog zoveel bestellen, ze moeten wel eerst zijn geproduceerd en naar Nederland worden getransporteerd. Dat betekent dat het LCH haar mogelijkheden voor transport ook breed inzet. Het LCH werkt zowel met vliegtuigen als met treinen en schepen en dat vanuit zoveel mogelijk verschillende locaties. Deze locaties mogen er meer worden. En het LCH wil samenwerken met leveranciers die werken met aanvoerlijnen uit nieuwe landen.

- Dat brengt mij op de andere vraag: komt het door het LCH dat verpleeghuizen met cowboys in zee moeten?
- Nee is daarop mijn korte antwoord. Verpleeghuizen kunnen inkopen bij de betrouwbare reguliere leveranciers en bij het LCH. Het LCH is niet het probleem, maar is juist deel van de oplossing.
- Helaas zijn er naast deze betrouwbare partijen cowboys op de markt en is het dan ook lastig om het kaf van het koren te scheiden.
- Goed toezicht is daarom belangrijk door de NVWA en de FIOD, net als dat zorginstellingen zelf kritisch zijn op de spullen die ze inkopen. Er zijn zorginstellingen die zelf hun spullen soms testen. Dat helpt. Ik ga desgewenst in gesprek met de koepel van verpleeghuizen of we hierin kunnen helpen.
- Terwijl het LCH volop beschermingsmiddelen naar Nederland haalt ben ik ook het gesprek gestart met zowel reguliere leveranciers als zorgaanbieders over de vraag hoe we ook structureel zorgen dat er voldoende beschermingsmiddelen voor medewerkers in de zorg beschikbaar zijn de komende jaren. Dit gesprek wordt ook in Europees verband gevoerd.
- We weten inmiddels allemaal dat de ontwrichting van de markt voor beschermingsmiddelen niet zomaar overgaat. We hebben het over een fundamenteel andere situatie op de wereldmarkt dan voor covid. Dit vereist dat we met

elkaar om tafel gaan om te bespreken welke rol eenieder kan spelen en welke rol ook vanuit de overheid noodzakelijk is.

- Eén spoor daarbij is in ieder geval meer Nederlandse productie. Inmiddels worden in Nederland FFP-2 maskers, beschermingsbrillen, spatbrillen en beademingsapparaten geproduceerd en ben ik verheugd te kunnen melden dat ik contracten heb gesloten met bedrijven die chirurgische maskers gaan produceren.
- Maar laat ik hier vooral ook onderstrepen dat er los van de bedrijven waarmee EZK en ik in gesprek zijn ook allerlei andere bedrijven zijn die zelf innovatieve initiatieven ontwikkelen rond beschermingsmiddelen. Dat juich ik toe.

Waarom geen preventieve inzet beschermingsmiddelen in de zorg?

- Nu hoor ik ook wel pleidooien dat er chirurgische kapjes moeten worden ingekocht of geproduceerd voor preventief gebruik in de zorg.
- Ik ben hier niet voor.
- Ten eerste niet omdat het – zoals ik hiervoor al aangaf – in de zorg niet nodig is daar waar er geen besmettingsrisico is.
- Maar ook omdat je onnodig nieuwe schaarste creëert. Bij preventief gebruik heb je het uitgaand van ca 20 kapjes per dag voor 1,2 miljoen zorgverleners over bijna 9 miljard maskers per jaar.

- Dan loopt je het risico dat zorgmedewerkers die ze nodig hebben over voldoende beschermingsmiddelen kunnen beschikken.

Waarom geen chirurgische maskers voor buiten de zorg?

- Dit geldt buiten de zorg al helemaal, het dragen van mondkapjes is niet nodig.
- We weten allemaal dat we 1,5 meter afstand moeten houden, onze handen moeten wassen, drukte moeten vermijden en thuis blijven als we ons niet lekker voelen.
- Dan is er geen vermoeden van besmetting en dan is er ook geen reden om mondkapjes te gebruiken.
- Alleen in het OV hebben we, omdat het soms niet lukt om 1,5 meter afstand te houden, voor alle zekerheid gezegd dat aanvullend op het gedrag waaraan we ons moeten houden (net als in Duitsland en België) niet medische kapjes zullen worden ingezet.
- Een niet-medisch mondkapje draag je niet ter bescherming van jezelf, maar kan bij goed gebruik het risico verkleinen dat druppels uit mond en neus worden verspreid naar de omgeving. Het is geen vervanging van, maar een aanvulling op de geldende hygiëneregels.
- Maar stel je voor dat we wel alle mensen in Nederland een chirurgisch mondkapje zouden dragen, waar hebben we het dan eigenlijk over in getallen?
- Ik hoorde iemand op de radio zeggen dat iedereen in Nederland er 3 per dag nodig zou hebben. Ik vraag me af waar dat op is gebaseerd, maar laten we dat als uitgangspunt voor de som nemen.

- 17 miljoen mensen die elke dag 3 maskers dragen. Dat betekent op jaarbasis ruim 18 miljard kapjes. Ik kan mij niet voorstellen dat dit geen verdringing van voldoende chirurgische maskers voor de zorg oplevert.
- En bovendien een chirurgisch masker kost nu online ca 1. Euro en 18 miljard euro voor niet besmette mensen vind ik veel geld.

Opschalen IC-capaciteit

- Na een piek van het aantal Covid-patiënten op de IC's – tot maximaal 1378 Covid-patiënten begin april – zien we nu gelukkig alweer enkele weken een gestage daling.
- Het is gelukt om de benodigde zorg te bieden: met het nodige kunst- en vliegwerk, een enorme toewijding en inzet van de mensen in de zorg en door dankbaar gebruik te maken van de welwillendheid van Duitse ziekenhuizen om Nederlandse patiënten op te nemen.
- De gevolgen en de impact daarvan waren groot, en zijn dat nog steeds. Voor patiënten, hun naasten, maar ook zeker voor alle zorgprofessionals in de ziekenhuizen. Een volgende piek willen we hoe dan ook voorkomen.
- De (verwachte) bezetting van IC-bedden en de beschikbare buffercapaciteit in de ziekenhuizen is dan ook één van de factoren die meespeelt in de controlestrategie.
- We streven naar een situatie waarin we:
 - a. Zoveel mogelijk voorkomen dat (acute) reguliere zorg te veel wordt verdrongen;
 - b. Rekening houden met de benodigde IC-capaciteit voor Covid-zorg;
 - c. Flexibel kunnen opschalen indien de ontwikkeling van het virus onverhoopt toch weer tot een piekbelasting zou leiden.

- Als we structureel deze situatie willen, dan is het realistisch om naar een hogere capaciteit te gaan dan de huidige 1150 IC-bedden.
- Het streven van het kabinet daarbij bestaat uit drie delen:
 - Het gaat enerzijds om een (flexibel op te schalen) structureel verhoogde capaciteit tot 1700 IC-bedden;
 - Het gaat anderzijds om het uitwerken van een opschalingsplan tot 3000 als een grote piekbelasting zich zou aandienen,
 - Waarbij we in beide gevallen rekening houden met de bestaande samenwerkingsafspraken met Duitsland.
- Inmiddels heb ik het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de opdracht gegeven om op korte termijn, in overleg met de betrokken veldpartijen, met een plan te komen over de opschaling van IC-capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen, waarin deze drie onderdelen verder worden uitgewerkt.
- Ik realiseer me dat het vergroten van de IC-capaciteit niet zomaar geregeld is en dus tijd vergt, ook om te voorkomen dat dit teveel vergt van zorgprofessionals. Zeker zo vlak na een periode die zeer intens is geweest.
- Juist dit zorgpersoneel is hard nodig en moet goed betrokken worden bij de uitwerking van het plan. Dit vergt een goede doordenking en een door alle partijen gedragen plan.
- Daarom heb ik het LNAZ ook nadrukkelijk gevraagd om ook de ledenpeilingen van de FMS en V&VN en het advies van *Chief Nursing Officer* (CNO) Professor Buurman mee te

nemen bij de uitwerking van de opdracht.

- Naar verwachting wordt de Tweede Kamer eind juni geïnformeerd over de specifieke plannen voor de structurele uitbreiding van de IC-capaciteit naar zo'n 1700 bedden. Uiterlijk in september komt het specifieke plan voor de flexibele opschaling tot circa 3000 IC-bedden gereed, waarna de Tweede Kamer over dit deel geïnformeerd wordt.
- Dan nog een ander punt over de IC-capaciteit
- Toen we medio maart met de snelle toename van het aantal patiënten op de IC te maken kregen, ging het debat ook over de vraag wat te doen als er in de Nederlandse ziekenhuizen onvoldoende IC-plekken zouden kunnen zijn. "fase 3".
- Ik heb een draaiboek laten maken voor een last resort opschalingsmogelijkheid. Dat draaiboek heeft u ontvangen. Ook de KNMG en de FMS werken aan een richtlijn voor die situatie.
- Het zal iedereen duidelijk zijn dat het inzetten van een last resort optie heel veel medisch ethische, medisch inhoudelijke en bestuurlijke vragen oproept.
Dit is een situatie waar we met zijn allen niet in terecht willen komen. En dat onderstreept nog maar eens het belang van de maatregelen die het kabinet neemt en de acties die we inzetten, zoals het eerder genoemde plan om de IC-capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen fors uit te breiden.

Categorieën Mondmaskers

- Medische mondmaskers hanteren we als verzamelnaam voor de maskers die in de zorg worden benut bij zorgverlening aan patiënten. Er zijn twee categorieën mondmaskers te onderscheiden:

Adembeschermingsmaskers

- Ten eerste de adembeschermingsmaskers. Dit zijn de FFP maskers. Deze maskers bevatten een filter dat deeltjes uit de ingeademde lucht filtert. Deze dienen ter bescherming van de zorgverlener.
- Volgens de richtlijnen van het RIVM, is alleen bij hoogrisicohandelingen waarbij aerosolen vrijkomen in de ziekenhuis- en langdurige zorg FFP2 maskers nodig. Denk hierbij aan het uitvoeren van een bronchoscopie of het intuberen van een patiënt.
- Ook in sommige bedrijfsprocessen buiten de zorg in vitale sectoren zijn persoonlijke beschermingsmiddelen in bepaalde gevallen nodig. Denk bijvoorbeeld aan afvalverwerking of de voedingsmiddelenindustrie.
- (Evt: ik kan me voorstellen dat u de term "medisch mondmasker" hier verwarrend vindt. Maar het gaat bij deze bedrijfsprocessen om veel kleinere volumes dan in de zorg).

Chirurgische mondneusmaskers

De tweede categorie zijn de chirurgische mondneusmaskers. Deze beschermen de zorgverlener tegen druppels en spatten (met het virus) van de patiënt. Ook beschermen ze de patiënt tegen overdracht van bacteriën vanuit de zorgverlener. Bijvoorbeeld tijdens een operatie.

- Het RIVM adviseert het gebruik van een chirurgisch masker type IIR in situaties waarin Covid-19 patiënten binnen 1,5 meter worden verzorgd, maar er geen risico is op aerosolvorming.

Gepast gebruik mondmaskers

- Het gebruik van maskers is gekoppeld aan specifieke handelingen en specifieke situaties.
- Het RIVM heeft protocollen opgesteld over het gebruik van mondmaskers. Deze gaan bijvoorbeeld over de maximale periode dat je maskers kan gebruiken; over de juiste wijze van opzetten, de juiste wijze van afdoen.
- Zo kunnen FFP2-maskers slechts voor beperkte tijd gedragen worden omdat het voor zorgmedewerkers intensief is. Bij te lang rondlopen heb je al snel de neiging om eraan te gaan zitten om voldoende zuurstof te krijgen. Bij onjuist gebruik kunnen deze FFP2-maskers het risico op besmetting zelfs verhogen.

Mondmasker buiten de zorg

- Het OMT heeft advies gegeven over het gebruik van maskers buiten de zorg.
- Het OMT benadrukt het belang van volhouden van de algemene basisregels zoals thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten, het handhaven van de 1,5 meter afstand tussen mensen en (hand-) hygiëne.
- Essentieel is dat dat waar dit kan ook triage wordt toegepast. Dit houdt in dat voor aanvang van een dienstverlening wordt vastgesteld of de cliënt klachten heeft die passen bij COVID-19 en of de cliënt een huisgenoot heeft met koorts en/of benauwdheidsklachten.
- Het OMT concludeert dat met deze maatregelen persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals mondneusmaskers, niet noodzakelijk zijn.

Niet-medische mondneusmaskers in het OV

- In situaties waar triage en 1,5m afstand houden niet mogelijk is, zoals het OV, geeft het OMT aan dat niet-medische mondneusmasker bij juist gebruik kunnen bijdragen aan het voorkomen van de verspreiding van het virus.
- Deze maskers zijn ter bescherming voor de anderen om de reiziger heen en dus niet voor de reiziger zelf.
- Het gaat hier nadrukkelijk om **niet-medische mondneusmaskers**. Medische mondkapjes, die blijven voor de zorg.
- Hoe weet je of je met een masker te maken hebt dat niet eigenlijk voor medische gebruik is bedoeld?
- Deze maskers zijn niet voorzien van een CE-markering - die bestaat namelijk nog niet voor niet medische mondmaskers - of mogen verwijzen naar een norm voor medische hulpmiddelen.
- Ook mogen zij geen naam of naamgeving voeren die de suggestie wekt dat het product een medisch hulpmiddel is. Het moet duidelijk zijn dat het om een mondkapje zonder medische claim gaat.
- De NEN brengt 19 mei een advies uit waar een niet-medisch mondneusmaskers aan moet voldoen en hoe dit masker moet worden gebruikt.
- Ik verwacht overigens dat op korte termijn ook op Europees niveau een specificatie zal worden gepubliceerd.

Fitness/sportscholen

- Het kabinet heeft het spoorboekje gepresenteerd voor de versoepeling van de corona maatregelen
- Het openen van de sportscholen en fitnesscentra per 1 september heeft veel vragen opgeroepen
- Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat we die datum van 1 september niet zo maar gekozen hebben
- We varen daarin op het kompas van de experts in het OMT die aangeven dat eerdere opening van de sportscholen onverantwoord zou zijn, omdat onvoldoende helder is dat dit geen risico's oplevert
- Op basis van dat advies heeft het kabinet de opening van de fitness op 6 mei op 1 september gezet
- Voor de fitnessbranche is dit zeer teleurstellend dat begrijp ik heel goed
- Met de brancheorganisatie van de fitness NLactief heeft minister van Rijn op 12 mei gesproken
- In het gesprek is gesproken over mogelijke aanvullende maatregelen die sportscholen kunnen nemen om het risico op besmetting te verkleinen
- Ideeën daarover leggen we ter beoordeling voor aan het OMT
- Op basis van hun advies kunnen we bekijken of eerdere opening mogelijk is

- Daarbij dient opgemerkt te worden dat fitness niet geïsoleerd van andere zaken beoordeeld wordt, iedere versoepeling moeten we in een totaalbeeld plaatsen, fasering is cruciaal
- Ik heb dan ook met Nlactief besproken hoe we de branche kunnen ondersteunen als het voorlopig als gevolg van het coronavirus nog niet mogelijk is om open te gaan

Achtergrond

Richtlijnen verpleeghuizen doorwerken met klachten en extra besmettingen

- **Op 27 februari** is de eerste patiënt in Nederland positief getest op COVID-19. Op dat moment en in de periode daarna was er in Nederland geen sprake van wijdverspreide transmissie van COVID-19. De kans was dus nog klein dat iemand in Nederland in aanraking zou komen met het coronavirus. Het beleid was daarop gebaseerd. Dat gold ook voor zorgmedewerkers. Daarna is het beleid steeds aangepast, afhankelijk van de stand van zaken rond de uitbraak en op basis van de adviezen van het OMT.
- **Vanaf 2 maart** gold als beleid voor verpleeghuizen en thuiszorg dat medewerkers die in een gebied met wijdverspreide transmissie zijn geweest, thuisblijven zodra zij zich niet lekker voelen (beginnende verkoudheid, keelpijn of verhoging). Dat gold ook voor vrijwilligers en bezoekers in verpleeghuizen.
- Daarnaast was het belangrijk de hygiëne goed in acht te nemen, dus hoesten of niezen in de elleboog, papieren zakdoekjes gebruiken en handen wassen voor en na de verzorging van patiënten.
- **Op 6 maart** was het advies van het RIVM aan zorgmedewerkers die in contact waren geweest met een besmette patiënt om bij de geringste klachten van verkoudheid of luchtweginfecties thuis te blijven en contact

op te nemen met de controlerende instantie om zich te laten testen.

- **Toen het aantal besmette patiënten** in Brabant toenam werd het advies gegeven voor inwoners van Noord-Brabant om sociale contacten te beperken als zij last hebben van verkoudheid, hoesten en/of koorts. Dit gold ook voor zorgmedewerkers. Deze medewerkers werd gevraagd om bij luchtwegklachten thuis te blijven en contact op te nemen met hun werkgever of zij mochten werken en of er diagnostiek moet worden ingezet.
- **Op 10 maart** is de eerste richtlijn voor de inzet van personeel buiten de ziekenhuizen opgesteld en verspreid. In deze fase werd onderscheid gemaakt tussen 2 situaties:
 1. de situatie dat de medewerker in een risicogebied was geweest of direct contact had gehad met een patiënt met een bevestigde coronabesmetting. In dat geval was het advies om bij verkoudheidsklachten of hoesten thuis te blijven in overleg met de werkgever of te testen
 2. de situatie dat de medewerker niet in een risicogebied was geweest of geen direct contact had gehad met een patiënt met een bevestigde coronabesmetting. Hier was het advies dat men met klachten door kon werken. In deze situatie was de kans groot dat het geen coronabesmetting betrof maar andere luchtwegklachten. Bij koorts gold overigens altijd: stoppen met werken.

- **Vanaf 20 maart** golden voor medewerkers in o.a. verpleeghuizen met symptomen van COVID-19 (hoesten en/of neusverkouden en/of koorts) 3 opties:
 - thuisblijven tot 24 uur geheel klachtenvrij
 - persoonlijke beschermingsmiddelen gebruiken zodat de medewerker de patiënt niet besmet
 - medewerker testen.
- **Vanaf 6 april** is het testbeleid voor alle zorgmedewerkers verruimd en kan iedereen met lichte klachten zich laten testen.
- **Per 10 april** is ook het testbeleid voor bewoners verruimd. Uitgangspunt is dat iedere patiënt met een verdenking op COVID-19 getest wordt, ook als er al 1 of 2 positief geteste patiënten zijn op een afdeling.
- Volgens de richtlijnen is dus behalve in het begin in een specifieke situatie waarin de kans klein werd geacht dat het om COVID-19 ging, **doorwerken met klachten alleen geadviseerd als er geen koorts was en met gebruik van beschermende middelen**. Ook is testen steeds als mogelijkheid aangegeven.