

Expert-reflectie ten behoeve van Lessons Learned COVID-19

Naam: 5.1.2e

Functie: 5.1.2e

Organisatie: GHOR Amsterdam-Amstelland

Datum (uiterlijk 4 augustus):

Onderwerp expert-tafel: **Beschikbaarheid persoonlijke beschermingsmiddelen****Wat is het perspectief van waaruit u kijkt (bijvoorbeeld, wetenschap, praktijkdeskundige, en welke achtergrond)?***Praktijkdeskundige.**Achtergrond: veiligheidskundige met 12 jaar werkervaring binnen de GHOR.**PBM dossier in nauwe samenwerking GHOR NW 6/ROAZ Noord-Holland Flevoland.**Bestaande uit gezelschap van beleidsmedewerkers ketenregie, opleiden trainen en oefenen, informatiemanagement hierdoor nauwe en goede contacten binnen de keten. De onderstaande vragen zijn beantwoord vanuit de 6 GHOR-regio's Noord Holland Noord, Kennemerland, Zaanstreek-Waterland, Gooi en Vechtstreek, Flevoland en Amsterdam-Amstelland.***Wat zou u, met de kennis van nu, het kabinet adviseren om – op het gebied van de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen - dit najaar precies weer zo te doen in de aanpak om een opleving te voorkomen of, mocht hij komen, snel in te dammen? Welke elementen in de aanpak zijn wat u betreft waard om vast te houden, te herhalen of uit te bouwen? En waarom?**

- Het aanstellen van één regio coördinator per ROAZ gebied.
- Advies om dossier PBM per ROAZ regio op te pakken zoals wij dit gedaan hebben in Noord Holland – Flevoland. Zie bijlage voor projectplan.
- Toen LCH goed stond heeft het goed gewerkt, goed dat het ingericht werd conform marktsituatie, weg er naar toe hobbelig maar goed dat het er nu staat.
- Het uitbrengen van een nieuwsbrief door het LCH, begin niet altijd conform praktijkwerkelijkheid maar wel fijn dat er een informatiestroom was.
- Regionale Hubs opgezet in de regio voor (acute) knelpunten, fijn om een voorraad in de regio te hebben en daar zicht op te hebben.
- Het regionaal inventariseren van de aanwezige middelen bij de zorginstellingen.

Wat zou u, met de kennis van nu, het kabinet adviseren om dit najaar anders, of nieuw te doen in de aanpak met het oog op het voorkomen of indammen van een tweede golf van COVID-19 gevallen als het gaat om de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen? En waarom?

- De nationale overheid is laat inzicht gekomen, had er veel eerder bovenop moeten zetten. GGD GHOR NL heeft dit opgepakt. Is regionaal in onze regio goed opgepakt maar in sommige regio's heeft dit niet goed gewerkt. Weinig tot geen afstemming in het begin tussen het land en de regio's (GHOR en ROAZ regio's) en ROAZ regio's onderling, waar door je regionale verschillen krijgt.

- Doordat er landelijk laat actie werd ondernomen zijn veel zaken regionaal opgepakt wat prima verliep. Soms werd er dan door het LCH/VWS een verandering in de werkwijze doorgevoerd wat veel verwarring met zich meebracht. Hier hadden de regio's meer bij betrokken moeten worden. Zoals het in gebruik nemen van de portal van Mediq en QRS. Dit hadden wij liever eerder getest met een aantal zorginstellingen alvorens direct iedereen daarop aan te laten sluiten met alle opstart problemen. Communicatie met Mediq verliep in het begin slecht en toegang tot de portal duurde heel lang (soms zelfs wel 2 weken). Daarnaast waren/zijn toewijzingscriteria niet transparant.
- Stopzetten van de reguliere inkoop lijnen zonder alternatief of staande organisatie te hebben staan. Dit heeft tot weken/dagen vertraging geleid. Daarnaast verwijzen naar in de communicatie naar de GHOR, zonder hier de GHOR over te informeren. NFU aanwijzen als loket voor aanbieders, maar loket niet goed bezet waardoor er slecht zicht was op vraag en aanbod en goed aanbod in het begin niet benut is. En kwamen goede persoonlijke beschermingsmiddelen terecht bij commerciële partijen ipv voor de zorg.
- Verwachtingsmanagement: in de media vaak een heel ander beeld van de situatie dan er in de praktijk gaande was. Politieke werkelijkheid vs praktijkwerkelijkheid. Zoals de minister welke tot dozen vol met mondkapjes bij een vliegtuig staat, terwijl er niks in de regio beschikbaar komt. Dit heeft veel verwarring en frustratie opgeleverd bij de zorginstellingen.
- Het LOCC niet de rol gepakt in het verdelen van schaarste welke wij van hen verwacht hadden.
- Regie ontbrak rondom beleid en richtlijnen. Sommige spraken elkaar tegen, bijv in het gebruik van type mondkapjes. Landelijke richtlijnen PBM vs. koepels en individuele instelling. Meer sturing vanuit VWS op nodig er is geen eenduidigheid in richtlijnen en beleid. Alleen gebruik bij daadwerkelijke besmetting of verdenking, maar niet in lijn met de bescherming van de kwetsbare mensen zoals PGB, VVT etc.
- Testen en communicatie over kwaliteit PBM vanuit LCH moet echt beter. Geen transparantie over de testen en geen openheid over certificaten etc.
- Meenemen van de VVT sector vanuit VWS. In de landelijke plannen stonden eerst tandartsen opgenomen, maar de langdurige zorg niet. Dit hebben wij direct in de regio opgepakt, maar heeft tot veel onrust gezorgd.
- Afhankelijkheid van andere landen voor de productie van PBM is zorgelijk. Productie in eigen land, bijv door Auping is een goede ontwikkeling. Maar pas nu sinds een aantal weken operationeel. Tijdens de crisis is hierover een ander beeld geschetst.
- De groep mensen welke zorg krijgt vanuit een PGB en mantelzorgers vielen tussen wal en schip. Dan werd er vanuit VWS gecommuniceerd dat zij ook via de GHOR aan PBM konden komen, terwijl dit nog niet met de GHOR was gecommuniceerd en er nog geen werkwijze geregeld was.
- Out of the box-oplossingen: het heeft erg lang geduurd voordat er werd gekeken naar alternatieve oplossingen voor het tekort aan PBM.