

Expert-reflectie ten behoeve van Lessons Learned COVID-19

Naam: ██████████ 5 1 20

Functie: Stafadviseurs medische middelen

Organisatie: Maastricht UMC+

Datum (uiterlijk 4 augustus):

Onderwerp expert-tafel: **Beschikbaarheid persoonlijke beschermingsmiddelen**

Wat is het perspectief van waaruit u kijkt (bijvoorbeeld, wetenschap, praktijkdeskundige, en welke achtergrond)?

Perspectief vanuit praktijkdeskundigheid m.b.t. kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid m.b.t. aanschaf en inzet medische middelen vanuit o.a. een verpleegkundige management achtergrond.

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 advies zou zijn de landelijk distributie (LCH) in tact te houden met daaraan gekoppeld een coördinatie centrum/punt vanwaar uit overzichten kunnen worden gegeven opgevraagd m.b.t. acties ondernomen naar bestaande leveranciers met name de zgn. AA leveranciers, betreffende voorraden en de verdelingen daarvan. Feit is dan wel dat de leveranciers geen direct onderscheid zouden moeten maken in wel of niet klant in de ontstane “noodsituatie”. Er blijkt op meerdere vlakken behoefte te zijn aan een coördinatie punt m.b.t. informatie verstrekking, daar er de afgelopen periode individueel opgevraagde informatie bij leveranciers vaker niet overeenkomt, waardoor er binnen de zorg instellingen onrust ontstaat t.b.v. juiste zorg verlening waardoor soms onnodige noodgrepen worden gedaan. De contactlijnen onderling zijn te lang mede door intensieve werkzaamheden.

Voorts aanbevelend centrale inkoop .d.w.z. dat als er een kritisch artikel beschikbaar is dat de leverancier voor alle zorgcentra tegelijk kan inkopen en dat alle centra hetzelfde product dan ook gebruiken, inkopen en gedistribueerd krijgen vanuit LCH. Dit om te voorkomen dat de centra in de problemen geraken door zgn. misgrijpen. De forecast zou daardoor beter afgestemd kunnen worden op vraag naar medische middelen.

Advies is ook vanuit landelijk afspraken te maken betreffende grensbepalingen op te heffen in dergelijke noodsituaties zodat ook de landen als Nederland vanuit de magazijnen van de leveranciers vanuit het buitenland gewoon toevoer krijgen van de benodigde medische middelen.

Er blijkt behoefte aan draaiboek/handboek waarin alle te nemen activiteiten opgenomen zijn middels gestructureerde lijnen zodat alle betrokken [zorg]onderdelen landelijk gezamenlijk op dezelfde wijze acteren in noodsituaties.

Een organogram/ stappenplan/protocol onder leiding van een centrale coördinator en/of coördinatie team.

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?

Voorstel in deze is centraal landelijk als zowel op zorg instelling niveau zgn. backorder coördinator[en] aan te stellen die snel kunnen schakelen en handelen m.b.t. info over beschikbaarheid aan en toevoer logistiek PBM's zorginstellingen alsmede het alternatieven circuit kunnen opzetten, benaderen en in actie laten komen.

Zij staan in directe verbinding met LCH en elkaar, vanuit aanvragende zorg instellingen, waardoor de product voorziening kan plaats vinden. Zodoende creëer je korte lijnen en weet men van elkaar waar men mee bezig is.

Het voorkomt dat er teveel medewerkers worden afgeleid om te sourcen, van elkaar niet weten wie wat doet, terwijl alle instellingen hetzelfde product zouden kunnen gaan inzetten. Daarom zou centralisatie van beheer, coördinatie van sourcen aan te bevelen zijn. Het voorkomt dat er in dezelfde "vijvers wordt gevist" met als resultaat te weinig product aanvoer door te grote afname aanvraag bij leveranciers. Dit veroorzaakt stagnatie in het zorgproces alsmede te veel onrust in de zorg instellingen en op de werkvloer.

Verdeling van sourcen voor en via backorder coördinatoren naar leveranciers [alternatieven] kan sneller resultaat opleveren.

Het beheer en sourcen kan dan efficiënter van decentraal naar centraal gemonitord worden, met als resultaat uniforme en voldoende aankoop mogelijkheid van kwalitatief goede en veilige medische middelen.

De rapportage actuele stand kan op een centraal te benaderen punt [dash bord] dagelijks worden gegeven toegankelijk voor deskundigen als stafadviseurs /assortimentscoördinatoren die mee kunnen monitoren op kwaliteit[s] eisen, veiligheid en doelmatigheid. Tevens niet onbelangrijk marktconforme prijzen leert hanteren om ook private ondernemingen initiatieven te blijven laten nemen en niet om prijstechnische redenen niet mee zouden kunnen leveren.

Opmerking : in de afgelopen periode hebben diverse "private ondernemingen" het MUMC+ het beste voorzien van de juiste kwalitatief hoogstaande producten terwijl grote gevestigde leveranciers de urgent benodigde medische middelen in leveringen niet of nauwelijks uitgaven.

Het is het meer dan waard de private ondernemingen hierin te blijven betrekken.

Voorts aanbevelend centrale inkoop .d.w.z. dat als er een kritisch artikel beschikbaar is dat de leverancier dat voor alle zorgcentra tegelijk kan inkopen en dat alle centra hetzelfde product dan ook gebruiken, inkopen en gedistribueerd krijgen vanuit LCH. Dit om te voorkomen dat de centra in de problemen geraken door zgn. misgrijpen. Maar ook dat er twijfel/onzekerheid ontstaat over de individueel aangeschafte medisch middelen [PBM's] m.b.t. functionaliteit en veiligheid. De forecast zou daardoor beter afgestemd kunnen worden op vraag naar medische middelen.

Advies is ook vanuit landelijk afspraken te maken betreffende grensbepalingen op te heffen in dergelijke noodsituaties zodat ook de landen als Nederland vanuit de magazijnen van de leveranciers vanuit het buitenland gewoon toevoer krijgen van de benodigde medische middelen.

Samen met de gebruikers afstemmen welke minimale eisen er gesteld worden aan producten, zodat zij hun werk naar behoren en veilig kunnen uitvoeren. Checklijsten ontwikkelen waarin minimale eisen staan benoemd zodat ook meer gericht gezocht kan worden naar de juiste producten.

Voorbeelden;

- Mondmaskers; niet alleen testen op doorlaatbaarheid maar ook kijken naar pasvorm om zo de maximale veiligheid van de medewerkers te kunnen garanderen.
- Jassen; moeten jassen waterafstotend zijn of waterdicht? Kun je je werkzaamheden wel goed doen in een waterdichte jas (overmatig transpireren).
- Chirurgische mondmaskers; moeten dit maskers zijn met linten of met oorlussen?

Dit om te voorkomen dat er producten bij het LCH komen te liggen waar men in de praktijk niet mee kan werken, of die niet voldoen aan de optimaal gestelde veiligheidseisen (producten uit China) waardoor medewerkers zich gaan afvragen of zij wel voldoende beschermd zijn.