



**nazb**

netwerk acute zorg brabant

# NAZ Bericht



10

april 2015

## Inhoudsopgave

- 03 MSBO'er verbetert ZiROP oefening
- 07 Op naar gezamenlijke visie spoedzorg
- 08 Nieuwe aanpak herseninfarct
- 13 Meer aandacht voor psychiatrische patiënt
- 17 Voorbereiding op ebola
- 22 Grote intersectorale ketenoefening in 2016

### COLOFON

**Redactie** Charlotte Reddingius, Anita Haaijer en Evelyne van Eck

**Eindredactie** Evelyne van Eck en Christine Schepel

**Fotografie** Medische Fotografie Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis,  
Brabant MWN/Ruud Verhalle

**Vormgeving** Anja Verlaat

**Drukwerk** Deko Verdivas

### Bezoekadres

Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis,

locatie St. Elisabeth

Hilvarenbeekseweg 60

5022 GC Tilburg

### Postadres

Postbus 90151

5000 LC Tilburg

### Secretariaat

T 013 • 539 23 32 F 013 • 539 39 11

E secretariaatnazb@elisabeth.nl

[www.nazb.nl](http://www.nazb.nl)

## Agenda

23 april	Programmacommissie TTPA cursus
19 mei	Regionaal Trauma Overleg
21 mei	Regionaal Spoedzorg Overleg
28 mei	Kenniskring Crisisbeheersing
04 juni	Agendacommissie ROAZ
19 juni	Werkgroep Implementatie Kwaliteitskader
24 juni	Kennisplatform ZiROP
25 juni	Management Overleg Grootschalig Optreden (MOGO)
01 juli	Kennisplatform CBRN
02 juli	ROAZ

Kijk voor meer informatie en de complete agenda op [www.nazb.nl](http://www.nazb.nl).

Dankzij de inzet van de Medisch Slachtoffer Begeleider Oefenen – ofwel MSBO'er – zijn er veel realistischere ZiROP oefeningen. “Nu kunnen we beter inschatten welke zorg een ziekenhuis kan bieden.”

# MSBO'er: nieuwe centrale speler in ZiROP oefeningen

Uit evaluaties van ZiROP oefeningen bleek dat het logistieke proces en de behandeling van slachtoffers niet met de realiteit overeenkwamen. Bovendien was er geen toezicht op het verloop van de simulatie-oefening. Een patiënt kon een inwendige bloeding en een bloeddruk van 120 over 50 hebben en verdere informatie was niet beschikbaar. “Doordat die informatie ontbrak, verliepen sommige situaties niet erg realistisch”, vertelt Jeannette Stroeken,

beleidsadviseur Opleiden, Trainen en Oefenen van GHOR Brabant-Zuidoost. Zo was op sommige momenten een patiënt na een kwartier al geholpen op de SEH en had het medisch personeel alle onderzoeken binnen een kort tijdsbestek al gepland. Bovendien waren er geen ‘echte’ uitslagen van onderzoeken bekend. “Er werd dus een beetje gesjoemeld met de tijd en de uitslagen”, zegt ze. “Om een duidelijk beeld van het logistieke proces en de medische

behandelcapaciteit te krijgen, speelt het tijdsaspect en reëel tegenspel echter een grote rol.”

### Coach

Met de komst van de MSBO'er is de ZiROP oefening verbeterd. Met een medisch specialistische achtergrond in de acute zorg, heeft de MSBO'er een rol als coach binnen de simulatieoefening. Vanaf binnenkomst volgt en begeleidt de MSBO'er

Met de komst van de Medisch Slachtoffer Begeleider Oefenen is de ZiROP oefening verbeterd.



opleiden, trainen, oefenen

het slachtoffer. De MSBO'er ziet erop toe dat het tegenspel van de oefening realistisch verloopt. "Moet een slachtoffer geopereerd worden, dan zal eerst een OK vrij moeten zijn. Juist die praktische zaken en de tijd die dat in beslag neemt om een OK te regelen, hierover te communiceren en de patiënt voor de OK klaar te maken, zijn belangrijk om te monitoren. De MSBO'er houdt dat nauwlettend in de gaten", aldus Jeannette. De rol van de MSBO'er is er bovendien om informatieleemte voor de deelnemers op te vullen. Is er missende informatie zoals bloeddrukwaarden na een interventie, dan kan de MSBO'er die informatie bieden. "Daardoor nemen deelnemers de simulaties serieuzer en ervaren deze als realistischer."

#### Verbeteren

Het grote voordeel volgens Jeannette is dat met de MSBO'er een reëler beeld ontstaat van de medische behandelcapaciteit: het aantal gewonden dat per uur in een ziekenhuis behandeld kan worden. Dat is van belang om in te schatten welke zorg een ziekenhuis daadwerkelijk binnen een bepaalde tijd kan leveren. Niet alleen hoe snel een slachtoffer wordt geholpen, is belangrijk. Ook beschikbare middelen als een OK of beademingsapparatuur spelen een cruciale rol.

#### Toekomst

Afgelopen september zijn de eerste zeven MSBO'ers opgeleid. Begin mei volgt een nieuwe lichter MSBO'ers een training.

De eerste ZiROP oefening nieuwe stijl, die plaatsvond in het Amphia Ziekenhuis in Breda, is inmiddels een feit. Komend jaar zal de projectgroep 'realistisch oefenen Brabant Breed', waar Jeannette Stroeken deel van uitmaakt, een database met medische behandelkaarten, medische en verpleegkundige interventies en reële behandel tijden (real time oefenen) opleveren. Deze database kunnen alle Brabantse ziekenhuizen gebruiken. Tevens is er een vaste groep MSBO'ers waar een beroep op kan worden gedaan.



### 'Bij vragen kun je bij mij terecht'

Man, 22, uit Kaatsheuvel wordt binnengebracht in het Amphia Ziekenhuis. Zijn bovenbeen is gebroken en hij heeft zenuw- en vaatletsel. Marij weet – dankzij haar rol als MSBO'er – alles van de patiënt. De artsen en verpleegkundigen van het Amphia niet. Aan hen de uitdaging deze persoon zo goed mogelijk te behandelen. Daalt de bloeddruk nu, of stijgt deze? "Als er vragen zijn, kunnen deelnemers bij mij terecht", vertelt Marij. Vervolgens moeten de deelnemers een infuus prikken, maar dan? Ook maar even tegelijkertijd een drain plaatsen? Nog even een dringend telefoontje afhandelen? Die handelingen kunnen niet door één persoon tegelijk worden gedaan en kost ieder afzonderlijk een aantal minuten. "Het is mijn taak om te monitoren of de behandelingen plaatsvinden volgens een realistisch tijdspectief." De reacties die Marij terugkreeg van de artsen en verpleegkundigen waren positief. "Doordat er uitwisseling mogelijk is, wordt er serieuzer gewerkt en wordt de oefening als realistischer ervaren." Ook Marij is blij met haar rol als MSBO'er. "Het is leerzaam een kijkje in de keuken van een ander ziekenhuis te nemen. Zo kunnen we leren van elkaar."

Oud IC-verpleegkundige  
Marij Koekkoek nam  
als MSBO'er deel aan  
de eerste ZiROP oefening  
nieuwe stijl.

## Op naar gezamenlijke visie spoedzorg

Zorginstituut Nederland is gestart met het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden voor zes complexe spoedindicaties.

De Autoriteit Consument & Markt stelde vorig jaar dat Zorgverzekeraars Nederland de kwaliteitsvisie 'Spoedzorg' beter moet onderbouwen. Waarom wegen de kwalitatieve voordelen van concentratie op tegen het nadeel van minder keuzevrijheid voor de patiënt? Aan Zorginstituut Nederland (ZIN) het verzoek te zorgen voor kwaliteitsstandaarden die breed gedragen worden door alle betrokken partijen: de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse

Vereniging van Universitair Medische Centra, de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het gaat om kwaliteitsindicatoren voor de volgende spoedindicaties: Cerebro Vasculair Accident (CVA), heupfractuur, Aneurysma Aortae Abdominalis (AAA), acuut myocard-infarct, multitrauma en geboortezorg.

### Expertgroep

Afgelopen najaar is begonnen met het peilen van draagvlak voor de indicatoren van de Kwaliteitsvisie Spoedzorg van ZN. De vijf bovengenoemde partijen hebben ieder afzonderlijk een voorstel gedaan voor de indicatorensets voor de zes soorten spoedzorg. Een expertgroep met onder meer

medisch-inhoudelijke deskundigen beoordeelt de ingediende indicatorensets. Naar verwachting is dit traject in het najaar afgerond.

### Visie

Op verzoek van de patiëntenfederatie wordt naar alle schakels uit de spoedzorgketen gekeken. Dit jaar wordt ook bestuurlijk overlegd met bestuurders van alle schakels in de spoedzorg. Naast bovengenoemde partijen zitten ook de huisartsen, huisartsenposten en ambulancezorg aan tafel. Alle partijen moeten tot een gezamenlijke visie op de kwaliteit van spoedzorg komen. Deze visie moet allesomvattend zijn. Van de eerste klachten/symptomen tot de instroom in de reguliere zorg.



## Focusgroep CVA

De focusgroep Cerebro Vasculair Accident (CVA) neemt de acute zorgketen CVA onder de loep. De patiënt die verdacht wordt van een beroerte (CVA) moet zo spoedig mogelijk op de juiste plaats de juiste behandeling krijgen. Om de acute zorg beter op elkaar af te stemmen en de zorgketen te optimaliseren, overleggen neurologen, huisartsen, vertegenwoordigers van de Meldkamer Ambulance, RAV, SEH en ketencoördinatoren uit Noord-Brabant een aantal keer per jaar in een focusgroep CVA. De Mr. Clean-studie is ook onderwerp van gesprek in de focusgroep CVA.

### regionaal overleg acute zorg

Neuroloog dr. Paul de Kort (l.) werkte samen met neuro-interventieradioloog prof. dr. Willem Jan van Rooij aan een baanbrekend onderzoek met grote gevolgen voor patiënten met een acuut en zwaar herseninfarct.

Als trekker van de focusgroep CVA nam neuroloog Paul de Kort van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis de acute zorgketen onder de loep voor beroertes. Eind vorig jaar was hij betrokken bij een baanbrekende publicatie.

## Nieuwe aanpak bij herseninfarct voorkomt zware handicaps

Neuroloog dr. Paul de Kort is trots op de vondst: een nieuwe methode voorkomt zware handicaps na een ernstig herseninfarct. Samen met neuro-interventieradioloog prof. dr. Willem Jan van Rooij van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis werkte hij mee aan een onderzoek dat in 2011 van start ging in negentien Nederlandse ziekenhuizen.

Aan het onderzoek, dat Mr. Clean heet, deden 500 ernstig getroffen patiënten mee, ook uit de regio Tilburg. Bij hen raakte in het hoofd een slagader verstopt. De behoefte aan een betere behandeling voor deze zwaarste herseninfarcten bestond al jaren. De gevolgen hiervan zijn vaak zeer ernstig en de verzorging van deze chronische patiënten is duur.

### Grote gevolgen

“Dit onderzoek heeft grote gevolgen voor patiënten met een acuut en zwaar herseninfarct. In de regio Midden-Brabant gaat het om naar schatting 50-100 mensen per jaar. Een leven met ernstige beperkingen wordt hen mogelijk bespaard als de methode, mechanische trombectomie, wordt toegepast binnen zes uur na de klachten”,

vertelt De Kort. Bij deze methode wordt via de lies een katheter in een bloedvat gebracht die tot in de afgesloten slagader in de hersenen wordt geschoven. Vanuit de katheter wordt een stent midden in het stolsel geplaatst, waarna deze zich eerst ontvouwt en vervolgens door de arts langzaam er weer uit wordt getrokken samen met het stolsel. De dichtgeslibde slagader is heropend en het bloed kan weer stromen. De Kort: "Met de katheter kunnen we soms al binnen een kwartier ingrijpen in de getroffen ader. De behandeling gaat snel. In plaats van binnen 4,5 uur kunnen we zwaar getroffen mensen nu tot 6 uur na het ontstaan van de eerste symptomen helpen."

### Zelfstandig

De Mr. Clean-studie laat zien dat drie maanden na het herseninfarct 32,6 procent van de gekatheteriseerde mensen weer zelfstandig functioneert. Dat betekent een absolute toename van 14procent. Zelfstandig betekent dat ze zich weer kunnen redden in de maatschappij: ze kunnen boodschappen doen, het huishouden runnen, hobby's uitoefenen.

Op termijn is er volgens het duo voor patiënten mogelijk nog veel winst te boeken. Vooral door het logistieke deel te verfijnen en de tijd tussen behandelingen te verkorten. "Nu komt een op de vijf patiënten er na een ernstig infarct nog goed uit.

Maar wellicht is dat dan een op de drie of zelfs een op de twee mensen."

### Nieuwe methode

Negentien ziekenhuizen gaan de nieuwe methode gebruiken. In de medische wereld is dit een internationale doorbraak. De resultaten zijn eind vorig jaar gepubliceerd in The New England Journal of Medicine. Het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis werkte als vooraanstaand neurocentrum aan het onderzoek mee. Ook het Catharina Ziekenhuis nam deel aan het onderzoek. De initiatiefnemers zijn het Erasmus MC in Rotterdam, het AMC in Amsterdam en UMC Maastricht. ●

## Hoe gaat het met de patiënt?

Via Hart4ALL krijgen burgerhulpverleners antwoord op de vragen waar zij nu mee rond blijven lopen. Hoe gaat het met de patiënt? Heeft de patiënt het gered?

Het kan je zomaar overkomen. Iemand voor je midden op straat krijgt een hartstilstand. Je belt 112 en start met reanimeren. Als de ambulance vertrekt met de patiënt blijven hulpverleners alleen achter, zonder te weten wat de afloop is. Met Hart4All kunnen burgerhulpverleners in contact komen met de patiënt of nabestaanden. "Geregeld krijgt de ambulancedienst telefoontjes van mensen die willen weten hoe het is afgelopen met het slachtoffer dat ze geholpen hebben. Helaas mogen wij vanwege privacy-

wetgeving geen informatie geven", zegt ambulanceverpleegkundige Ruud Verhalle. Dat bracht Hart4ALL en Ruud Verhalle er toe om burgerhulpverleners en slachtoffers met elkaar in contact te brengen.

### Clickbandjes

Ambulances beschikken over een Hart4ALL-pakket, waarin 5 clickbandjes zitten met een unieke code. Bij een reanimatie of ernstig ongeval krijgt de vrijwillige hulpverlener zo'n armbandje mee. Het andere bandje komt terecht bij (familie van) de patiënt. Met behulp van de code kunnen zowel de vrijwilliger en het slachtoffer of familie vrijblijvend inloggen op de website van Hart4ALL. Als zij beiden aangeven contact te willen, zorgt Hart4ALL voor



een match. De privacy van de patiëntgegevens is hierbij altijd gewaarborgd. Onlangs is het vijftigste bandje verstrekt aan nabestaanden en burgerhulpverleners. Hart4ALL is twee jaar geleden gestart in de regio Midden-West en Noord-Brabant. Inmiddels hebben de RAV regio's Brabant Zuid-Oost en Gelderland-Zuid zich aangesloten en is de toepassing van Hart4ALL uitgebreid met ernstige ongevallen. Meer informatie over Hart4ALL staat op [www.hart4all.nl](http://www.hart4all.nl).

De somatische zorg bij een psychiatrische patiënt die na een suïcidepoging in het ziekenhuis belandt, gaat altijd voor.



traumazorg

Ketenzorg is het toverwoord bij psychiatrische patiënten die een zelfmoordpoging hebben gedaan.

Maar hoe werkt deze zorg in praktijk? Waar vinden zorgverleners elkaar in de zorg voor deze patiënt?

Een psychiater en een traumachirurg aan het woord.

## Meer aandacht voor psychiatrische patiënt na zelfmoordpoging



**Psychiater Joachim Tilanus**

Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis

“De somatische zorg bij een psychiatrische patiënt die na een suïcidepoging in het ziekenhuis belandt, gaat altijd voor. Deze patiënt komt niet op de PAAZ terecht, maar ligt in een ziekenhuisbed op een verpleegafdeling. En dan kunnen er problemen ontstaan. Deze patiënten hebben naast

intensieve traumazorg ook hele intensieve psychiatrische zorg nodig. De psychiater en de consultatief psychiatrisch verpleegkundige nemen de psychiatrische behandeling over in het beddenhuis. Zij moeten van meet af aan nauw samenwerken met de (trauma)chirurg en de verpleegkundige om deze patiënt te begeleiden. Dat doen we zo goed mogelijk binnen onze mogelijkheden,

## Achtergrond

- Ieder jaar denken 410.000 mensen wel eens aan zelfdoding
- 14.000 van hen komen in het ziekenhuis terecht
- Het aantal gevallen van suïcide bedraagt jaarlijks ruim 1.500 mensen
- Ruim 30% heeft vooraf psychiatrische hulp gehad
- De meeste personen die zelfmoord plegen zijn tussen de 30 en 50 jaar
- Het aantal zelfdodingen onder ouderen neemt toe

hoewel het ook passen en meten blijft. We zijn immers niet op een afdeling Psychiatrie met de bijbehorende faciliteiten en therapieën. Bijkomend aspect is de inschatting of de patiënt nog een gevaar is voor zichzelf. Er moet dus extra aandacht zijn voor veiligheidsbevorderende maatregelen zoals een veilige setting en verhinderen dat de patiënt toegang heeft tot gevaarlijke, dodelijke middelen of medicijnen. Daarnaast moet er rekening gehouden worden met de bejegening van de patiënt. Hij kan zich afwijzend, manipulatief of

agressief gedragen. Dit zorgt vaak voor onbegrip bij zorgprofessionals die niet dagelijks met dit soort patiënten te maken hebben. Het kan dan helpen om je te beseffen dat de oorzaak van het gedrag voortkomt uit een ziektebeeld. Nog een tip: wees je bewust van je eigen emoties en let op dat je zelf niet boos wordt op de patiënt of hem bijvoorbeeld gaat bestraffen of negeren. En betrek en praat met je collega's. Uiteraard kan de hulp van de psychiater altijd ingeschakeld worden, hij staat 24x7 uur klaar."



### Traumachirurg Koen Lansink

Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis

"Na ongevallen in en om het huis en verkeers- en bedrijfsongevallen staan psychiatrische patiënten die zichzelf iets aandoen op een vierde plek in frequentie. Vanwege hun ernstig, meervoudig letsel komen ze op de verpleegafdeling terecht omdat we er eerst voor moeten zorgen dat de patiënt het overleeft. Naast de somatische zorg komt ook er ook de nodige psychiatrische zorg om de hoek kijken. Verpleegkundigen en chirurgen hebben



## Zelfmoord

### Aantal zelfdodingen nog nooit zo hoog geweest

**Amsterdam.** Het aantal zelfdodingen is voor het zesde achtereenvolgende jaar gestegen, zo blijkt uit cijfers van het CBS. Het aantal is nog nooit zo hoog geweest. Vorig jaar pleegden 1.854 Nederlanders zelfmoord, 101 méér dan het jaar ervoor. Ook gerelateerd aan de bevolking steeg het cijfer: het gaat om 11 mensen per 100.000 inwoners. Dat is hetzelfde niveau als begin jaren negentig. De meeste zelfdodingen (70 procent) werden gepleegd door mannen. In ruim de helft van de gevallen ging het om mensen tussen de 45 en 60 jaar; een forse stijging. Ook het aantal zelfdodingen bij jongeren van 10 tot 20 jaar nam iets toe. Ten opzichte van 2007, voor de crisis, steeg het aantal zelfmoorden met een kwart. Toch is het percentage van de bevolking dat zelfmoord pleegt, in Nederland relatief laag.

bron: (NRC)





minder kennis over de psychische zorg. Een verpleegkundige schrikt bijvoorbeeld als een patiënt zegt dat hij niet meer verder wil leven. Terwijl de psychiater de kans klein acht dat hij zichzelf daadwerkelijk weer iets wil aandoen. Daarom is het belangrijk dat ze nauw met elkaar samenwerken. We leren veel van elkaar. Naast de omgang met deze patiënten vraagt de (na)zorg ook extra aandacht. Ze zijn soms minder gemotiveerd om beter te worden, zijn vaak angstig en ze vinden het lastig om zich aan instructies te houden. Aanwijzingen van verpleegkundigen of artsen volgen ze soms slecht op. Daar komt bij dat ze verslaafd kunnen zijn aan alcohol of drugs. Ze kunnen dan afkickverschijnselen krijgen waarvoor ze in therapie moeten. Ook in de nazorg is een lange weg te gaan voor deze patiënten. Een deel van de patiënten valt tussen wal en schip. Op de PAAZ is weinig mogelijkheid om weer op de been te komen en te revalideren. In een revalidatiecentrum is

goed meewerken aan je herstel een vereiste. En dat is nou net waar de schoen wringt: patiënten willen of zijn niet in staat om mee te werken aan hun revalidatie. Het is goed om meer aandacht te hebben voor de specifieke behoeften van deze groep patiënten.” ●

### Thema-avond Tentamen suïcide

Het onderwerp tentamen suïcide behoort steeds meer tot de dagelijkse praktijk van ambulancemedewerkers, (SEH-)verpleegkundigen, traumachirurgen en andere betrokkenen in de keten van traumaopvang. Daarom hield Netwerk Acute Zorg Brabant een thema-avond over psychiatrische patiënten met meervoudig letsels na een zelfmoordpoging. Steeds vaker krijgen zorgprofessionals te maken met deze patiënten. En dat blijkt: de thema-avond trok een volle zaal. De volgende onderwerpen passeerden de revue: wat zeggen de protocollen en welke afspraken zijn er in de keten? Wat zijn de specifieke problemen bij verpleging en revalidatie? Hoe werken traumachirurgie en psychiatrie samen en wat zijn de verbeterpunten? Door het uitwisselen van kennis en ervaringen nam het begrip voor elkaars standpunten toe.

De wereld was vorig jaar in de ban van ebola. Ook in Noord-Brabant zijn de nodige maatregelen getroffen om besmetting te voorkomen. Een arts en beleidsmedewerker vertellen over de voorbereidingen.

## Ook Noord-Brabant bereidde zich voor op ebola

Toen in juli bekend werd dat de ebola-uitbraak in West-Afrika aanhield met risico op introductie naar andere landen, werd een grootschalig ketenoverleg gehouden. Daar zaten onder meer de GGD, huisartsenvereniging, GHOR, RAV, Radboudumc en microbiologen van de regionale ziekenhuizen aan tafel. Willeke Tengenagel (GHOR Brabant-Noord) was als beleidsmedewerker Publieke Gezondheid nauw betrokken.

“Het overleg was bedoeld om te kijken waar we stonden en welke voorbereidingen we zouden moeten treffen”, vertelt Willeke. “We hebben nog nooit een uitbraak van ebola van deze grootte meegemaakt. Het is een zeer ernstige, besmettelijke ziekte met een grote maatschappelijke impact”, vertelt Stijn Raven. Hij werkte als arts Infectieziektenbestrijding binnen de GGD West-Brabant nauw samen met Willeke.

**Ondersteuning bieden**  
De GHOR en GGD boden belangrijke ondersteuning bij de voorbereiding van de RAV en de huisartsen. “Zo lag in de signalering en triage bij de huisartsen een uitdaging. De huisarts is het eerste contactpunt, maar niet gewend dit soort patiënten op zijn spreekuur te krijgen. Daarom is het belangrijk dat huisartsen scherp zijn op de symptomen”, aldus Willeke. Samen met de

Oefenen om zo goed mogelijk voorbereid te zijn op mogelijke ebolapatiënten.



opleiden, trainen, oefenen

## Ebola

verschillende huisartsenvertegenwoordigers, de GGD en GHOR werd een Brabant-breed protocol opgesteld. “Zo wisten de huisartsen hoe ze moesten handelen als zo’n casus zich voordeed.” Huisartsen hadden daarin de meldplicht om een arts Infectieziektenbestrijding in te schakelen als er patiënten waren die klachten vertoonden van ebola en recent uit de risicogebieden kwamen. Niet alleen van de huisartsen ontving Stijn vragen, ook gemeenten, politie, scholen en marechaussee wisten de GGD te vinden. “Een gemeente vroeg bijvoorbeeld hoe ze om moest gaan met hygiëne en zijn loketfunctie.”

### Veilig voorbereid

Medewerkers van de RAV zijn vrijwillig gevraagd om deel te nemen aan het ebolateam. “Je vraagt nogal wat van die

Ebola is een zeldzame maar ernstige infectieziekte die in Afrika voorkomt en gepaard gaat met bloedingen in het lichaam. De ziekte heet officieel ebola hemorragische koorts. Deze wordt veroorzaakt door een virus (filovirus). Ebola is alleen besmettelijk via direct lichamelijk contact met een patiënt of door het slachten en opeten van een ziek dier. Eenmaal besmet is er een grote kans op overlijden. In Afrika overlijdt meer dan de helft van de patiënten. Het is onbekend of dit beïnvloed wordt door minder goede medische voorzieningen. Er is geen vaccin of goede behandeling tegen ebola beschikbaar. De behandeling bestaat hoofdzakelijk uit het bestrijden van de complicaties.

De ziekte ebola is vernoemd naar de rivier Ebola in de Congo, waar het virus voor het eerst in 1976 werd gevonden. Ebola veroorzaakte in de jaren daarna meerdere epidemieën in Afrikaanse landen. Vorig jaar was een uitbraak in West-Afrika, in het regenwoudgebied van Guinee, aan de grens met Sierra Leone en Liberia.

mensen”, vindt Willeke. Voldoende medewerkers gaven zich gelukkig op. “We waren heel blij dat zovelen zich ertoe geroepen voelden om zich bij het team aan te sluiten.” Deze medewerkers werden geoefend om zo goed en veilig mogelijk voorbereid te zijn. Een voorbeeld was de omkleedprocedure. Zo dragen de medewerkers beschermde pakken en zitten ze in de ambulance met zijn tweeën achterin. “Je hebt dus altijd een buddy en je moet dus op elkaars veiligheid en kleding letten”, aldus Willeke.

#### Monitoren

“Binnen een heel kort tijdsbestek kregen we veel voor elkaar”, aldus Willeke. “Afstemming van plan en procedure vergt normaal veel overleg, maar onder tijdsdruk wordt snel gehandeld.” Stijn is het daarmee eens. “Door samenwerking hebben we elkaar beter leren kennen en dat is prettig voor de toekomst, als er mogelijk nieuwe ziekten uitbreken”, zegt hij. We zijn inmiddels over de grootste piek van ebola heen. Uiteindelijk zijn er geen gevallen van ebolapatiënten geconstateerd in het gebied waar Stijn en

Willeke werkzaam zijn. “De grootste uitbraak, risico’s en de voorbereidingen daarop hebben we gehad, maar we blijven de vinger aan de pols houden”, zegt Stijn. Belangrijk volgens hem is om niet uit het oog te verliezen dat de werkelijke uitbraak zich ver buiten Nederland heeft afgespeeld. “Juist die risicogebieden moeten we de nodige zorg bieden. Alleen daar kan de ziekte worden aangepakt om de uitbraak in te dammen, waardoor de risico’s in Nederland automatisch minder worden.”



Ambulance-medewerkers bereiden zich tijdens een training voor op het vervoer van een ebolapatiënt.

## Grote intersectorale ketenoefening in 2016

Hoe verloopt de samenwerking nu echt binnen het ROAZ? Kunnen we samen een crisis te lijf in Noord-Brabant? Dat wordt duidelijk tijdens de aantal dagen durende intersectorale ketenoefening, die begin 2016 plaatsvindt.



“Via de simulatie leren we om alle kennis die in het netwerk van NAZB in huis is, optimaal te benutten in de praktijk.” Dat is het doel van de grootschalige oefening volgens projectleider Frank Rosier van het Netwerkcentrum. “Alle ketenpartners binnen NAZB zijn een losse schakel in de keten en hebben ieder hun eigen rol, taken en verantwoordelijkheden. Door samen te oefenen komen ze tot het beste resultaat.” Volgens Frank zijn de reacties positief. “Iedereen is bijzonder enthousiast, mede omdat de oefening voor sommige deelnemers op het perfecte moment komt. Zo zitten sommige ziekenhuizen in een fusietraject, waardoor die organisaties nu juist hun crisismanagement kunnen aanpassen.”

Projectleider Frank Rosier van het Netwerkcentrum leidt de ketenpartners naar een grootschalige oefening in 2016.

### Groots project

De intersectorale ketenoefening wordt groots aangepakt. Uniek voor Nederlandse begrippen, aldus Frank. Alle drie de GHOR-regio's Brabant-Noord, Brabant-Zuidoost en Midden- en West-Brabant nemen deel. Ook alle twaalf Brabantse ziekenhuizen, de GGD's, de regionale huisartsenorganisaties en de twee regionale ambulancevoorzieningen inclusief de meldkamer zijn van de partij. Een enorme uitdaging voor Frank en zijn team. “Maar wel een leuke uitdaging”, lacht hij. “Van belang is een zo realistisch mogelijk scenario dat impact heeft op alle deelnemende partijen. Pas als mensen het gevoel hebben dat de crisis ook in het echt kan gebeuren, is de oefening effectief.”

### Virtueel oefenen

Het scenario is inmiddels in ontwikkeling: een ernstige uitbraak van infectieziekten

wordt de ketenpartners voor de voeten gegooid. De oefening vindt echter op een iets andere manier plaats dan de meer klassieke oefeningen: er komen bijvoorbeeld geen fysieke 'slachtoffers' aan te pas. De simulatie neemt meerdere dagen in beslag en vindt vooral virtueel zijn weg naar de deelnemers. De oefening verloopt via een draaiboek, een zogenaamde responsecel en een online webportaal, waarop onder meer social media en nieuws te volgen zijn. Ketenpartners krijgen veel dilemma's voor hun kiezen die ze moeten oplossen, mede door advies bij collega-partners in te winnen. Frank: “De professionals weten hoe ze voor hun patiënten moeten zorgen; het is juist in de afstemming, communicatie en coördinatie waar de problemen ontstaan. Tijdens zo'n oefening ervaren de organisaties hoe afhankelijk ze eigenlijk van elkaar zijn en hoe hard ze elkaar nodig hebben.” ●

Samen vormen we een stevig netwerk