



nazb

netwerk acute zorg brabant

NAZ Bericht

14

december 2016



Inhoudsopgave

- 03 NAZB in de startblokken voor 2017
- 07 Zakkaartjes EDS voor de politie
- 08 Nieuw Brabantbreed protocol sepsis
- 10 Ambulancemedewerkers voorbereid op grote ramp
- 14 De traumapatiënt vergrijst
- 17 Triage ambulance in kaart
- 18 Input Kwaliteitskader Spoedzorg gebundeld
- 20 Leergang Bedrijfscontinuïteitsmanagement

COLOFON

Redactie Charlotte Reddingius **Eindredactie** Charlotte Reddingius en Christine Schepel **Fotografie** ETZ Fotografie & Film,

Maria van der Heyden fotografie **Vormgeving** Anja Verlaat

Drukwerk DekoVerdivas

Bezoekadres

Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis

locatie ETZ Elisabeth

Hilvarenbeekseweg 60

5022 GC Tilburg

Postadres

Postbus 90151

5000 LC Tilburg

Agenda

24 januari	Kennisplatform crisisbeheersing & OTO huisartsen
31 januari	Kennisplatform crisisbeheersing & OTO ziekenhuizen
02 februari	Overleg Medisch Managers
09 februari	Regionaal Spoedzorg Overleg (RSO)
23 februari	Focusgroep Acute Obstetrie
09 maart	Focusgroep Acute Psychiatrie
15 maart	Kennisplatform crisisbeheersing & OTO CBRN
17 maart	Werkgroep ROS
21 maart	Regionaal Trauma Overleg (RTO)
22 maart	Kennisplatform crisisbeheersing & OTO ziekenhuizen
22 maart	Focusgroep CVA
30 maart	Tactisch Regionaal Overleg Acute Zorg

Kijk voor meer informatie en de complete agenda op www.nazb.nl.

Secretariaat

T 013 * 539 23 32

E secretariaat@nazb.nl



Netwerk Acute Zorg Brabant

www.nazb.nl

Het nieuwe jaar is begonnen. Christine Schepel, hoofd NAZB, kijkt terug op een bevlogen jaar en blikt samen met haar collega's vooruit naar 2017.

Goede stappen gezet in de ketensamenwerking

“Het was een druk jaar”, blikt Christine Schepel, hoofd NAZB, terug. “Er zijn afgelopen jaar weer belangrijke stappen gezet in de ketensamenwerking.” Momenteel werkt NAZB aan een meerjaren-beleidsplan, dat in de zomer van 2017 gereed is.

ROAZ

Het ROAZ-programma maakte afgelopen jaar een belangrijke verandering door: zo

werd het ROAZ opgesplitst in het tactisch ROAZ en strategisch ROAZ. De ervaringen zijn positief, aldus Yvonne van Persie, adviseur acute zorg. “Het tactisch ROAZ wordt interactiever ingestoken. Zo willen we stimuleren dat deelnemers aan het overleg elkaar beter leren kennen en ook buiten de vergaderingen om elkaar weten te vinden.” Kennisdelen vond ook plaats in het nieuwe overleg voor de medisch managers van de Brabantse SEH's.

Spoedzorg

De afgelopen periode stonden het Kwaliteitskader Spoedzorg en de patientjourneys hoog op de agenda (lees verder op pagina 18). Alle elf trauma-regio's kregen de opdracht om samen met het netwerk twee patientjourneys uit te werken. Christine: “Ik vond het fantastisch dat buiten alle overlegmomenten om ketenpartners de tijd vonden om enthousiast mee te denken hierover.” De spoedzorg



In 2017 gaat het stafbureau NAZB aan de slag met een meerjarenbeleidsplan.



is ook in 2017 een belangrijk onderwerp op de ROAZ-agenda. “De druk op de acute zorg is bij alle ketenpartners hoog, onder meer door de toenemende vraag, de veranderde patiëntenpopulatie door vergrijzing en krapte op de arbeidsmarkt”, schetst Christine. “Komend jaar richten we ook onze pijlers op de acute psychiatrie. We hebben bijzondere aandacht voor het vervoer en de opvang van verwarde personen. In het tactisch ROAZ komt een speciale bijeenkomst over dit thema.”

Traumaregistratie

“Voor de traumaregistratie was 2016 een jaar van stabilisatie”, blikt Mariska de Jongh, klinisch epidemioloog, terug. Katinka van Delft, medisch informatiekundige en coördinator traumaregistratie, knikt: “Grote veranderingen, zoals de overstap naar de AIS-letselcodering in 2015, vonden niet

plaats in 2016. Echter, elk jaar proberen we de traumaregistratie naar een hoger niveau te tillen door de kwaliteit, volledigheid en veiligheid van gegevens samen met de Brabantse ziekenhuizen te optimaliseren.” Het blijven voldoen aan verscherpte wet- en regelgeving is een belangrijk topic voor 2017.

Onderzoek

Onderzoek staat niet stil in 2016. Zo waren er publicaties over stomp nierletsel bij kinderen, het meten van kwaliteit van leven met de Nederlandstalige versie van de vragenlijst Short Musculoskeletal Function Assessment (SMFA) en het studieprotocol van de BIOS-studie. De inclusieperiode van die studie is onlangs afgerond dankzij goede samenwerking met de ziekenhuizen. In 2017 worden deze patiënten gevolgd en de eerste resultaten bekendgemaakt.

Verder onderzoekt arts-onderzoeker Lars Brouwers momenteel de toepassing van de 3D-printer bij complexe heupkomfracturen.

Crisisbeheersing

2016 staat voor Patricia van Roessel en Eelko Netten, projectleiders crisisbeheersing & OTO, symbool voor de doorontwikkeling van het denken in bedrijfscontinuïteitsmanagement. Zo startte afgelopen jaar de pilotcursus BCM implementeren voor zorginstellingen (pagina 20). Aan de hand van denken in BCM en de effecten op ketensamenwerking wordt in 2017 het scenario ICT-uitval uitgewerkt. “ICT-uitval is een grote bedreiging voor de bedrijfscontinuïteit voor zowel een zorginstelling als de gehele acute zorgketen”, legt Eelko uit. Patricia: “We zien graag dat zorginstellingen proactiever nadenken over de effecten van verstoringen van de

bedrijfscontinuïteit op de keten, zodat ze eerder hierop kunnen anticiperen en escalaties op de acute zorg kunnen voorkomen. De cursus BCM implementeren voorziet in deze behoefte. We verwachten veel enthousiaste deelnemers.”

Ketensamenwerking

Voor Eelko en Patricia was 2016 dus een bevlogen jaar. Ze kijken tevreden terug op de grootschalige ketenoefening Outbreak van februari en de themabijeenkomst over terrorisme in juli. “Beide activiteiten maakten duidelijk dat zorginstellingen de keten nodig hebben om goede zorg te leveren”, zegt Patricia. Eelko beaamt dat: “We gaan in 2017 verder met ketensamenwerking, bijvoorbeeld bij de voorgangsgesprekken crisisbeheersing & OTO. Wij gaan het gesprek aan met zorginstellingen over hun eigen rol en behoeften bij bijzondere omstandigheden in ketenverband.”



“Ik blijf de acute zorg volgen”

Yvonne van Persie, adviseur acute zorg, neemt afscheid van NAZB. Yvonne gaat aan de slag bij een bureau voor organisatieadvies, interim-management en projectmanagement in de zorg. “Ik heb de afgelopen jaren met plezier bij NAZB en in het werkveld van de acute zorg gewerkt. Ik wil iedereen bedanken voor de prettige samenwerking en kijk uit naar mijn nieuwe uitdaging. De ontwikkelingen in de (acute) zorg in Brabant blijf ik op de voet volgen.”

Zakkaartjes EDS Informatie meteen bij de hand

De politie komt op straat personen tegen die verkeren in een opwindingstoestand door drugsgebruik met medische en/of psychische complicaties, ook wel bekend als Excited Delirium Syndroom (EDS). EDS kan leiden tot plotselinge dood. Daarom moet de persoon vervoerd worden naar een SEH om behandeld te worden.

Om de herkenning van en omgang met EDS bij de politie in Noord-Brabant te bevorderen, heeft NAZB in samenwerking met onder andere Novadic-Kentron, de politie en SEH-artsen een poster en een zakkaartje ontwikkeld. De poster kan in de koffiekamers worden opgehangen. Zo wordt het gesprek over EDS bevorderd. Het zakkaartje kan een politieagent inzetten als hij een persoon in een EDS-toestand tegenkomt. Het kaartje heeft hij dan snel bij de hand.





Werkgroep Sepsis v.n.l.r.:

Gerba Buunk acute internist Amphia Ziekenhuis **Harm Haak** acute internist MMC
Liesbeth de Vos SEH-arts ETZ, medisch coördinator NAZB **Eugène den Boer**
 verpleegkundig specialist acute zorg RAV Brabant Midden-West-Noord
Joost Frenken SEH-arts Elkerliek Ziekenhuis, medisch manager Ambulancezorg
 RAV Brabant-Zuidoost **Yvonne van Persie** adviseur acute zorg NAZB

Op de foto ontbreken:

Ylva Onderwater huisarts **Margriet Hermans** specialist ouderengeneeskunde

regionaal overleg acute zorg

Snelle herkenning met protocol sepsis

De werkgroep Sepsis heeft een Brabantbreed protocol en stroomdiagram ontwikkeld.

Met deze documenten is de stap gezet naar uniforme behandeling van sepsis.

Het protocol geeft uitleg over wat sepsis is, hoe de zorgprofessional het ziektebeeld kan herkennen en welke behandeling nodig is. De werkgroep Sepsis maakte het protocol op basis van bestaande richtlijnen en vergeleek en combineerde protocollen uit meerdere ziekenhuizen. "Herkennen van sepsis is moeilijk", aldus Gerba Buunk, voorzitter werkgroep Sepsis. "Bij te laat behandelen neemt de kans op complicaties toe." Joost Frenken, deelnemer aan de werkgroep, knikt: "Een kwetsbare groep patiënten, bijvoorbeeld ouderen, kan door deze ziekte snel overlijden."

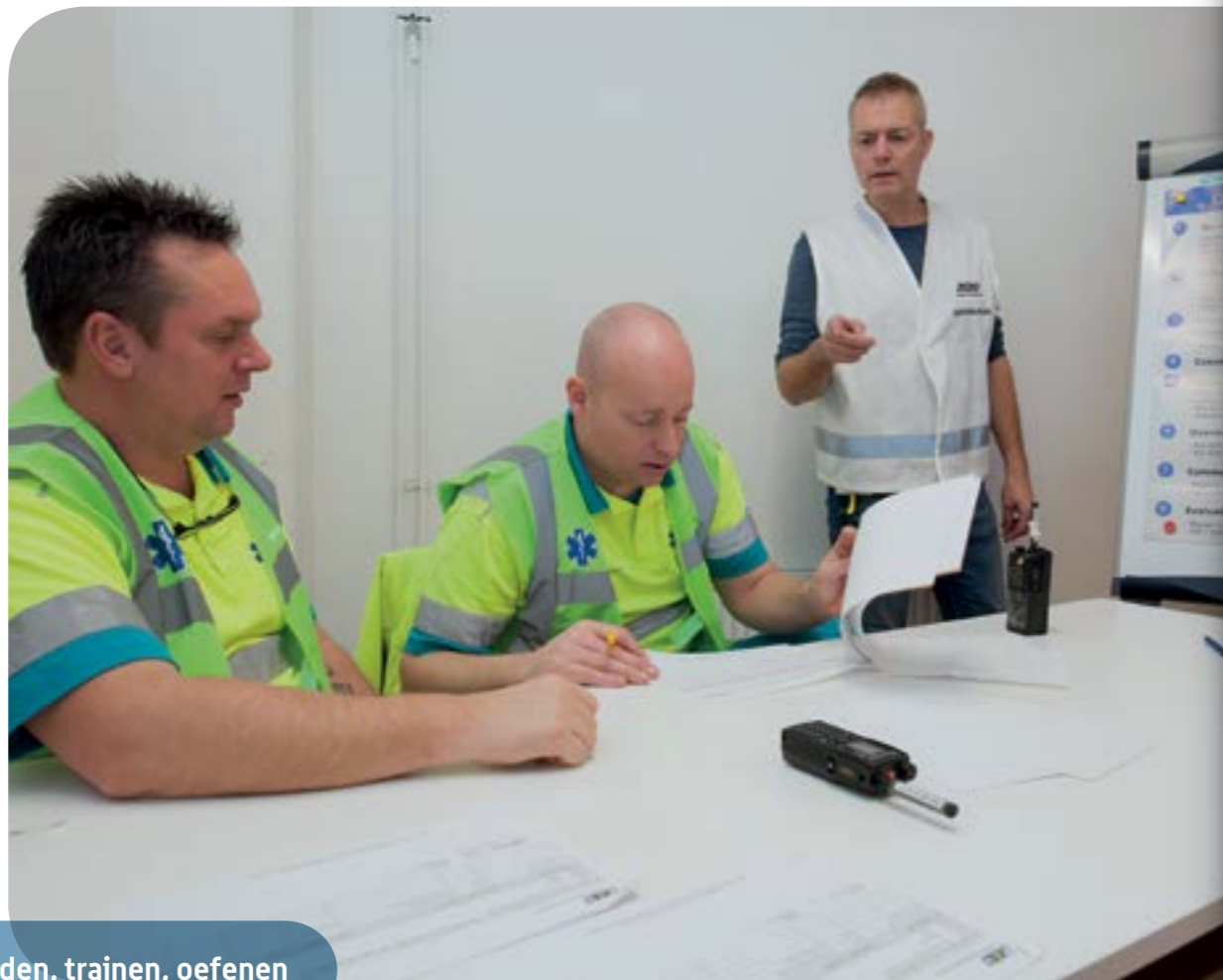
Buunk: "Met het protocol herkennen we binnen de acute zorgketen sepsis eerder en kunnen we patiënten met sepsis adequater behandelen, door bijvoorbeeld al vroeg te starten met antibiotica. Patiënten worden bovendien met een andere mindset vanuit de ambulance of huisartsenpost het ziekenhuis binnengebracht." Frenken vult aan: "Het stroomdiagram is zo gemakkelijk mogelijk omschreven, waardoor het toepasbaar is op en begrijpelijk is voor de gehele acute zorgketen. En dat is belangrijk, want hoe sneller sepsis behandeld wordt, hoe beter." ●

Implementatie

Momenteel toetsen we of er een breed draagvlak is. In 2017 starten we met de regionale implementatie. Informatievoorziening en borging onder de ketenpartners huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde is hiervan een onderdeel.



Ambulancemedewerkers lossen in koppels het scenario op.



opleiden, trainen, oefenen



Sinds 2016 wordt in Nederland bij grote incidenten met veel slachtoffers gewerkt volgens een nieuw bijstandsmodel: de Grootschalige Geneeskundige Bijstand (GGB). Trainingen in Brabant zijn hiervoor in volle gang.

Ambulancemedewerkers voorbereid op grote ramp

“Onze ambulancemedewerkers doen het heel goed”, zegt Lianne van Driel verheugd. Als staffunctionaris Crisisbeheersing bij RAV Brabant Midden-West-Noord is zij betrokken bij de trainingen GGB. De eerste trainingen zitten er inmiddels op. In de regio Brabant-Zuidoost is de training ontwikkeld en zijn ambulancemedewerkers op dezelfde manier geschoold. “Trainers van RAV Brabant-Zuidoost hebben onze interne

trainers opgeleid. Die hebben de training doorontwikkeld tot wat het nu is. Een mooi voorbeeld van regionale ketensamenwerking”, aldus Van Driel.

Coördinerende rol

Het nieuwe bijstandsmodel vergt een compleet nieuwe manier van werken voor het ambulancepersoneel. “Bij GGB moet de eerste ambulance ter plaatse nog nadrukke-

lijker een coördinerende rol op zich nemen”, legt Van Driel uit. “Dat kan voor ambulance-medewerkers soms knap lastig zijn, omdat hun eerste reactie hulpverleners is.”

Leerrendement

In 52 dagen werden ruim 400 medewerkers van de RAV Brabant Midden-West-Noord geschoold door eigen trainers. Bij deze training kregen de deelnemers in koppels



via beeld en geluid in rap tempo twee scenario's voorgeschoteld, bijvoorbeeld een helikoptercrash. In een 'real case scenario' moesten ambulancemedewerkers laten zien hoe ze handelen in dit soort rampsituaties. Ze moesten het aantal slachtoffers inschatten, hoeveel ambulances nodig zijn en de eerste coördinatie op zich nemen, oftewel *Command & Control*. Meteen na scenario één volgde het volgende scenario. "Daarin zat de winst", aldus Van Driel. "Deelnemers behaalden bij het tweede scenario een enorm leerrendement. Zo konden ze het aantal slachtoffers beter inschatten, kwamen ze eerder tot belangrijke inzichten en handelden ze sneller. Bovendien namen ze de regie en waren ze op elkaar ingespeeld."

Blijven leren

"De afgelopen maanden hebben deelnemers ervaren hoe zo'n grootschalig incident in de praktijk verloopt", zegt Van Driel.

Grootschalige Geneeskundige Bijstand

GGB is een landelijk bijstandsmodel en wordt ingezet bij grote incidenten met veel slachtoffers als aanvulling op de reguliere acute zorg. In dit model werkt de RAV samen met het Rode Kruis om gewonde slachtoffers bij een grootschalig incident zo spoedig mogelijk van de plek van de ramp naar het juiste ziekenhuis te vervoeren. Het ambulancepersoneel zorgt bij de rampplek voor het stabiliseren en behandelen van zwaargewonden.

Aansluitend volgt begin 2017 een regionale scholingsdag die in het teken staat van GGB. De scholingen reiken bovendien verder dan de muren van de RAV. Zo vinden jaarlijks grote systeem oefeningen plaats, waar samenwerkingspartners als het Rode Kruis

Noodhulpteams van het Rode Kruis verzorgen de lichtgewonden. Het Instituut Fysieke Veiligheid (IFV) is verantwoordelijk voor de landelijke steunpunten, die binnen twee uur materiaal en middelen ter plaatse brengen. De Veiligheidsregio (GHOR) heeft ten tijde van een grootschalig incident de regie en coördinatie over de inzet van de GGB.

en GGD/GHOR bij betrokken zijn. Ook gaat de RAV samen met de ziekenhuizen het proces van de gewondenspreiding aanscherpen. "We blijven leren van elkaars processen", besluit Van Driel. ●



"Trainen is herhalen"

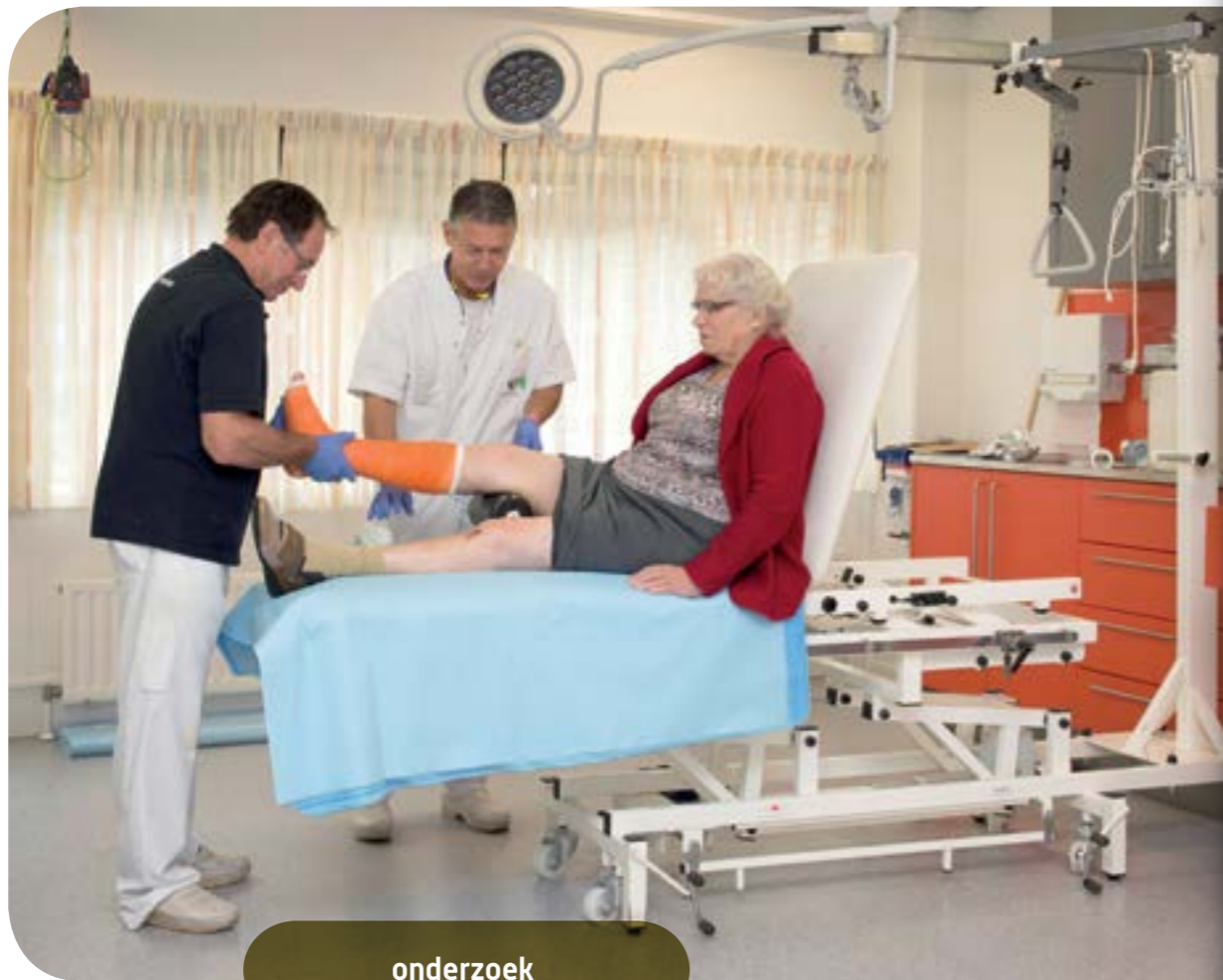


Walter Derks, ontwikkeltrainer

Walter Derks is ambulance-verpleegkundige én ontwikkeltrainer bij RAV Brabant Midden-West-Noord. "Het is ontzettend leuk en uitdagend om mijn opgedane kennis over te brengen op mijn collega's", zegt Derks vol overtuiging. De scholingen worden gegeven voor en door eigen ontwikkeltrainers. "Ik werk al 21 jaar als ambulanceverpleegkundige en ben zelf ook nog 'fulltime op de auto'. We krijgen voor onze lessen veel inspiratie uit de eigen praktijk. Zo halen we informatie uit ritrapporten van onze medewerkers." Trainingen volgen het principe realistisch oefenen, legt Derks uit. "We werken veel met

simulatieoefeningen en beeld en geluid." Zo ook bij de scholingsdag over de Grootschalige Geneeskundige Bijstand (GGB). "In de ochtend bieden we interactieve workshops aan. 's Middags mogen collega's aan de slag met een zogeheten 'table top oefening', waarbij via computer-simulatie een groot incident opgelost moet worden." De GGB vraagt veel van onze collega's, maar echt een groot incident, dat maken niet veel medewerkers mee, aldus Derks. Eén ding is volgens hem dus van groot belang: "We moeten blijven oefenen. Want trainen, dat is herhalen."

De zorg voor de oudere patiënt wordt een steeds belangrijker topic.



onderzoek

De multitraumapatiënt vergrijst

Multitrauma komt steeds vaker voor bij de oudere patiënt. Deze patiënten hebben bovendien andere letsels dan de jongere generatie.

Dat blijkt uit een grootschalige studie, waarbij gegevens uit de Brabantse traumaregistratie als basis dienden. “De afgelopen jaren is de patiëntenpopulatie sterk veranderd”, vertelt Koen Lansink. In zijn dagelijkse praktijk als traumachirurg zag Lansink deze tendens nadrukkelijk terugkomen. “Waar voorheen multitraumapatiënten voornamelijk een jonger publiek betroffen, zien we nu dat veel ouderen met meervoudig letsel worden binnengebracht.”

In februari volgend jaar promoveert hij op onder meer deze studie.

Toename

Het onderzoek maakt gebruik van gegevens uit de Brabantse traumaregistratie, wat gezien kan worden als betrouwbare en representatieve data voor geheel Nederland. Gegevens van bijna 60.000 patiënten in de periode 2010-2014 zijn geanalyseerd. De studie bevestigt Lansinks beeld van de dagelijkse praktijk: de aantallen traumapatiënten en multitraumapatiënten van 65 jaar en ouder neemt toe gedurende deze periode, maar die toename is sneller dan de trend van een vergrijzende bevolking. “We zien een piek in de leeftijd 15 tot 25 jaar.

Echter, de grootste groep patiënten bevindt zich in de leeftijdscategorie 75 tot 90 jaar. Vandaag de dag is bijna de helft van onze multitraumapatiënten een oudere patiënt”, verduidelijkt Lansink. Ouderen hebben bovendien andere verwondingen. Zo hebben zij vaker dan jongere traumapatiënten letsel aan het hoofd, de borstkas en de onderste ledematen (zoals heupfracturen).

Een kwetsbare groep

De resultaten zijn te verklaren door de veranderende levensstijl van 65-plussers. Lansink: “Mensen zijn langer actief,

verkeren in een gezondere conditie en hebben meer vrije tijd dan vroeger. Echter, de jaren gaan tellen: de consequenties voor ouderen zijn groter dan voor jongere mensen met hetzelfde letsel." Een andere factor is het gebruik van antistollingsmiddelen bij ouderen, wat mogelijk de toename aan hoofdletsels kan duiden.

Vervolg

De studie biedt volgens Lansink voldoende input voor vervolgonderzoek. Zo moet verder bestudeerd worden in hoeverre de oudere patiënt een andere behandeling nodig heeft ten opzichte van jongeren, vanwege factoren als comorbiditeit, osteoporose en het gebruik van bloedverdünnende medicatie. Lansink concludeert: "De zorg voor de oudere patiënt wordt een steeds belangrijker topic. In de komende jaren groeit de behoefte naar ziekenhuisbedden bij de afdeling Traumatologie.

De trend dat er minder bedden nodig zijn in ziekenhuizen vanwege een kortere opnameduur, geldt dus niet voor de oudere multitraumapatiënt." ●

Symposium Trauma TopZorg zoomt in op oudere doelgroep

Niet behandelen van ouderen die na een val heup of schouder hebben gebroken, is veel vaker een serieuze optie dan tot op heden wordt gepraktiseerd. Dat was de conclusie van het Trauma TopZorg Symposium 'Het ongeluk op de oude dag', dat zich donderdag 22 oktober afspeelde in de aula van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis. Ruim 220 professionals

discussieerden over de meest gewenste behandelwijze van oudere patiënten na een valincident met als centrale vraag 'Tot hoe ver gaan we?' Diverse sprekers als Koen Lansink, Jeroen Steens (orthopedisch chirurg), Saskia Kloet (programmamanager VeiligheidNL) en Bert Keizer (filosoof) kwamen aan het woord. Lees het volledige verslag op www.nazb.nl.

Ambulancepersoneel doet het overwegend goed in het triëren van multitraumapatiënten naar een level 1 traumacentrum. Dat blijkt uit onderzoek van drie acute zorgnetwerken in Nederland.

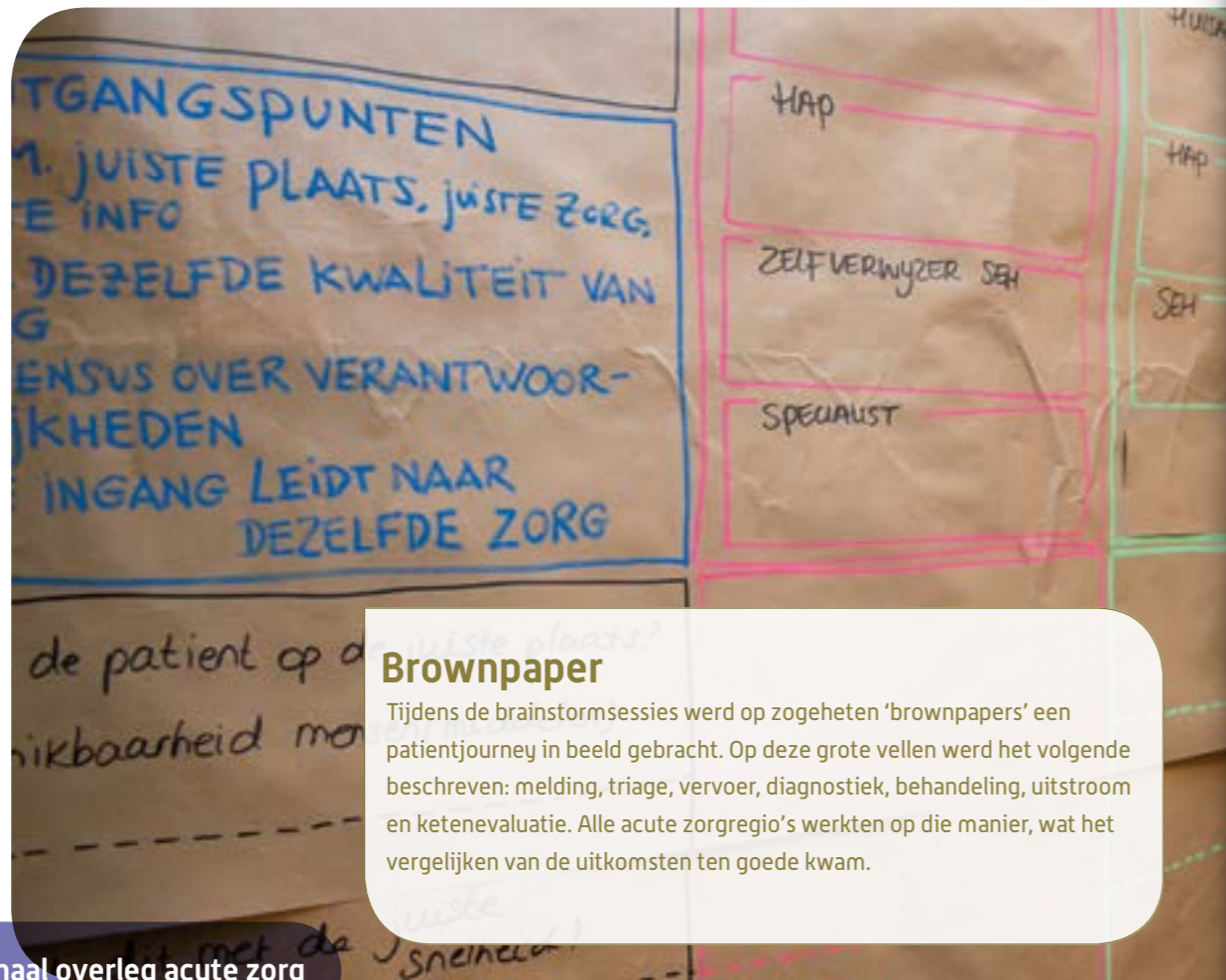
Triage ambulance in beeld

NAZB werkte voor de studie samen met Netwerk Acute Zorg Zwolle en Acute Zorg Euregio. Uit het onderzoek komt naar voren dat het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) niet altijd voldoende handvatten biedt om patiënten naar het juiste ziekenhuis te vervoeren. De norm van Zorginstituut Nederland (ZIN) stelt dat 90 procent van alle multitraumapatiënten gebracht wordt naar een level 1 traumacentrum. Geen van de acute zorgregio's voldoet daaraan, blijkt uit het onderzoek. Uit de analyse komt naar voren dat

ambulancepersoneel grotendeels juist handelt volgens het LPA. Echter, dat protocol lijkt niet altijd afdoende om te bepalen of er volgens de Injury Severity Score (ISS) sprake is van een multitraumapatiënt die naar een level 1 traumacentrum vervoerd moet worden. De ISS kan namelijk pas achteraf in het ziekenhuis berekend worden. Zo bleek dat van de multitraumapatiënten die direct in een level 1 traumacentrum terechtkwamen, er bij 61 procent volgens het LPA geen criterium aanwezig was om patiënten

daarnaartoe te verwijzen. Van de multitraumapatiënten die conform protocol naar level 2 of 3 ziekenhuis gebracht werden, had 88 procent achteraf gezien naar een level 1 traumacentrum vervoerd moeten worden. Vervolgonderzoek is nodig om te bestuderen op welke kenmerken ambulancepersoneel moet letten om de triage naar een level 1 traumacentrum te optimaliseren.

Bij de uitwerking van de patientjourneys werd gewerkt met een 'brownpaper'.



Brownpaper

Tijdens de brainstormsessies werd op zogeheten 'brownpapers' een patientjourney in beeld gebracht. Op deze grote vellen werd het volgende beschreven: melding, triage, vervoer, diagnostiek, behandeling, uitstroom en ketenevaluatie. Alle acute zorgregio's werkten op die manier, wat het vergelijken van de uitkomsten ten goede kwam.

regionaal overleg acute zorg

Het Kwaliteitskader Spoedzorg begint steeds meer vorm te krijgen. De geleverde input vanuit de regio wordt de komende tijd gebundeld en met landelijke partijen besproken.

Input Kwaliteitskader Spoedzorg gebundeld

In september en oktober vonden er bij de elf acute zorgnetwerken sessies plaats om door het beschrijven van diverse patientjourneys input te leveren voor het Kwaliteitskader Spoedzorg. "Complimenten hiervoor", zegt Katja Damen, programmamanager Acute Zorg bij het Landelijk Netwerk Acute Zorg. "Er is veel tijd, energie en enthousiasme gestoken in het beschrijven van deze patientjourneys. Zonder die input hadden we nooit zoveel informatie verkregen." Aan de hand van vijf kern-

vragen en een brownpaper (zie kader) werd de patientjourney uitgewerkt. Een werkgroep heeft die input bestudeerd en gebundeld in één handzaam document. "Het is nog te vroeg om conclusies te trekken, maar we kunnen al wel vertellen dat informatieoverdracht tussen de schakels in de acute zorgketen een punt ter verbetering is. De constatering dat de thematiek en uitkomsten in de diverse regio's overeenkwamen, was prettig." De komende periode gaan twaalf landelijke

partijen, waaronder de Landelijke Huisartsen Vereniging en Ambulancezorg Nederland, de uitkomsten nader bestuderen. Het is de bedoeling dat in het voorjaar van 2017 het Kwaliteitskader Spoedzorg gereed is en wordt opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland. Volg onze website www.nazb.nl om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen rondom het Kwaliteitskader.



“Lesstof pilotcursus pas ik nu al toe”

Peter d'Haens

teamleider Veiligheid Bravis Ziekenhuis

“Ik heb de pilotcursus Bedrijfscontinuïteitsmanagement (BCM) implementeren als intensief en nuttig ervaren. De *core business* van een ziekenhuis is zorg verlenen, ook tijdens bijzondere omstandigheden. Wat is nu écht de impact wanneer de stroom uitvalt of er wateroverlast is? Hoe te handelen als de IC of OK niet meer kunnen draaien? Dat stond centraal in de pilot. Ik heb inzicht gekregen in wat BCM is en hoe we dat in het Bravis Ziekenhuis kunnen implementeren. Sommige lesstof pas ik nu al toe in de

praktijk. Zo heb ik geleerd hoe ik een escalatiematrix kan gebruiken en weet ik hoe ik een projectplan moet schrijven. NAZB reikte ons daarvoor een format aan, erg handig. Eén ding heb ik geleerd: het inbedden van bedrijfscontinuïteitsmanagement in de organisatie vergt veel tijd. De hamvraag is wie de geschikte persoon in onze organisatie daarvoor gaat zijn en of nu het juiste moment is om kort na een fusie te starten met het implementeren van BCM. Daarover ga ik in overleg met het managementteam.”

NAZB biedt vanaf 2017 de leergang Bedrijfscontinuïteitsmanagement (BCM)

implementeren aan voor zorginstellingen. De pilotcursus is recent succesvol afgerond.

BCM: voorbereid op bijzondere omstandigheden

Om onder alle omstandigheden, dus ook bij rampen en crises, zorg te kunnen blijven leveren, passen steeds meer zorginstellingen de principes en werkwijzen van BCM toe. Zorginstellingen worstelen met vragen als: welke bedrijfsprocessen zijn nu écht kritisch? Welke gerichte maatregelen kan ik dan nemen? De leergang BCM biedt tools en adviezen, op maat gemaakt voor zorginstellingen.

Negen maanden lang krijgen cursisten les van adviseurs op het gebied van BCM, project- en verandermanagement en OTO. Deelnemers starten tijdens de training een

BCM-traject bij een proefafdeling in hun eigen organisatie. Na afloop hebben deelnemers kennis over en ervaring met de te nemen stappen in een BCM-traject en beschikken zij over een plan op maat om BCM in de eigen organisatie te implementeren.

De cursus is begin 2016 getoetst in een pilot. Vier cursisten namen deel. Lees de ervaringen van twee cursisten op pagina's 20 en 22.

De startbijeenkomst van de volgende leergang BCM implementeren is op 21 februari 2017.

Masterclasses

NAZB organiseert regelmatig een masterclass BCM voor zorginstellingen. Deelnemers krijgen inzicht in wat BCM is, wat het oplevert en welke rol zijzelf rondom BCM willen of kunnen nemen. De volgende masterclass is op 2 februari 2017. Neem voor meer informatie contact op met Eelko Netten, projectleider crisisbeheersing & OTO, via 013 539 29 32.



“Puur kijken
naar kritische
processen”

Theo Ermens

ZiROP coördinator Elkerliek Ziekenhuis

“De pilot BCM implementeren vond ik bijzonder praktijkgericht en meteen toepasbaar op mijn eigen werkzaamheden. De trainers gaven mij tijdens de pilot veel vrijheid om met mijn eigen organisatie aan de slag te gaan. Zo had ik aan het eind van de cursus mijn bedrijfscontinuïteitsplan al op de plank liggen. Een eyeopener vond ik dat je bij BCM puur moet kijken naar de kritische processen. De SEH, OK of IC: die bepalen of er een crisis is. Een ziekenhuis valt niet om als de facilitaire

diensten of juridische zaken niet meer operationeel zijn. In de pilot leerden we hoe je die kernprocessen stap voor stap doorloopt en analyseert. Ik ben momenteel bezig met de voorbereidingen op de implementatie van BCM in het Elkerliek Ziekenhuis. Vanaf april 2017 ga ik daadwerkelijk samen met de eerste afdeling aan de slag om BCM in de organisatie te implementeren. In 2020 wil ik tien kritische afdelingen hebben doorlopen.” ●



Nieuws of plannen?



Heeft uw organisatie nieuws of plannen? Laat het ons weten. NAZB plaatst regelmatig actuele berichten van onze ketenpartners op de website. Mail uw bericht naar: c.reddingius@nazb.nl.

Wij kijken uit naar een
prettige voortzetting
van onze samenwerking
in 2017!

Met vriendelijke groet
van het team
Netwerk Acute Zorg Brabant

Volg ons op LinkedIn



Wist u dat NAZB regelmatig berichten deelt op onze LinkedIn-pagina? Ga naar www.linkedin.com en volg 'Netwerk Acute Zorg Brabant'.



Samen vormen we een stevig netwerk