



nazb

netwerk acute zorg brabant

NAZBericht



Inhoudsopgave

- 03 ISEE simulator is successtory
- 06 Leren van de Moerdijkkramp
- 09 Hoofd en medisch coördinator
NAZB aanvaarden functie elders
- 10 Focusgroep Acute Obstetrie borgt afspraken
- 14 Hoe ervaren mensen beperkingen
in het dagelijkse leven na een ongeval?
- 17 Visitatie traumatologie van start
- 17 Nieuw overleg Regionale Spoedzorg
- 18 Nieuw: extranet NAZB
- 20 Project CBRN voorbereiding op dreuf
- 23 NAZB verloot stethoscoop

COLOFON **Redactie** Evelyne van Eck **Eindredactie** Evelyne van Eck, Céline van Elst
Fotografie Medische Fotografie St. Elisabeth Ziekenhuis, Rob de Haas – Mainstay Media Breda
Vormgeving Anja Verlaat **Drukwerk** DekoVerdivas.

Secretariaat T 013 • 539 23 32 F 013 • 539 39 11 E secretariaatnazb@elisabeth.nl
Postadres Postbus 90151 5000 LC Tilburg
Bezoekadres St. Elisabeth Ziekenhuis, Hilvarenbeekseweg 60, 5022 GC Tilburg

Agenda

6 november	Focusgroep Acute Psychiatrie
12, 13, 14 november	TTPA cursus
22 november	Regionaal Overleg Acute Zorg
10, 11, 12 december	TTPA cursus
13 december	Regionaal Spoedzorg Overleg
10 januari 2013	Bijeenkomst focusgroep Acute Obstetrie
24 januari 2013	Bijeenkomst focusgroep CVA

Voor meer informatie en de complete agenda
verwijzen wij u naar nazb.nl

Verpleegkundigen en artsen van het Jeroen Bosch Ziekenhuis krijgen op unieke wijze training
in hoe te handelen bij rampen en crises. De nadruk ligt, naast teamwork en communicatie, op
de logistieke aspecten van een ramp. Dankzij de ISEE simulator gaat het ZiROP leven.

ISEE simulator is successtory

Rampenplan wordt op realistische wijze geoefend

De logistiek is bij rampenoefeningen vaak
een ondergeschoven kindje. De ISEE
simulator vult deze leemte perfect op.
“De kracht van de simulator is dat het
oefenen van grootschalige incidenten op
reële gegevens gebaseerd wordt”, vertelt
Pascal Trompet, ZiROP coördinator en ISEE
trainer in het Jeroen Bosch.

Plattegrond
ISEE is een virtueel softwareprogramma.
Tijdens de training zitten deelnemers
achter een laptop en voeren ze hun
besluiten in de simulator in. De trainer

bepaalt vooraf het oefenscenario en de
leerdoelen. Het scenario wordt real-time
bijgewerkt zodat veranderingen direct
zichtbaar zijn in de oefenomgeving.
Hierdoor moeten cursisten ook alert zijn op
logistieke aspecten zoals opkomsttijden,
transporttijden en behandeltijden.

Uniek
Het unieke aan de simulator is dat de
afdeling waar de oefening plaatsvindt,
exact nagetekend is. “De plattegrond van
bijvoorbeeld je eigen SEH wordt getoond
op het scherm. Voordeel hiervan is dat

Doordat de afdeling waar de oefening gehouden wordt exact nagetekend kan worden, herkennen mensen zich heel goed in hun eigen situatie.

opleiden, trainen en oefenen



„mensen zich heel goed herkennen in hun eigen situatie”, vult Pascal aan. “Beschikbare mensen en middelen worden weergegeven met icoontjes die verschoven kunnen worden naar de juiste ruimtes.” Daarbij wordt ook rekening gehouden met de juiste kengetallen van het ziekenhuis, zoals het aantal IC bedden, trauma- en operatiekamers en de beschikbare transportcapaciteit.

Besluitvorming

Genomen beslissingen hebben dus direct gevolgen voor andere deelnemers. Pascal: “Je wordt afgerekend op je eigen besluitvorming. De oefensituatie is dus heel realistisch. Als het vervoer van een patiënt van de OK naar de IC in werkelijkheid tien minuten duurt, dan is dat ook het geval in de oefening. De mensen en middelen die nodig zijn om deze patiënt te verplaatsen, zijn voor deze tien minuten niet beschik-

baar voor andere werkzaamheden. Je krijgt dus goed zicht op hoe lang alle activiteiten in werkelijkheid duren.”

Gesprek van de dag

Het Jeroen Bosch ziekenhuis zet de ISEE simulator in het najaar ook in op de IC en OK. Op de SEH was de training onder de ongeveer vijftig medewerkers het gesprek van de dag. “Het heeft ook bijgedragen aan de bewustwording”, besluit Pascal. Het JBZ is enthousiast, nu de andere Brabantse ziekenhuizen nog.

Het NAZB zorgt voor de middelen, ziekenhuizen wordt gevraagd het programma zelf te implementeren.

Meer info?

Bel of mail Pascal Trompet:
073 553 24 39 p.trompet@jbz.nl



Pascal Trompet



foto: Rob de Haas – Mainstay Media Breda

Duiding van de
gezondheidsbedreiging
ontbrak



De chemische ramp in Moerdijk heeft voor velen een behoorlijke impact gehad.

Wat zijn de lessons learned van Moerdijk? En hoe ver gaat het medisch beroepsgeheim?

Leren van de Moerdijkramp

Jan van Eijck werd ten tijde van de Moerdijkramp opgeroepen als dienstdoend directeur Publieke Gezondheid GHOR Midden- en West-Brabant. Als lid van het beleidsteam maakte hij de aanpak van de ramp de eerste drie dagen van dichtbij mee. Deze ervaring maakte indruk en bracht hem tot een persoonlijke missie: de witte kolom informeren over wat we van deze ramp kunnen leren. En onszelf de vraag stellen: hoe zouden we het nu anders doen?

Nieuwsduiding

“In de eerste dagen ontbrak het aan duiding van de gezondheidsbedreiging. Voorbeeld:

het waterschap bracht op dag drie op eigen houtje naar buiten dat er kankerverwekkende stoffen in het oppervlaktewater zaten. Dit bericht zorgde voor heel veel maatschappelijke onrust. Er zat inderdaad kankerverwekkende stof in het oppervlaktewater, maar een dergelijk bericht moet voorzien worden van duiding. Onze milieuarts reageerde: het is pas schadelijk als je elke dag met je neus boven het water hangt en urenlang de lucht inademt.”

Jan verbaasde zich die dagen ook over het gebrek aan zelfbescherming bij enkele journalisten. “Een van hen stak als test zijn

vinger in de insteekhaven van het Hollands Diep. Gek hè, dat die vinger direct rood werd van verbranding. Dus ja, de stof in het water had een veel te hoge zuurgraad, maar meld daarbij ook dat de gevolgen voor de gezondheid voorlopig beperkt blijven als iedereen op afstand blijft van het water. Een sprekend voorbeeld van hoe een bericht genuanceerder verteld moeten worden.”

Verantwoordelijkheid

Hij vervolgt: “Zo hebben meerdere partijen, zoals enkele ziekenhuizen, hun eigen verantwoordelijkheid genomen, terwijl het juist van belang is om zaken af te stemmen. ►►

Daarvoor heb je een beleidsteam. Het is zaak dat er informatie gedeeld wordt, en dat er geen feiten achtergehouden worden. Het andere uiterste is echter een burgemeester die vertelt dat de ramp meevalt, terwijl de inwoners van Moerdijk en de rest van tv-kijkend Nederland dikke rookwolken voorbij zien drijven. Dan ben je niet geloofwaardig. En een betrouwbare overheid, dat is toch waarnaar wij moeten streven!”

Hoe dan wel?

“Er was in het begin veel onduidelijkheid over de omvang van de ramp en de gevolgen voor de volksgezondheid. En er werd te laat opgeschaald. In de eerste uren gaat het om een combinatie van maatregelen: begrensd de ramp, roep de juiste mensen bij elkaar en stroomlijn de crisiscommunicatie zodat er met één mond gesproken wordt. Er werd bovendien bij deze ramp te makkelijk voorbij gegaan aan het feit dat alleen de witte kolom de medische kennis in



Jan van Eijck is medisch adviseur bij de GGD Hart van Brabant.

huis heeft. De GHOR is tijdens een ramp de regisseur namens de witte kolom. Neem die verantwoordelijkheid als GHOR dan ook.”

Beroepsgeheim hindert hulp

“Na een ramp of incident is de informatiebehoefte over slachtoffers groot. Helaas komt het nog te vaak voor dat artsen menen dat zij op grond van het medisch beroepsgeheim geen enkele mededeling over de toestand van hun patiënten kunnen doen. Een voorbeeld daarvan was het schietincident in Alphen aan de Rijn. Slachtofferlijsten bijvoorbeeld komen vaak moeizaam beschikbaar. Onduidelijkheid over de

toestand van slachtoffers geeft vaak aanleiding tot geruchten, die snel de ronde doen, zeker in de sociale media. De autoriteiten ervaren dit als een groot probleem. Want zolang de identiteit, locatie en toestand van de slachtoffers niet bekend zijn, kunnen niet alleen nabestaanden of verwanten, maar bijvoorbeeld ook scholen en werkgevers, niet worden ingelicht. Het in kaart brengen van basale informatie over gewonden van zware ongevallen en rampen vraagt dus om nadere afstemming tussen de betrokken professionals. Waarbij artsen zich dus niet moeten verstoppen achter hun beroepsgeheim!” ●

Per 1 december aanstaande

Hoofd en medisch coördinator NAZB aanvaarden functie elders



Céline van Elst



Michiel Verhofstad

Hoofd NAZB Céline van Elst is verhuisd naar het midden van het land en wordt coördinator acute zorg bij Netwerk Acute Zorg Zwolle. Medisch coördinator van het NAZB en traumachirurg Michiel Verhofstad verruult het St. Elisabeth Ziekenhuis en Netwerk Acute Zorg Brabant voor het Erasmus MC in Rotterdam.

Céline vervulde met veel plezier haar functie als hoofd sinds juli 2008. Met het Regionaal Overleg Acute Zorg en het programma Opleiden, Trainen en Oefenen kwamen er naast traumazorg twee nieuwe terreinen bij. Samen met het team gaf zij deze verbreding van traumazorg naar de

gehele acute zorg vorm. Per 1 november 2011 resulteerde dit in een nieuwe naam voor Traumacentrum Brabant: Netwerk Acute Zorg Brabant.

Michiel wordt in Rotterdam hoogleraar traumachirurgie. Hij werkt sinds 2003 als traumachirurg in het St. Elisabeth, in januari 2007 startte hij daarnaast met zijn medisch coördinatorschap bij NAZB. Dankzij Michiel heeft het wetenschappelijk onderzoek, gebaseerd op de traumaregistratie binnen NAZB, een belangrijke vlucht genomen. Hij was onder andere co-promotor van klinisch epidemioloog Mariska de Jongh, die in september 2011

promoveerde op haar proefschrift getiteld 'population-based studies on trauma care models and measurements of adverse outcome'. Met kwaliteit van zorg en leven voor de patiënt als zijn belangrijkste drijfveren heeft hij het netwerk van Brabantse traumachirurgen verder weten uit te bouwen en vorm te geven. Voor Michiel en Céline wordt de komende maanden naar opvolging gezocht.

Daarnaast vindt er nog een [tijdelijke] verandering plaats binnen NAZB. Klinisch epidemioloog Mariska de Jongh is vanwege haar zwangerschapsverlof van 1 december tot eind maart 2013 afwezig.

Gynaecoloog en
voorzitter van de
focusgroep Cora
Fiedeldeij (I) en Petry
Verhees, verloskundige
bij de Verloskundige
Kring Westelijk
West-Brabant.

Auditformulier

Om jaarlijks een audit in de verloskundige praktijken uit te kunnen voeren was er behoefte aan een format dat hiervoor ingezet kan worden. Een werkgroep van twee gynaecologen en verloskundige Petry Verhees ontwikkelden hiervoor een auditformulier. Dit formulier is positief ontvangen tijdens de laatste focusgroepbijeenkomst en kan gebruikt worden door ieder Verloskundig



regionaal overleg acute zorg

De focusgroep Acute Obstetrie zet flinke stappen. “We zoomen in op de gehele ketenzorg, dat is de winst. De verbeterpunten van twee complicaties worden geborgd in het werkveld.”

Focusgroep Acute Obstetrie borgt afspraken

Werkveld voelt
verbeterpunten
aan den lijve

De focusgroep brengt de zorgketen in de acute verloskunde in kaart en concentreert zich allereerst op twee complicaties: een RP en een HPP. Bij een Retentio Placentae (RP) wordt de placenta na de geboorte van het kind niet spontaan geboren. Eén op de 20 zwangere Nederlandse vrouwen krijgt een HPP oftewel een nabloeding na de bevalling. HPP staat voor Haemorrhagia Post Partum.

Deze complicaties werden niet toevallig gekozen. Een RP gaat namelijk vaak

gepaard met een HPP. Leidend was ook dat veel verschillende professionals uit de verloskundige zorgketen betrokken zijn. De afgelopen jaren droegen daarom zowel eerste- als tweedelijns professionals verbeterpunten aan.

Binnen dertig minuten

Gynaecoloog en voorzitter van de focusgroep Cora Fiedeldeij vertelt over de gemaakte afspraken: “Regionaal is bijvoorbeeld afgesproken dat patiënten met een RP die thuis bevallen al binnen dertig



Acute neonaat

De focusgroep kijkt alweer vooruit. Cora Fiedeldeij: "Het volgende onderwerp is het verbeteren van de zorgketen rondom de acute zorg behoeftige neonaat. Deze baby wordt thuis geboren en heeft een lastige start. Hierover willen we nadere afspraken maken in de focusgroep. Een werkgroep met kinderartsen, verloskundigen en een vertegenwoordiger van de Regionale Ambulancevoorziening werkt op dit moment aan een voorstel met verbeterpunten."

► minuten ingestuurd worden naar het ziekenhuis. Alle verloskundigen uit onze regio moeten dit in acht nemen. De verloskundige belt de ambulance en laat het ziekenhuis weten dat de patiënt onderweg is. Vanaf dat moment vinden er in het ziekenhuis parallelle acties plaats. We informeren de benodigde specialisten en zetten alle voorbereidingen in gang, zoals het bestellen van bloed".

Actuele protocol

Deze afspraken worden geborgd in een protocol van het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV). "Het is belangrijk dat iedereen in de verloskundige zorgketen het actuele protocol volgt. Dan is het voor alle hulpverleners duidelijk welke zorg precies

geleverd moet worden", zegt Petry Verhees, verloskundige bij de Verloskundige Kring Westelijk West-Brabant. "Daarnaast is de afspraak dat Brabantse verloskundigenpraktijken jaarlijks een audit doen. Dat moet ruis op de lijn en onnodige vertragingen in de zorg voorkomen. Ook willen we met de audit controleren of we dezelfde werkwijze

hanteren voor deze twee complicaties." De verloskundigenpraktijken van het VSV kunnen een speciaal daarvoor ontwikkeld auditformulier gebruiken.

Op één lijn

Cora vervolgt: "De uitdaging binnen onze focusgroep is om iedereen op één lijn te krijgen. Ik wil de collega's kunnen overtuigen met argumenten en feiten. Wat mij opvalt is dat iedereen echt bereid is om over hun eigen grenzen te kijken."

Belangstellenden kunnen voor meer informatie contact opnemen met Claudia van der Velden, projectleider roaz: 013 539 12 09 of claudia.vd.velden@elisabeth.nl. ●

De afgelopen jaren droegen zowel eerste- als tweedelijns professionals verbeterpunten aan binnen de focusgroep Acute Obstetrie.



Hoe staan mensen in
het leven na een
trauma?

De jonge vader en zijn
zoontje zijn geen
deelnemers aan het
onderzoek van het
NAZB.

traumaregistratie



Hoe ervaren multitraumapatiënten hun kwaliteit van leven? NAZB onderzocht hoe
tevreden patiënten zijn over hun functioneren na een ernstig ongeval.

Hoe ervaren mensen beperkingen in het dagelijkse leven na een ongeval?

NAZB onderzocht
kwaliteit van leven
van multitrauma-
patiënten

Het NAZB koos voor een medisch psychi-
sche benadering, in samenwerking de
afdeling Medische Psychologie van het
St. Elisabeth Ziekenhuis.

“De overlevingskans van multitraumapati-
enten is tegenwoordig groot. In ziekenhui-
zen is alles erop gericht om mensen te laten
leven. Wij waren vooral benieuwd naar hoe
mensen in het leven staan na een trauma.
Krijgen deze patiënten de nazorg en

begeleiding die ze nodig hebben? En hoe
kan de medisch psychische zorg voor deze
patiënten verbeterd worden,” vertelt
Katinka van Delft, medisch informatiekun-
dige van het NAZB.

Dagelijks leven

Aan het onderzoek namen 173 ernstig
gewonde ongevalpatiënten deel. Ze werden
voor de start van het onderzoek behandeld
in het St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg. »

» Nieuw aan dit onderzoek is dat patiënten niet alleen gevraagd werd naar hun beperkingen en klachten, maar vooral naar hoeveel last zij hiervan hebben in hun dagelijks leven. De kwaliteit van leven wordt vooral bepaald door de doelen die patiënten in het leven willen behalen en de verwachtingen die ze hebben. “Er is sprake van een hogere kwaliteit van leven als patiënten hun beperkingen aanvaard hebben of voldoende hulpmiddelen hebben om naar eigen tevredenheid te kunnen functioneren. Wij onderzochten daarom welke invloed eventuele beperkingen hebben op de kwaliteit van leven van patiënten na hun revalidatiefase,” vervolgt Katinka.

Afname kwaliteit

Vijf domeinen werden onderzocht: de algemene kwaliteit van leven en sociale,

fysieke, psychologische en omgevingsfactoren. Katinka: “Vergeleken met een referentie groep is de kwaliteit van leven afgenomen van de patiënten die wij hebben onderzocht.”

Ernst en type letsel

Er bestaat geen relatie tussen de ernst van het letsel (ISS) en de kwaliteit van leven. Ook was er vrijwel geen relatie tussen letsel in een bepaalde lichaamsregio en de kwaliteit van leven. Met andere woorden: het type en de ernst van het letsel heeft geen of weinig invloed op de kwaliteit van leven van de onderzochte personen.

Werk en huishouden

Het onderzoek wees uit dat werk en huishouden de meeste invloed hadden op de kwaliteit van leven. Katinka besluit: “Of

Cijfers

- In verreweg de meeste gevallen is verkeer de oorzaak van het ongeval
- 60 procent van de onderzochte patiënten had hersenletsel
- 10 procent had psychische klachten voor het ongeval
- 25 procent had fysieke klachten voor het ongeval

mensen wel of niet konden terugkeren naar hun werk en of ze samenwonen of alleen wonen had invloed op de kwaliteit van leven na het trauma. Het mee kunnen doen in de maatschappij en problemen kunnen delen met een partner lijken dus meer bepalend voor de kwaliteit van leven, dan het letsel dat de patiënt heeft opgelopen.”

Voor meer informatie: medisch informatie-kundige Katinka van Delft, 013 539 29 34 of k.v.delft@elisabeth.nl. ●

Visitatie traumatalogie van start

Alle Brabantse ziekenhuizen krijgen de komende twee jaar bezoek van een visitatiecommissie. In wisselende samenstelling toetsen professionals uit de Brabantse traumaketen de levelindeling van het ziekenhuis. De Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie heeft nieuwe criteria opgesteld voor de levelindeling traumatalogie. Deze nieuwe criteria maken een verdeling in drie ziekenhuislevels: ziekenhuizen met basisfaciliteiten (3), ziekenhuizen met intermediaire faciliteiten (2) en een ziekenhuis met het regionale traumacentrum (1). Het Elkerliek ziekenhuis in Helmond wordt als eerste ziekenhuis bezocht, op 15 november.

Nieuw overleg Regionale Spoedzorg

Omdat Brabantse vertegenwoordigers van Meldkamers Ambulance, Regionale Ambulancezorg en de afdelingen Spoedeisende Hulp de onderlinge samenwerking binnen de spoedzorg willen bevorderen, komen ze voortaan enkele keren per jaar bijeen in het Regionaal Spoedzorg Overleg.

Het eerste overleg stond in het teken van agressie op de werkvloer en het uitvraagprotocol dat door de Meldkamer gebruikt wordt. Meer kennis van het systeem van het uitvraagprotocol leidt tot meer inzicht in en begrip voor de beslissingen van de meldkamercentralisten. Peter-Hans Vierhoven, teammanager RAV Brabant

Midden-West-Noord, gaf een toelichting op het uitvraagprotocol dat zij sinds februari 2012 gebruiken. Het AMPDS (Advanced Medical Priority Dispatch System) is leidend bij het uitvragen door meldkamercentralisten en werkt met ingangsvragen die bij elke 112 melding worden gesteld, en met sleutelvragen op situatie-specifieke kaarten. Het systeem wordt inmiddels in 32 landen gebruikt en is over de hele wereld hetzelfde. In het tweede Regionale Spoedzorg Overleg op 13 december staan de volgende onderwerpen centraal: voorbereiding op de feestdagen en de inventarisatie van het aantal GHB- en alcoholpatiënten die overlast veroorzaken op de SEH.

Iedereen die rechten krijgt voor het extranet van het NAZB ontvangt binnenkort een e-mail met alle gegevens.

netwerk



De website van het NAZB wordt binnenkort uitgebreid met een handige tool, het extranet. Documenten en gegevens zijn beveiligd beschikbaar voor collega's, samenwerkingspartners en belanghebbenden.

Nieuw: extranet NAZB

Platform om
informatie
exclusief te delen

Als netwerkorganisatie bij uitstek kan het NAZB niet zonder een beveiligd platform, dat alleen toegankelijk is voor leden. Voortaan zijn stukken als agenda's, vergaderstukken, beleidsdocumenten en powerpointpresentaties digitaal verzameld.

Hoofdingangen

Het compleet vernieuwde extranet heeft vier hoofdingangen: traumazorg, roaz, oto en ttpa-cursus. De informatie is makkelijk te vinden, een uitklapscherm wijst de gebruiker de weg naar de aangeboden stukken. Het extranet is bereikbaar via de knop

'Inloggen' rechtsboven op de homepage van www.nazb.nl. Gebruikers kunnen inloggen met hun e-mailadres en wachtwoord. Iedereen die rechten krijgt voor het extranet, ontvangt binnenkort een e-mail met alle gegevens. Het gaat om personen die veel samenwerken met het NAZB zoals deelnemers aan focusgroepen of leden van kennisplatforms.

Als het beveiligde deel van de website is gerealiseerd, is de website van het NAZB compleet afgerond.

Opmerkingen over het extranet? Mail die naar secretariaatnazb@elisabeth.nl.

Ziekenhuizen moeten beter voorbereid worden op slachtoffers met een acute vergiftiging. Ieder ziekenhuis moet kleine aantallen slachtoffers kunnen opvangen.



opleiden, trainen en oefenen

De ROAZ-regio Brabant ligt goed op koers om afdelingen SEH voor te bereiden op slachtoffers met een acute vergiftiging. Ook de eerste geluiden over de nieuwe e-learning module zijn positief.

Project CBRN voorbereiding op dreef

Speciale kennis en vaardigheden

Jaarlijks telt Nederland 15.000 slachtoffers met acute vergiftiging met chemicaliën. De opvang, behandeling en verzorging van deze slachtoffers vraagt speciale kennis en middelen. Daarom moeten ziekenhuizen beter voorbereid worden op slachtoffers met een acute vergiftiging of op mogelijke grote gifincidenten. Ieder ziekenhuis moet kleine aantallen slachtoffers kunnen opvangen.

Hulpverleners in de ROAZ-regio Brabant willen zich beter voorbereiden op de opvang van chemisch besmette slachtoffers. Om opleiding en training te kunnen geven, is een 'unité de doctrine' nodig, waarop de opleiding zich kan richten.

Op beide fronten zijn nu in Brabant belangrijke stappen gezet. De 'unité de doctrine' is uitgewerkt in een praktijk- en doelgroepgerichte 'Leidraad opvang chemische slachtoffers'. "We hebben een rood boekje ontwikkeld voor medewerkers die daadwerkelijk patiënten opvangen en een geel boekje voor de voorbereiders op

de SEH. Het rode boekje bevat vooral schema's en taakkaarten. Het gele boekje geeft praktische informatie om een SEH 'CBRN-proof' te maken," vertelt toxicoloog Marc Ruijten, projectadviseur voor de CBRN voorbereiding in Brabant. "Iedere SEH zal in ieder geval een CBRN aandachtsfunctionaris nodig hebben, die in 2013 wordt opgeleid voor die rol. Binnenkort volgt de uitgave van een groen boekje, een compleet CBRN naslagwerk."

CBRN-zorgniveau

Maar er zijn meer vermeldenswaardige ontwikkelingen. De wensen en behoeften



Toxicoloog Marc Ruijten,
projectadviseur voor de CBRN
voorbereiding in Brabant

Brabantse ervaringen

CBRN voorbereiding bouwt verder op eerdere CBRN projecten uit Groningen, Zwolle en Amsterdam en de leidraad van ZonMW. Alle projectresultaten zijn tot stand gekomen door de inzet van een Brabants projectteam met materiedeskundigen uit verschillende sectoren en instellingen. Uiteraard kunnen andere ROAZ-regio's hun voordeel doen met de recente Brabantse resultaten.

CBRN staat voor:
Chemisch, Biologisch,
Radiologisch, Nucleair.



van de RAV, GHOR en de Veiligheidsregio zijn in kaart gebracht en er wordt een voorstel gedaan voor het minimale CBRN-zorgniveau van ziekenhuizen. De eerste projectresultaten worden vastgesteld tijdens het bestuurlijke ROAZ-overleg op 22 november 2012. Daarna wordt gewerkt aan een structuur voor de borging van deze resultaten. Eind

2012 ligt er een Brabantbreed OTO-plan CBRN als basis voor de Brabantse OTO-activiteiten in 2013 en verder.

E-learning module

De e-learning module CBRN is de onderlegger voor de CBRN voorbereiding en de opleidingsplannen van ziekenhuizen en RAV-en. De RAV Brabant Midden-West-Noord deed als eerste ervaring op met de e-learning module. De ambulancehulpverleners reageerden afgelopen zomer overwegend positief. "Dankzij feedback uit het veld en een gezamenlijke inspanning om het CBRN e-learning onderwijs verder te verbeteren, ligt er nu een goed product waar we trots op kunnen zijn", aldus Ruijten. Op dit moment rollen vier Brabantse ziekenhuizen de e-learning module uit. Naar verwachting introduceren alle ziekenhuizen en RAV-en de module in 2013 voor hun medewerkers. De digitale module is vanaf deze maand ook landelijk beschikbaar via www.otoportaal.nl.



NAZB verloot stethoscoop

Alle oud-cursisten van de TTPA cursus maakten in oktober kans op een elektronische stethoscoop. Daarvoor moesten ze wel de vragenlijst over de TTPA cursus invullen. Vincent Pieterse, ANIOS SEH in Maasziekenhuis Pantein, gaf als een van de 92 respondenten gehoor aan dit verzoek en werd verkoren tot gelukkige winnaar van dit mooie instrument. De elektronische Littmann 3100 stethoscoop met Ambient Noise Reduction (ANR) is in het bijzonder geschikt voor gebruik op de SEH. De 'Tips, Tricks and Pitfall Avoidance cursus' (TTPA) bestaat ruim anderhalf jaar. Deelnemers werd onder meer gevraagd hoe zij de cursus waarden en of de leerstof aansluit op de praktijk. De uitkomsten van de evaluatieformulieren worden besproken in de TTPA programmacommissie, die zich bezig houdt met de kwaliteitsontwikkeling van de cursus.

Samen vormen we een stevig netwerk