



2

Gewondenspreidingsplan RAVU
herzien

4

Ketenavond leidt tot nieuw
katherisatieprotocol

7

Focusgroep
Acute Verloskunde

10

Terugblik
2014

Gewondenspreidingsplan RAVU herzien

Bij grootschalige incidenten en rampen kan het aantal slachtoffers zo groot zijn dat ze over meerdere ziekenhuizen en traumacentra verspreid moeten worden. Hoe dat gebeurt, staat beschreven in het gewondenspreidingsplan waarover alle ambulancediensten moeten beschikken.

© Foto: RAVU



Medio 2014 werd het gewondenspreidingsplan in de regio Utrecht herzien. In het nieuwe plan is een centrale rol weggelegd voor het Calamiteitenhospitaal. "Bij een incident met vijf of meer gewonden vervoeren we alle slachtoffers naar het Calamiteitenhospitaal", vertelt John van Engelen, manager Bedrijfsvoering Operationele Zaken bij de RAVU.

CALAMITEITENHOSPITAAL

Het Calamiteitenhospitaal is binnen dertig minuten gereed voor de opvang van een grote groep slachtoffers. Patiënten worden daar geregistreerd, getrieerd en krijgen de eerste noodzakelijke medische behandeling. "Daarna kunnen we de patiënten gedoseerd en gecontroleerd verspreiden over de ziekenhuizen in de regio. Zo worden hun proces-

sen zo min mogelijk verstoord." Maar dat is niet het enige voordeel. Het is voor de RAVU logistiek het meest eenvoudig. En door opvang in het Calamiteitenhospitaal is het voor alle betrokken partijen duidelijk waar de slachtoffers zijn.

PLAN B

Als het Calamiteitenhospitaal niet beschikbaar is, treedt plan B in werking. "Dan maken we gebruik van de medische behandelcapaciteit van de regionale ziekenhuizen en gaan we gewonden spreiden." Dat betekent een extra belasting voor de ziekenhuizen en veel extra werk voor de meldkamer, die een regiefunctie heeft bij het spreiden van gewonden. (MvV)



Huisartsenpost Nieuwegein naar nieuwe locatie

Op 13 augustus 2014 nam het St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein de nieuwe Spoedeisende Hulp (SEH) in gebruik. Sinds 3 februari jl. zit de Huisartsenpost Nieuwegein ook binnen de muren van het ziekenhuis, pal naast de afdeling SEH. Patiënten kunnen voor spoedzorg nu terecht op één plek.



© Foto: Marlène van Vifjeiken

Het St. Antonius Ziekenhuis en de huisartsenpost Nieuwegein hebben de afgelopen twee jaar veel energie gestoken in de nieuwbouw. Ze trokken samen op in het ontwerp- en bouwproces. Het resultaat is een ruim opgezet, hybride gebouw waar de SEH en de huisartsenpost (HAP) kunnen samenwerken in hetzelfde gebied, maar waar ze ook hun eigen domein hebben.

ZELFVERWIJZERS

SEH en HAP zitten weliswaar in één gebouw, maar van echte samenwerking is in het geval van zelfverwijzers nog geen sprake. "We hebben twee loketten: een SEH-loket en een HAP-loket", zegt

Maurice Beekwilder, afdelingshoofd SEH. Dat moet voor de zomer één loket worden, waar een SEH-verpleegkundige de triage verzorgt. "Onderhandelingen daarover met de zorgverzekeraar lopen", vertelt Mehrzad Nasserri (foto), medisch manager van de HAP Nieuwegein.

KORTE LIJNEN

Eén spoedzorgloket heeft alleen maar voordelen, vinden Beekwilder en Nasserri. "Er komen minder patiënten met klein letsel op de SEH. Zo blijft er meer tijd voor patiënten die acute zorg nodig hebben", zegt Beekwilder. Omdat een SEH-verpleegkundige zelf een aantal medische handelingen mag verrichten, wordt

volgens Nasserri ook het werk voor de huisarts uitdagender. "Hij ziet ernstiger gevallen." Ook de patiënt profiteert: hij wordt sneller geholpen. Beekwilder: "En mocht een patiënt op de HAP instabiel worden, dan is de SEH heel dichtbij om te ondersteunen."

HUISKAMER

In de gemeenschappelijke 'huiskamer' komen artsen automatisch met elkaar in contact. Nasserri: "Dat leidt tot betere onderlinge contacten. De lijntjes worden korter en huisartsen zullen sneller met een SEH-arts overleggen bij noodsituaties. Daardoor verbetert de hele acute zorgketen." (MvV)

Ketenavond leidt tot nieuw katheterisatieprotocol



Een bekkenfractuur ontstaat wanneer grote externe krachten inwerken op het bekken, bijvoorbeeld door een val van grote hoogte of verkeersongeval. Aanwezigheid van bloedvaten, zenuwen en organen in het bekkengebied maken zo'n fractuur complex en de kans op complicaties groot.

Tijdens de eerste ketenavond van 2015 stonden bekkenfracturen centraal. In het algemeen komt een dergelijke fractuur niet vaak voor. Maar bij polytraumapatiënten betreft het 25 procent van alle fracturen. Deze fracturen kunnen gepaard gaan met vaatletsel, zenuwletsel en letsel van de bekkenorganen. In de acute fase staat stabilisatie van de bekkenring en het stelpen van eventuele bloedingen centraal.

UROGENITAAL LETSEL

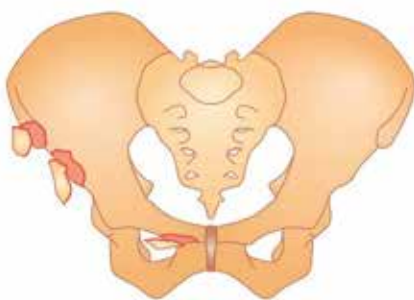
Bekkenfracturen kunnen gepaard gaan met urogenitaal letsel. Dit kan zowel blaasletsel zijn als urethraletsel. Een intraperitoneale blaasruptuur moet zo snel mogelijk operatief hersteld worden. Een extraperitoneale blaasruptuur kan conservatief behandeld worden met een katheter. De behandeling van een urethraletsel bestaat in eerste instantie uit het plaatsen van een suprapubische katheter, gevolgd door een urethraplastiek in een later stadium (drie tot zes maanden na het trauma). Wanneer op de afdeling spoedeisende hulp verdenking is op een urethraruptuur zonder bloed aan de meatus, dan is één poging tot een transurethrale katheterisatie door een ervaren persoon toegestaan. Een patiënt met bloed aan de meatus mag in principe niet gekatheteriseerd worden. Dit onderscheid werd ter plekke vastgelegd in

het protocol dat in het UMC Utrecht gebruikt wordt.

VERLOSKUNDIGE ASPECTEN

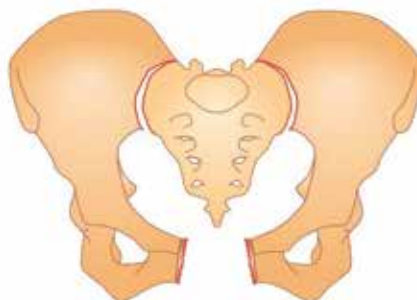
Behandeling van een zwangere patiënte na een hoog-energetisch trauma gaat volgens Advanced Trauma Life Support. Daarbij gaat de behandeling van de moeder voor die van het kind. De prognose van het kind is over het algemeen niet goed en is sterk afhankelijk van de zwangerschapsduur en het eventueel tijdig kunnen toedienen van corticosteroiden. De Kleihauer-Betke test en het toedienen van anti-D immuunglobuline zijn essentieel voor een veilige nieuwe zwangerschap. Na een bekkenfractuur is een vaginale bevalling in het algemeen goed mogelijk. (DTG)

Classificatie volgens Tile



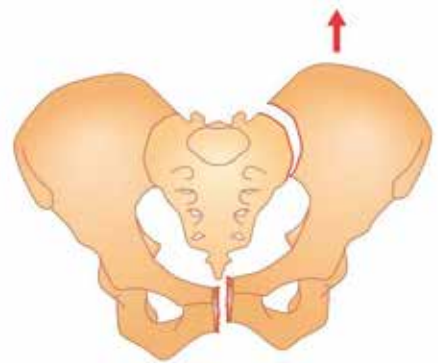
A

Type A: stabiele bekkenring
(incidentie 50-70%)



B

Type B: partieel letsel achterzijde
(rotatie instabiel, verticaal stabiel)
(incidentie 20-30%)



C

Type C: volledige verscheuring van de bekkenring
(incidentie 10-20%)

Traumaregistratie: bekkenfracturen



In 2013 kwamen 204 patiënten met een bekkenfractuur op de spoedeisende hulp van één van de ziekenhuizen in de regio Midden-Nederland.

Daarmee maken patiënten met een bekkenfractuur maar een klein onderdeel uit van het totaal aantal traumapatiënten dat via de SEH in het ziekenhuis wordt opgenomen. Maar de impact van een dergelijk letsel is groot. Een bekkenfractuur gaat vaak gepaard met ander letsel, waardoor een operatie of opname op de IC nodig is.

VOORAL OUDEREN

Uit de traumaregistratie van het Traumazorgnetwerk Midden-Nederland blijkt dat het vooral ouderen zijn die met een bekkenfractuur in het ziekenhuis worden

opgenomen. Driekwart van alle bekkenfractuurpatiënten is ouder dan vijftig jaar. Binnen de groep ouderen zijn de tachtigplussers het meest kwetsbaar: zij nemen 38% van alle bekkenfracturen voor hun rekening.

ONGEVALSMECHANISMEN

Een bekkenfractuur ontstaat bijvoorbeeld door een val van grote hoogte of verkeersongeval. Dat zijn ook in de regio Midden-Nederland de belangrijkste oorzaken: 66% van de bekkenfracturen wordt veroorzaakt door een val (al dan niet van grote hoogte), 25% door een verkeersongeval. (SA)

GHOR in beweging

Per 1 april voert de Veiligheidsregio Utrecht een reorganisatie door en wordt de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) in de regio weer een aparte afdeling. De GHOR heeft als taak zich samen met de ketenpartners voor te bereiden op grootschalige incidenten.



Bij ongevallen en rampen is de GHOR ook verantwoordelijk voor de coördinatie in de zorgketen en de afstemming met de operationele hulpdiensten, ziekenhuizen en

gemeente. Volgens Robert Jan Schouwerwou, hoofd van het GHOR-bureau, zal de buitenwereld niet veel merken van de organisatorische wijzigingen. "We blijven ons

richten op de preparatie en coördinatie tijdens incidenten. De accounthouders die vanuit de GHOR al sinds 2009 de contacten onderhouden, zullen dat blijven doen. De reorganisatie helpt ons wel om samen met de GGD regio Utrecht de processen van medische milieukunde, infectieziektebestrijding, psychosociale hulpverlening bij incidenten en advisering van het openbaar bestuur over gezondheidsonderzoek goed te organiseren en te prepareren." (MvV)

Fusie Zuwe Hofpoort en St. Antonius

De Raden van Toezicht van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis in Woerden en het St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht en Nieuwegein hebben het voorstel om te fuseren goedgekeurd. De belangrijkste aanleiding voor een fusie is het realiseren van kwaliteitsverbeteringen door complexe zorg te concentreren en basiszorg te spreiden. Ofwel de beste zorg op de juiste plek organiseren.

De komende jaren verandert er niets voor de patiënten in Woerden. Na 2018 kan 80% van de patiënten zoals gebruikelijk in Woerden terecht voor poliklinische zorg en diagnostiek. De komende tijd worden de plannen verder uitgewerkt en wordt o.a. met gemeenten en huisartsen gesproken over de zorg in de regio. De Nederlandse Zorgautoriteit moet de fusie nog goedkeuren. Naar verwachting is in 2018 de fusie volledig afgerond.

Nieuwe huisstijl



De opmaak van deze nieuwsbrief laat het al zien: het Traumazorgnetwerk Midden-Nederland heeft een nieuwe huisstijl

We voeren deze huisstijl door in al onze communicatie-uitingen, te beginnen met deze nieuwsbrief die vier keer per jaar verschijnt. In de nieuwsbrief besteden we aandacht aan onderwerpen die te maken hebben met acute zorg, traumazorg en crisisbeheersing en OTO in de regio Midden-Nederland. Actuele informatie over deze onderwerpen, achtergronden en activiteiten vindt u op onze nieuwe website: www.traumazorgnetwerkMN.nl. Heeft u informatie voor de nieuwsbrief of website? Of mist u informatie? Laat het ons weten.

20 mei OTO werkconferentie

Op 20 mei draait alles om twee centrale thema's: een sterkere keten én een sterkere crisisorganisatie. In een aantal workshops gaan we deze thema's verder uitwerken. Ons motto: "Op weg naar 2020! Een sterke crisisorganisatie in een sterke keten."

De uiteindelijke opbrengst van de dag is een aantal uitgangspunten voor het OTO meerjarenbeleidsplan 2016-2019. Deze punten leggen we ter instemming voor aan het ROAZ. Op die manier willen we onze bestuurders betrekken in de dingen die wij belangrijk vinden. Op deze dag zijn mensen uit alle regionale zorginstellingen, die vanwege hun functie betrokken zijn bij crisisbeheersing en OTO activiteiten van harte welkom. Meer informatie of aanmelden? Neem contact op met Marlou Verheul: m.l.m.verheul@umcutrecht.nl (MV)

Focusgroep Acute Verloskunde

Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) heeft focusgroepen ingesteld. Zij bekijken hoe de acute zorg op hun gebied verbeterd kan worden. In 2014 is de focusgroep Acute Verloskunde opnieuw gestart, met een nieuwe voorzitter: dr. Martijn Heringa. Hij vertelt in het kort wat de aandachtspunten van de focusgroep Acute Verloskunde voor de komende tijd zijn.

“De verloskunde is per definitie ongeplande en vaak acute zorg. Dat vraagt dat iedereen goed is voorbereid om dat te doen wat van hem verwacht wordt. Op het moment dat het nodig is en het er op aan komt: een ultra betrouwbare organisatie. Dat vereist werken aan bindende afspraken over de samenwerking waar je op kunt vertrouwen. Dat is een kerntaak van het ROAZ en voor de verloskunde in onze stadsregio. Denk daarbij aan onderhoud en evaluatie van de ketenafspraken over de ‘parallele actie’ in een acute noodsituatie, zoals een uitgezakte navelstreng, abruptio, fluxus en dergelijke. Aan afspraken over de scholing voor gebruik van de SBAR-methode in de keten en ook de afstemming bij grote evenementen, zoals de start van de Tour de France in juli van dit jaar.

Maar het gaat ook over de werkwijze en berichtgeving bij regionale catastrofes: hoe gebruiken we passend moderne communicatiemiddelen? En over afstemming bij capaciteitsproblemen.”

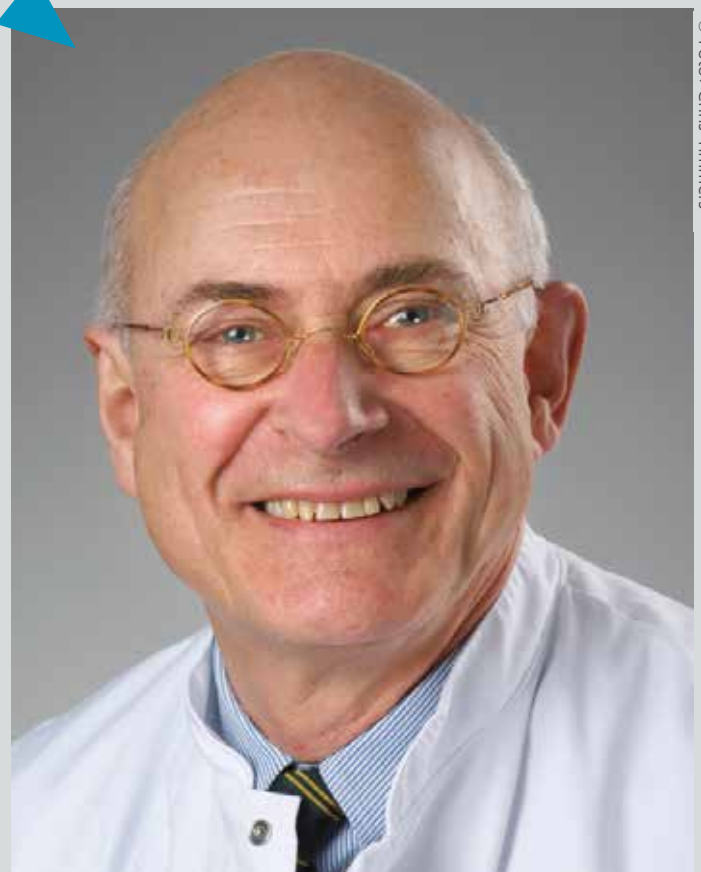
“De complexiteit verandert voortdurend en dat vraagt telkens aanpassingen in de ketensamenwerking. Als focusgroep met vertegenwoordigers van alle organisaties in de regionale geboortezorgketen zijn wij de aangewezen professionals om te signaleren wat er nodig is om ons werk goed te kunnen doen. Doet u mee?”

Voorzitter Martijn Heringa

Sinds 1 januari 2015 is dr. Martijn Heringa - praktiserend gynaecoloog en klinisch manager in het WKZ Geboortecentrum - de nieuwe voorzitter van de focusgroep Acute Verloskunde van het ROAZ in Midden-Nederland.

Heringa heeft zich toegelegd op de organisatie van de zorg in de keten en op bevorderen van een goede samenwerking. Zijn streven is de kwaliteit en veiligheid in de zorg voortdurend te verbeteren, waardoor moeder en kind beter af zijn en de professional meer voldoening uit zijn werk haalt. “Vooruitgang in de zorg vraagt niet alleen inhoudelijke ontwikkeling, maar in toenemende mate teamontwikkeling. Laat je de kansen daar liggen dan doe je cliënten, patiënten en jezelf tekort.”

Heringa zoekt naar wat de professionals van elkaar nodig hebben om hun werk goed te kunnen doen en hoe ze elkaar daarbij het beste kunnen helpen. “De basis is werken aan vertrouwen vanuit respect voor elkaars professionele competenties en een grondhouding van begrip voor ieders eigen invalshoek en professionele cultuur.” (NR)



© Foto: Chris Timmers

Traumafellows in de regio

drs. Jort Keizer

Jort Keizer studeerde geneeskunde aan de Universiteit Leiden. Na zijn afstuderen in 2006 werkte hij als ANIOS in Medisch Centrum Haaglanden. Sinds 2009 heeft hij als AIOS heelkunde achtereenvolgens gewerkt in Ziekenhuis Bronovo, LUMC en MC Haaglanden. Vanaf januari 2015 is hij fellow traumachirurgie in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein.



© Foto: St. Antonius Ziekenhuis

drs. Dieuwertje Tiel Groenestege



© Foto: St. Antonius Ziekenhuis

Dieuwertje Tiel Groenestege studeerde geneeskunde in Utrecht. Ze studeerde af in 2003 en begon als ANIOS chirurgie in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Na haar opleiding werkte ze als chef de clinique in het Slingeland Ziekenhuis. In maart 2013 werd ze fellow traumachirurgie in het UMC Utrecht. In 2014 had ze deze functie in het St. Antonius Ziekenhuis. Sinds januari 2015 is ze weer fellow traumachirurgie in het UMC Utrecht.

drs. Murat Avci

Murat Avci studeerde geneeskunde aan het Erasmus MC en behaalde in 2003 zijn artsexamen. Hij volgde verdere opleiding in het TweeSteden Ziekenhuis en het UMC Utrecht. Van oktober 2011 tot en met juni 2013 was hij chef de clinique in het St. Antonius Ziekenhuis. De tweede helft van 2013 werkte hij als fellow traumachirurgie in het UMC Utrecht. Sinds 1 januari 2014 is hij fellow traumachirurgie in het Diaconessenhuis in Utrecht.



© Foto: Diaconessenhuis

Onderzoek als bindende factor

In de regio Midden-Nederland wordt veel onderzoek gedaan naar traumachirurgische onderwerpen. Kleine onderzoeksprojecten zijn vaak niet ingebed in een vaste organisatiestructuur. Daarnaast is gebleken dat onderzoeken meestal tot één kliniek beperkt blijven. Dat is jammer, vinden Falco Hietbrink en Marijn Houwert. "Want onderzoek is een bindende factor."

Vanuit het traumacentrum organiseren Hietbrink (traumatoloog in het UMC Utrecht) en Houwert (AIOS Heelkunde) onderzoeksbijeenkomsten om (jonge) onderzoekers in de regio Midden-Nederland te verbinden. Op die manier willen ze een platform creëren waar eenieders inbreng evenveel waard is, waar onderzoekers hun kennis delen en leren van elkaars ervaring.

Basaal onderzoek is een expertisepunt van de traumachirurgie in het UMC Utrecht waarmee internationaal hoge ogen wordt gegoid. De kracht van het basaal onderzoek ligt in hypothesegericht denken. De ziekenhuizen in de regio doen vooral veel klinische studies. De kracht van klinisch onderzoek is juist pragmatisch: een klinisch relevant probleem oplossen. Hietbrink en Houwert: "Op de onderzoeksbijeenkomsten combineren we de kracht van beide typen onderzoek."

KLANKBORDFUNCTIE

De bijeenkomsten vinden eens per twee maanden plaats. Iedere keer worden vier onderzoeken kort gepresenteerd. De presentaties worden afgesloten met een vraag aan de groep. Hierdoor ontstaat een klankbordfunctie. De groep bestaat inmiddels uit twintig onderzoekers.



Samenwerking loont

Binnen de traumaregio Midden-Nederland werken traumatologen regelmatig samen. Niet alleen op het gebied van patiëntenzorg, maar ook als het gaat om wetenschappelijk onderzoek. Die samenwerking loont, vindt Taco Blokhuis, traumatoloog in het UMC Utrecht. Samen met zijn collega Ger van Olden uit Meander Medisch Centrum in Amersfoort onderzocht hij of een niet verplaatste gebroken pols minder lang in het gips kan met hetzelfde resultaat. "Dit blijkt goed en veilig te kunnen. Drie weken gips is voldoende."

Blokhuis en Van Olden presenteerden de resultaten van hun onderzoek op een poster tijdens de jaarlijkse Traumadagen en wonnen daarmee de posterprijs. "Het winnen van de posterprijs laat zien dat we landelijke erkenning krijgen voor onze samenwerking", zegt Blokhuis. Maar het versterkt de samenwerking ook, zowel in de zorg als in het onderzoek. "Het één kan niet zonder het ander", aldus Van Olden.

Het één leidt ook tot het ander. De samenwerking wordt voortgezet in een nieuw onderzoek. "Daarin onderzoeken we de levensvatbaarheid van cellen die overblijven na een operatief behandelde breuk", vertelt Blokhuis. "We kijken of we die cellen kunnen gebruiken om de breuk nog sneller te laten genezen. Amersfoort heeft de cellen, Utrecht de onderzoeksfaciliteiten. Op die manier vullen we elkaar mooi aan." (MvV)

Terugblik 2014

Het Traumazorgnetwerk Midden-Nederland houdt zich – net als andere traumaregio's – bezig met drie pijlers: de traumazorg, de zorg bij grote ongevallen en rampen (opgeschaalde zorg) en de overige acute zorgketens. Ook in 2014 hebben we stappen gezet om de kwaliteit van de zorgketens voor de acute patiënt te verbeteren. In alle gevallen was samenwerking tussen ketenpartners de sleutel tot vooruitgang.



© Foto: Gioya Bouwman

We hebben in onze regio goede afspraken over de concentratie van meervoudig ernstig gewonde ongevals-slachtoffers in het traumacentrum. In 2014 ving het traumacentrum 80% van deze multitraumapatiënten op. Daarmee is de regio Midden-Nederland een landelijke koploper. In dezelfde lijn past de spreiding van heupfracturen naar de algemene ziekenhuizen. Zij behandelden 96% van alle heupfracturen in onze regio. Dat komt met name de gespecialiseerde zorg voor oudere patiënten ten goede.

OPGESCHAALDE ZORG

Heldere afspraken tussen ketenpartners en oefeningen vormen de randvoorwaarde voor adequate opvang van grote aantallen slachtoffers bij rampen en ongevallen. In 2014 is het regionaal Ziekenhuis Rampen Opvangplan (r-ZiROP) vastgesteld. Hierin staan de afspraken over de bereikbaarheid en inzet van de ketenpartners en de wijze waarop zij communiceren. Ook werd het gewondenspreidingsplan vastgesteld door de Regionale Ambulance Voorziening Utrecht en de Veiligheidsregio Utrecht.

Alle ketenpartners bereidden zich afgelopen jaar (gezamenlijk) voor op rampen en crises door opleiding, training en oefenen.

ACUTE ZORG

Binnen de acute zorg blijft kwaliteit een belangrijk thema. In juli rondden de zorgverzekeraars de eerste fase van de implementatie van hun visie af. Daarmee is het nog niet gedaan. Indicatoren voor de kwaliteit van de zorg en zorgketens zijn momenteel in ontwikkeling. (LVS)

Agenda

MAART

17 maart

HMIMS, Calamiteitenhospitaal

24 maart

Ketenavond 'Brandwonden',
Utrecht

MEI

10-12 mei

16th European Congress on
Trauma & Emergency Surgery
(ECTES), Amsterdam

20 mei

Op weg naar 2020: een
sterke crisisorganisatie in een
sterke keten. Werkconferentie
meerjarenbeleid OTO, Doorn

JUNI

18 juni

Seminar Kennisnetwerk
Zoönosen Midden-Nederland,
Utrecht

Ketenpartners



Colofon

Redactie

Daniëlle van Boxtel

Natasja Rabouw

Marlène van Vijfeijken

Met medewerking van

Stasja Aspers

Lukas van Spengler

Dieuwertje Tiel Groenstege

Marlous Verheul

Ontwerp en opmaak

Multimedia, marketing & communicatie

UMC Utrecht

Drukwerk

ZuidamUithof Drukkerijen

www.traumazorgnetwerkmn.nl
traumazorgnetwerk@umcutrecht.nl

VERPLEEGKUNDIGE MARIEKE POL

“We hebben iets bijzonders gedeeld”

Het UMC Utrecht ving in december een met ebola besmette patiënt op in het Calamiteitenhospitaal. De eerste ebolapatiënt in Nederland. Marieke Pol is senior verpleegkundige op de afdeling Interne geneeskunde en Infectieziekten (I&I) in het UMC Utrecht. Zij zorgde met een heel team voor de ebolapatiënt. Als verpleegkundige ging zij de quarantainebox in. Goed voorbereid door oefeningen en trainingen die het hele jaar door gehouden worden. Voor ebola trainde ze elke twee maanden. “Ik heb me heel veilig en zeker gevoeld door de voorbereidingen, het volgen van de protocollen en door mijn collega’s – met name de buddy’s.”

Voor de opvang van een patiënt in quarantaine werkte het team met een buddiesysteem. “Wanneer ik in de box was, stond mijn buddy achter de glazen wand om al mijn handelingen te controleren en mij via een intercom te instrueren. Van tevoren namen we precies door wat ik ging doen, hoe lang dat duurde en welke materialen ik nodig had. Alles werd dubbel gecheckt: in de box kun je niet even iets pakken wat je mist.” De buddy volgde elke beweging van de verpleegkundige in de box. “Ik moest heel rustig lopen, zodat de buddy precies kon zien wat ik deed.” Omdat de buddy instructies gaf en het overzicht bewaarde, kon de verpleegkundige zich beter focussen op de taken in de box. “Er zijn zoveel handelingen. Als je iets aanraakt, zijn je handschoenen al besmet. Voor je iets schoons pakt, moet je ze vervangen. Op een veilige manier. Alles is gericht op het minimaliseren van besmettingsgevaar.”

EERSTE KEER IN ISOLATIEBOX

De eerste keer in een ebolapak bij de patiënt staan, voelde toch anders dan tijdens de training. “Het doet iets met je. Het voelde nog serieuzer. Er lag nu een patiënt in bed. Hoe ga je daar mee om? Als verpleegkundige ben je gewend om contact met de patiënt te zoeken. Uit medeleven leg je even je hand op iemands arm. Dat mocht nu niet, want dat is een extra contactmoment en een extra risico. Het was wennen dat dat niet kon.” Eenmaal uit de box wilde ze als eerste: “Water! We verloren door de inspanning en het warme ebolapak veel vocht in korte tijd. Een collega woog na het werken in de isolatiekamer anderhalve kilo minder.” De eerste avond nadat ze had gewerkt had Marieke een moment van hypochondrie.



© Foto: Marlène van Vrijfijken

“Ik lag in m’n bed en dacht: ‘Oh, ik ben misselijk. Is dit gek?’ Dat hadden meer collega’s in het begin. Voor iedereen was deze situatie nieuw. We hadden tijdens de hele periode contact met elkaar over onze ervaringen. Het was fijn om die te delen.”

VEILIG GEVOEL

De keuze om de box te in te gaan was niet zo moeilijk. “Ik heb al zo vaak getraind. Ik voelde me er heel gerust op.” Omdat ze niet wist hoe mensen zouden reageren, vertelde ze alleen aan haar directe familie dat ze de ebolapatiënt behandelde. “Ik kon ze goed uitleggen dat het UMC Utrecht mij niet in een onveilige situatie zou laten werken. Veiligheid staat voorop. Dat voel ik ook. Ik zie hoe hard en professioneel iedereen werkt om die veiligheid boven alles te stellen.”

WAARDEVOLLE ERVARING

Marieke vond haar collega’s van I&I heel bereidwillig om reguliere diensten op de verpleegafdeling over te nemen. Ze is trots op de organisatie. Op dat het zo goed is gegaan. “We hebben deze ervaring nu en kunnen hem delen met anderen. Mocht het weer nodig zijn dan staan wij goed voorbereid klaar.” Inmiddels is er ook al weer geoefend. Want de trainingen blijven doorgaan. “De eerste keer was het wel apart om het mondkapje weer om te doen. De geur gaf meteen een ebolagevoel.” Marieke merkte dat het opvangen van een ebolapatiënt wel iets doet binnen een organisatie. “Je leert nieuwe mensen kennen van verschillende afdelingen en er ontstaat een gevoel van verbondenheid. Dat voel je nog steeds als je elkaar tegen komt in de gang. Je hebt iets bijzonders met elkaar gedeeld.” (DvB)