

BERICHT

Een dreigende crisis is de beste oefening

Nederlandse ziekenhuizen hebben niet veel ervaring in het verplegen en behandelen van patiënten met een zeer ernstig ziektebeeld met een groot risico op besmetting van hun zorgverleners. Naar aanleiding van een patiënte met een Marburgvirusinfectie werd, in overleg met het RIVM en het Elkerliek Ziekenhuis in Helmond, besloten dat het UMC St Radboud zich zou voorbereiden op het opvangen van mogelijke secundaire ziektegevallen. Om op korte termijn opname van patiënten verdacht voor Marburgvirusinfectie mogelijk te maken werd het Centraal Operationeel Team (COT) geactiveerd. Dit team maakt deel uit van de opschalingstructuur die beschreven is in het calamiteitenplan van het ziekenhuis. Dagelijks overleg tussen alle leden van het COT en een oefening droegen bij aan een adequate voorbereiding op een mogelijke opname. Bij het overschrijden van de opnamecapaciteit van het UMC St Radboud zouden patiënten ook naar andere academische centra gaan.

Aanleiding

Op 5 juli 2008 werd in het Elkerliek Ziekenhuis in Helmond een 41-jarige patiënte opgenomen die door haar huisarts verwezen was in verband met aanhoudende hoge koorts na terugkeer van een vakantie in Uganda. Op 9 juli nam de behandelend arts van de patiënte aan het eind van de werkdag telefonisch contact op de afdeling infectieziekten van het UMC St Radboud. Alhoewel de gebruikelijke diagnostiek geen virale of bacteriële verwekker aanwees, werd tijdens het telefoongesprek duidelijk dat er mogelijk sprake was van virale hemorrhagische koorts en vooruitlopend op dat vermoeden werd isolatie en het opstellen van een voorlopige contactlijst van de patiënte geadviseerd. Het was de bedoeling om de patiënte over te brengen naar het UMC in Nijmegen. Echter, vanwege snelle verslechtering van de leverwaarden en een mogelijke fulminante hepatitis, werd de patiënte naar het Leids Universitair Medisch Centrum overgebracht. Toen op 10 juli de bevestiging kwam dat de patiënte besmet was met een filovirus en Marburg hemorrhagische koorts bevestigd kon worden (1), kreeg het UMC St Radboud het verzoek om te fungeren als ziekenhuis waar contacten van deze patiënt naartoe verwezen konden worden. In het ziekenhuis zou men dan een klinische beoordeling kunnen doen en een mogelijk besmette contactpersoon direct kunnen isoleren. In de LCI-richtlijn Virale hemorrhagische koorts staat het UMC St Radboud genoemd als een van ziekenhuizen waar deze patiënten behandeld kunnen worden.(2) In Nederland worden patiënten met een dergelijk ziektebeeld maar uiterst zelden gezien en het UMC St Radboud had dan ook geen ervaring met het verplegen en behandelen van een patiënt met hemorrhagische koorts.(3)

Opschaling

Na het besluit om het UMC St. Radboud een sleutelrol te geven werden in het ziekenhuis maatregelen genomen om de deskundigheid en capaciteit op te schalen. Conform het calamiteitenplan werd het Centraal Operationeel Team (COT) bijeengeroepen door de Interne Calamiteiten Coördinator (ICC-er) en de voorzitter van het COT. Voor deze specifieke situatie werd het COT versterkt met vertegenwoordigers van de afdelingen spoedeisende hulp (SEH), intensive care (IC), interne geneeskunde en de afdeling Facilitair/Logistiek. Verder werd het team uitgebreid met een communicatieadviseur, diverse inhoudelijke deskundigen (4) en secretariële ondersteuning. Het COT kwam na de eerste melding gedurende twee en een halve week bijna iedere dag bijeen en werd door het RIVM dagelijks geïnformeerd over de stand van zaken op nationaal niveau. Het COT-overleg concentreerde zich op 3 onderwerpen:

- De bestaande protocollen en richtlijnen. Zijn de protocollen duidelijk en praktisch uitvoerbaar?
- Het vrijhouden van isolatiekamers en de aanschaf van materialen zoals disposables en persoonlijke beschermingsmaterialen.
- Informeren en voorbereiden van het personeel Dit resulteerde onder andere in voorlichtingssessies aan artsen en verpleegkundigen, enkele ziekenhuisbrede voorlichtingssessies, een oefening en een training in de toepassing van persoonlijke beschermingsmiddelen.

Verder speelde ook nog een andere omstandigheid een rol namelijk de jaarlijkse Vierdaagse van Nijmegen. Op de laatste dag van de Vierdaagse met de traditionele intocht door Nijmegen is het ziekenhuis zeer moeilijk te bereiken. Voor acute zaken is dan opvang geregeld door omliggende ziekenhuizen maar voor opvang van mogelijk met Marburgvirus besmette patiënten was dit niet mogelijk.

Evaluatie

In opdracht van de Raad van Bestuur werd een rapport opgesteld over de opschaling met een chronologisch opsomming van de gebeurtenissen en maatregelen en de resultaten van een onder het personeel uitgevoerde enquête. Het rapport is niet openbaar maar heeft geleid tot een groot aantal aanpassingen in de bedrijfsvoering. De belangrijkste leerpunten op een rij:

- Het actuele protocol voor de behandeling en verpleging van een patiënt met virale hemorrhagische koorts dient op het intranet te staan.
- Aan het begin van de crisis moeten inhoudelijk deskundigen het betrokken personeel informeren. Dit voorkomt verwarring die later zeer moeilijk weg te nemen is.
- Protocollen en richtlijnen dienen te worden getoetst op uitvoerbaarheid

De periode van opschaling werd door alle betrokkenen als 'bijzonder' ervaren omdat iedereen intensief betrokken was, bereid was mee te werken maar zich ook ernstige zorgen maakte over zijn eigen veiligheid. Er was ruimte om vlot materialen en middelen aan te schaffen. Een voorzichtige schatting van de kosten van de gehele opschaling komt neer op € 60.000 (inclusief de voor deze situatie ingestelde piketdiensten en exclusief de salariskosten voor de ureninzet). Het was de eerste keer dat het COT van het UMC St. Radboud onder deze omstandigheden gedurende 3 weken opereerde en de leerervaring was groot. Zo heeft het ziekenhuis later tijdens de periode van de Mexicaanse griep direct gebruik kunnen maken van de opgedane ervaringen. De conclusie is dan ook dat deze periode de beste test was om te zien of het ziekenhuis de opschaling voor opname van deze specifieke patiëntengroep op orde had. Gelukkig is er in het ziekenhuis geen opname nodig geweest.

Literatuur

1. Timen A, Koopmans MPG, Vossen ACTM, van Doornum GJJ, Günther S, van den Berkmortel F, Verduin KM, Dittrich S, Emmerich P, Osterhaus ADME, van Dissel JT, Coutinho RA. Response to Imported Case of Marburg Hemorrhagic Fever, the Netherlands Emerg Infect Dis. 2009; 15: 1171-1175. doi: 10.3201/eid1508.090051.
2. LCI –richtlijn Virale hemorrhagische koorts. <http://www.rivm.nl/cib/infectieziekten-A-Z/infectieziekten/Filovirussen/index.jsp>
3. Swaan CM, Veldkamp PJ, van den Broek PJ, Wijnands S. Contactonderzoek bij een patiënt met lassakoorts. Infectieziektenbulletin 2001; 7: 223-227. <http://www.rivm.nl/infectieziektenbulletin/bul127/lassa.html>
4. De deskundigen bestonden uit een infectioloog, consulent infectiepreventie, arts-microbioloog/viroloog, biologische veiligheidsfunctionaris en milieu-/stralingsdeskundige, bedrijfsarts en een psycholoog)

Oefening

Om te testen of de protocollen en richtlijnen in de praktijk uitvoerbaar waren werd door het COT een realtimeoefening gehouden. Tijdens deze oefening meldde zich een patiënt bij de balie van het ziekenhuis met de mededeling dat hij koorts had en in contact was geweest met de patiënte met de Marburgvirusinfectie. Hierna werd het hele opnametraject onder de loep genomen, beginnend bij de afdeling SEH, het onderzoek door de verpleegkundige en arts, het vervoer naar de isolatiekamer van de afdeling Infectieziekten en ten slotte de IC. Aan het eind van de dag konden het protocol en de richtlijnen op een aantal punten worden aangepast.

Verpleegkundigen waren over het algemeen zeer gemotiveerd om aan de oefening mee te doen, artsen waren minder geïnteresseerd. Ervaren verpleegkundigen van de afdeling infectieziekten benaderden de werkzaamheden met een duidelijke rust en waren bereid om meteen aan te pakken. Op de IC-afdeling, waar men niet gewend is om besmettelijke patiënten te behandelen, heerste meer angst en onzekerheid. In deze trainingssituatie met veel aandacht voor de veiligheid van de hulpverlener bleek de psychische begeleiding van de patiënt echter te wensen over te laten.

Conclusie

De door het UMC St Radboud uitgevoerde oefening blijkt een goede tool te zijn voor (universitaire) ziekenhuizen die een taak hebben in de opvang van patiënten met ernstige besmettelijke ziekten en hun contacten. De oefening is kosteneffectief, snel op te zetten en levert een schat aan informatie op ter verbetering van het werkproces. De opzet en oefendoelen zijn binnenkort te vinden op de oefenbank van het RIVM <http://oefenbank.infectieziekten.eu/> Er wordt gekeken om oefeningen zoals deze in de cyclus van het ziekenhuis OTO-traject (Opleiden, Trainen en Oefenen) op te nemen.

A.J. Jacobi, projectleider Preparedness, RIVM, **M. Peters**, en **C. Bleeker-Rovers**, UMC St Radboud
E-mail: andre.jacobi@rivm.nl