

## Handreiking

### ‘Opvang van **CBRN**-patiënten op de SEH’

Auteur: Regionale Werkgroep Biologisch, ROAZ-regio’s Zwolle en Euregio

Opdrachtgever: Netwerk Acute Zorg Zwolle – Acute Zorg Euregio

Definitieve versie: februari 2016

## Leden Regionale Werkgroep Biologisch:

- Ralph de Wit Medisch Manager, Acute Zorg Euregio (*r.deWit@mst.nl*)
- Marije Wagelaar Arts infectieziektenbestrijding, GGD IJsselland (*m.wagelaar@ggdijselland.nl*)
- Karlijn Kampman Arts infectieziektenbestrijding, GGD Twente (*k.kampman@ggdtwente.nl*)
- Sylvia Debast Arts-microbioloog, Isala (*s.b.debast@isala.nl*)
- Mike Holkamp Kwartiermaker CBRN, Isala (*m.h.e.holkamp@isala.nl*)
- Marijke Haak SEH-verpleegkundige, Isala (*m.haak@isala.nl*)
- Corine Delsing Internist-infectioloog, MST (*c.delsing@mst.nl*)
- Joost Hofhuis Acute Zorg Euregio (*j.hofhuis@mst.nl*)
- Wim Heupers Netwerk Acute Zorg Zwolle (*w.heupers@isala.nl*)
- Pieter Janssen Regionaal Projectleider CBRN (*p.janssen@spectrigon.com*)

# Inhoud

<b>1. Inleiding</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Infectieziekten</b> .....	<b>5</b>
2.1 Introductie .....	5
2.2 Meldingsplicht.....	6
2.3 Belangrijke partijen bij infectieziektebestrijding vanuit scope SEH.....	6
<b>3. Opvang van patiënten met infectieziekten</b> .....	<b>7</b>
3.1 CSCATTT.....	7
3.2 De CSCATTT-aspecten nader uitgewerkt.....	7
3.3 Stroomschema .....	12
<b>Bijlage 1</b> Melden van infectieziekten volgens de Wet publieke gezondheid.....	<b>13</b>
<b>Bijlage 2</b> Overzicht interne/externe partijen (vanuit scope SEH) .....	<b>14</b>

# 1. Inleiding

Het Netwerk Acute Zorg Zwolle en het Netwerk Acute Zorg Euregio verbeteren samen met regionale ketenpartners de opvang van CBRN-patiënten. CBRN<sup>1</sup> staat voor chemisch, biologisch, radiologisch en nucleair.

De insteek van het regionale CBRN-project is gebaseerd op een all-hazard-approach. De basisgedachte hierbij is dat een instelling in elke CBRN-situatie kan terugvallen op een generieke benadering. Hierdoor is een instelling voorbereid op 'het bekende' en kan de aandacht worden gericht op de specifieke nieuwe en unieke elementen van betreffende CBRN-situatie; 'het bijzondere'.

Met de all-hazard-approach als basisgedachte lag de projectmatige focus afgelopen jaren op de spoedeisende hulp afdelingen (SEH) van ziekenhuizen. En dan concreet op de chemisch besmette patiënten op de SEH; de 'C' binnen CBRN. Hiervoor is de handreiking 'Opvang chemisch besmette patiënten op de SEH' ontwikkeld. In 2014 zijn nuances aangebracht voor de opvang van patiënten op de SEH met een radiologische en/of nucleaire besmetting. Kortom: de 'R en N' binnen CBRN.

Nu is het de beurt aan het onderdeel 'Biologisch' van CBRN (de 'B' van CBRN).

Dagelijks heeft de SEH te maken met patiënten met infectieziekten. Bij de 'B' van CBRN gaat het echter over 'bijzondere scenario's'. Deze zijn bijzonder omdat de aard van de infectie of het aantal (potentieel) besmette mensen, de dagelijkse gang van zaken en continuïteit op een SEH (kunnen) verstoren en/of aanvullende maatregelen behoeven anders dan de gebruikelijke infectiepreventiemaatregelen ter voorkoming van verspreiding van een infectieus agens onder patiënten, bezoekers en/of personeel in het ziekenhuis en/of daarbuiten. Denk hierbij aan de volgende scenario's:

- patiënt(en) met (het vermoeden op) een meldingsplichtige A-ziekte;
- een ongewoon aantal patiënten met een aandoening van vermoedelijk infectieuze aard;
- een mondiale (grootschalige) uitbraak van een infectieziekte;
- patiënten die slachtoffer zijn van bioterrorisme.

De urgentie van de actualiteit (Ebola) is er de oorzaak van dat in 2014 instellingen de nodige specifieke voorbereidende maatregelen hebben getroffen met betrekking tot Ebola. Echter, is dit niet altijd gedaan vanuit de hierboven genoemde all-hazard-approach voor CBRN.

Gevoed door een behoefte vanuit het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorgketen) is vanuit het regionale CBRN-project door een regionale werkgroep 'Biologisch' gewerkt aan de voorliggende handreiking.

---

<sup>1</sup> De term CBRN is een ontstaan vanuit de Noord-Atlantische Verdragsorganisatie (NAVO). Deze term wordt nu ca. tien jaar gehanteerd en heeft ook civiel ingang gevonden.

**Het betreft een pragmatische en beknopte handreiking die door de doelgroep (CBRN-kwartiermakers) gebruikt kan worden om de 'eigen situatie' op de SEH aan de hand van de CSCATTT-methodiek onder de loep te nemen en daar waar nodig aan te scherpen. Het vervangt niet de bestaande ziekenhuisprocedures maar is een ondersteunend instrument in het streven naar een 'all-hazard' voorbereiding op CBRN-situaties.**

De voorliggende handreiking wordt, evenals de handreiking 'Opvang radiologische en nucleair besmette patiënten op de SEH', als addendum toegevoegd aan de handreiking 'Opvang chemisch besmette patiënten op de SEH'. In het kader van de uniformiteit is daarom gekozen voor eenzelfde opbouw. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het thema Infectieziekten. Vervolgens komen in hoofdstuk 3 de verschillende CSCATTT-aspecten aan bod die een rol spelen bij de opvang van patiënten met infectieziekten vanuit de scope van CBRN.

## **2. Infectieziekten**

### **2.1 Introductie**

Een infectieziekte ontstaat als gevolg van een lichamelijke reactie op biologische agentia (micro-organismen of producten daarvan). Micro-organismen zijn levende organismen die veelal niet met het blote oog zijn waar te nemen, zoals bacteriën, virussen en schimmels. In veel gevallen zijn micro-organismen niet ziekteverwekkend. Een relatief klein aantal soorten is dit wel. Het binnendringen van ziekteverwekkende organismen in het menselijke lichaam, die zich daar vervolgens vermeerderen en/of ziekteverschijnselen veroorzaken, wordt een besmetting genoemd. Besmetting treden doorgaans al op na eenmalige blootstelling. Besmetting leidt niet altijd tot ziekte. Indien dit wel zo is, varieert de tijd die verloopt tussen blootstelling en het optreden van ziekteverschijnselen (de incubatietijd) van enkele uren tot enkele maanden of zelfs vele jaren na de blootstelling. Het woord 'infectie' wordt in de praktijk gebruikt voor het aanduiden van ziekte als gevolg van een besmetting.

Micro-organismen kunnen worden overgedragen van mens op mens of van dier op mens en vice versa, maar ook vanuit de omgeving; bijvoorbeeld via bacteriën in straatvuil. Besmetting kan onbedoeld of intentioneel (opzettelijk) gebeuren.

Als een besmettelijke ziekte veel mensen treft, spreken we van een ziektegolf of epidemie. Een wereldwijde uitbraak heet een pandemie. Grote uitbraken van (besmettelijke) infectieziekten komen gelukkig niet vaak voor. Maar als een grote groep mensen ziek wordt, kan dat de samenleving behoorlijk ontwrichten.

Bij bioterrorisme is er een intentionele (opzettelijke) dreiging om grote groepen mensen te besmetten met virussen, bacteriën of toxines. Deze dreiging is een manier om de samenleving te ontwrichten. Het aantal slachtoffers van bioterroristische aanslagen kan groot zijn in tijd en plaats, waarbij vaststelling van een aanval vaak pas kan geschieden als er symptomen van ziekte opduiken en/of er een duidelijke intentionele besmetting is vastgesteld<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Bijvoorbeeld 'poederbrief' heeft signaalfunctie. In zo'n geval is er vaak nog geen sprake van ziekte en nog onzeker of er daadwerkelijke besmetting heeft plaatsgevonden, maar kan al wel een bioterroristische aanval vastgesteld worden op basis van microbiologisch onderzoek.

Bioterrorisme heeft een grote impact op de publieke opinie. Geruchten over bioterrorisme zorgen voor onrust bij de bevolking. Angst opwekken is dan ook een van de bedoelingen van bioterroristen.

## **2.2 Meldingsplicht**

Voor een aantal infectieziekten is het van belang dat verspreiding in een vroeg stadium wordt tegengegaan; voorbeelden zijn pokken, polio, difterie, TBC. Voor dergelijke infectieziekten is een meldingsplicht ingesteld, die is vastgelegd in de 'Wet publieke gezondheid'<sup>3</sup>.

Artsen, laboratoria en hoofden van instellingen zoals basisscholen, kindercentra en zorgcentra moeten conform deze wet meldingsplichtige besmettelijke ziekten melden bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). Hierbij speelt de arts infectieziektebestrijding van de GGD een belangrijke rol. Deze richt zich op het voorkomen en bestrijden van uitbraken van infectieziekten. De drie belangrijkste componenten hierbij zijn:

- bewaken (monitoren)
- beheersen (voorkomen verspreiding);
- beschermen (profylaxe, vaccinatie, hygiëne advies).

De arts infectieziektebestrijding is eindverantwoordelijk voor bron- en contactonderzoek en voert de regie bij het indiceren en uitvoeren van (grootschalige) interventies. De dienstdoende arts infectieziektebestrijding is via het regionale GGD-nummer 7x24 uur bereikbaar voor intercollegiaal consult.

Bij een grootschalige uitbraak wordt regionaal de hulp ingeroepen van de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) voor coördinatie en afstemming met andere partners. In het algemeen is dan de GHOR verantwoordelijk voor informatievoorziening en coördinatie en de GGD voor de inhoudelijke aspecten van de uitbraakbestrijding.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft vuistregels opgesteld voor het melden van infectieziekten. Deze zijn ter informatie opgenomen in bijlage 1.

## **2.3 Belangrijke partijen bij infectieziektebestrijding vanuit scope SEH**

Ziekenhuizen werken met veel partijen (interne/externe) samen aan de preventie en bestrijding van infectieziekten. Juist voor een optimale aanpak in crisissituaties aangaande infectieziekten is het belangrijk dat interne en externe partijen goed samenwerken. De recente Ebola-crisis heeft geleerd dat het voor het ziekenhuis (lees in dit geval: SEH) belangrijk is alle partijen goed in beeld te hebben en het beleid aan te laten sluiten. Een overzicht van deze partijen is in het licht van deze CBRN handreiking opgenomen in bijlage 2.

---

<sup>3</sup> De volledige wettekst is te vinden via: [http://www.rivm.nl/Onderwerpen/W/Wet\\_publieke\\_gezondheid](http://www.rivm.nl/Onderwerpen/W/Wet_publieke_gezondheid)

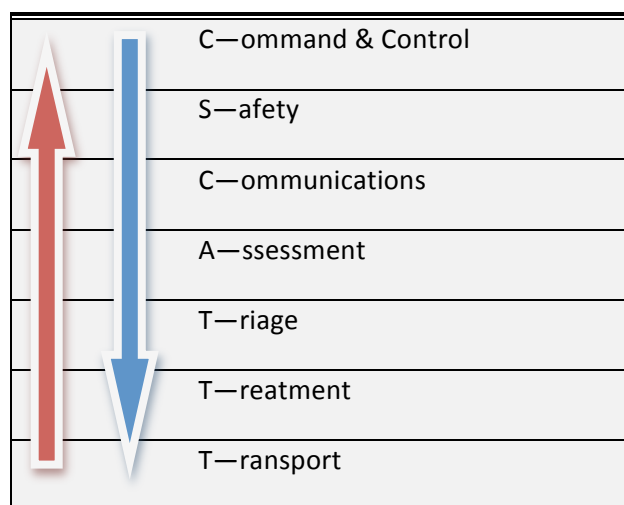
### 3. Opvang van patiënten met infectieziekten

#### 3.1 CSCATTT

De CSCATTT methodiek gaat uit van een specifieke aanpak om de gevolgen voor de patiënt, hulpverlener(s), overige betrokkenen en infrastructuur te minimaliseren. Hierbij is het van belang dat de juiste prioriteiten worden gesteld en dat alle betrokken functionarissen hier ook van op de hoogte zijn.

Een sequentiële benadering volgens het CSCATTT-principe is een goed handvat om deze prioriteiten juist te stellen. CSCATTT is een all-hazard approach gebaseerd op een vast format waar een SEH altijd op kan terugvallen, zowel dagdagelijks als bij ‘opgeschaalde situaties’.

CSCATTT staat voor:



#### 3.2 De CSCATTT-aspecten nader uitgewerkt

Deze all-hazard approach is dus ook toepasbaar voor de opvang van ‘B’-patiënten zoals bedoeld bij CBRN<sup>4</sup>. Vooralnog zijn vanuit de all-hazard doelstelling van deze handreiking geen verbijzonderingen aangebracht naar type scenario.

In de tabel op de volgende pagina’s worden de verschillende CSCATTT-aspecten in relatie tot de opvang van deze patiënten op de SEH verder uitgewerkt.

Het kan natuurlijk zijn dat een infectieziekte wordt geconstateerd op een andere afdeling dan de SEH. Op dat moment kan nog steeds onderstaande CSCATTT-methodiek worden gebruikt als houvast. Daar waar in het onderstaande voor de SEH de MedCo (Medisch Coördinator) en VeCo (Verpleegkundig Coördinator) staat, dient dit gelezen te worden als de Medisch Coördinator en Verpleegkundig Coördinator van betreffende afdeling.

---

<sup>4</sup> Denk aan de scenario’s: meldingsplichte A-ziekte, ongewoon aantal patiënten met een aandoening van vermoedelijk infectieuze aard, mondiale (grootschalige) uitbraak infectieziekte, slachtoffers bioterrorisme.

<b>CSCATTT</b>	
<b>Command &amp; Control</b>	<p><u>Algemeen SEH</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De Command &amp; Control rol voor de dagelijkse opvang van patiënten bij een SEH is belegd bij de Medisch Coördinator (MedCo) van de SEH.</li> <li>• De MedCo doet dit in nauwe samenwerking met de Verpleegkundig Coördinator van de SEH (VeCo).</li> <li>• De Command &amp; Control rol voor een individuele patiënt blijft bij de MedCo <u>tot aan het moment</u> dat een behandelend arts de behandelrelatie overneemt.</li> <li>• De MedCo blijft samen met de VeCo te allen tijde op de SEH.</li> <li>• Beiden zijn ze verantwoordelijk voor de continuïteit van de SEH.</li> </ul> <p><u>(Potentiële) crisissituatie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In geval van een (potentiële) crisissituatie kan conform de geldende crisismanagementprocedures worden besloten om op te schalen naar een crisisorganisatie.</li> <li>• Betreffende procedures en de specifieke situatie bepalen de passende invulling van deze organisatie (inclusief de Command &amp; Control).</li> </ul> <p><u>Infectieziekten algemeen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij een patiënt met een infectieziekte worden te allen tijde de binnen het ziekenhuis geldende procedures op het gebied van infectieziekten/infectiepreventie gevolgd.</li> </ul>

<b>CSCATTT</b>	
<b>Safety</b>	<p>Indien er sprake is van een infectieziekte zijn specifieke beschermende maatregelen nodig, voor de hulpverleners, voor het werkkterrein en voor andere patiënten. Het infectiepreventiebeleid van het ziekenhuis wordt hierbij gevolgd.</p> <p><u>Informereren en betrekken deskundigen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het is van belang om als SEH tijdig de deskundigen infectiepreventie te informeren en te betrekken, zowel in de preparatiefase (koude fase) als in de acute fase (warme fase).</li> <li>• Neem bij twijfel of additionele vragen contact op met de deskundigen infectiepreventie.</li> </ul> <p><u>Persoonlijke bescherming hulpverleners</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het gebruik van persoonlijke bescherming ligt vast in het infectiepreventiebeleid. De deskundigen infectiepreventie</li> </ul>



	<p>adviseren over eventuele aanvullingen hierop en zorgen met name vooraf voor goede instructies en scholing.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij CBRN-situaties geldt in algemene zin de stelregel: 'Beperk het aantal betrokken medewerkers, de contactduur met de patiënt en bewaar zoveel mogelijk afstand'. Zorg dat zwangere medewerkers worden uitgesloten.</li> <li>• Medewerkers die in contact zijn geweest met de patiënt (ook betrokken ambulancepersoneel) moeten worden gecontroleerd op de infectieziekte conform de reguliere infectiepreventieprocedures.</li> </ul> <p><u>Bescherming werkterrein en omstanders</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectieve toegangscontrole door beveiligingsfunctionarissen op de SEH (of andere ingangen) is van belang. Hierdoor wordt voorkomen dat mensen die hulp komen bieden, familie en overige belangstellenden risico lopen op besmetting.</li> <li>• Zorg ook dat de geïntegreerde huisartsenpost en baliemedewerkers zijn voorbereid op de komst van een mogelijk besmette patiënt.</li> </ul> <p><u>Logistiek</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergeet de overleden patiënten niet! Er dient duidelijkheid te bestaan over de te volgen werkwijze bij een overleden patiënt met een infectieziekte. Dit geldt ook voor het vervoer van betreffende patiënt.</li> <li>• Door een juiste logistieke inrichting moet voorkomen worden dat een patiënt hulpverleners, omstanders en anderen besmet. Hierbij is het belangrijk dat betreffende patiënt zo min mogelijk wordt verplaatst en zoveel mogelijk in dezelfde ruimte blijft.</li> <li>• Indien een patiënt wordt opgevangen in / overgebracht naar een isolatiekamer, is het van belang te weten welke ruimtes kunnen worden gebruikt bij meerdere te isoleren patiënten.</li> </ul> <p><u>Facilitair (reiniging/desinfectie)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De mogelijk 'vervulde' gebieden op de SEH worden conform de geldende facilitaire procedures beoordeeld.</li> <li>• Op basis van deze beoordeling wordt door de deskundigen infectiepreventie en facilitair bedrijf in overleg met de MedCo en VeCo bepaald hoe tot herstel kan worden gekomen voor normaal gebruik van de SEH.</li> </ul>
--	--

<b>CSCATTT</b>	
<b>Communications</b>	Ziekenhuizen werken met veel partijen (interne/externe) samen aan de preventie en bestrijding van infectieziekten (zie bijlage 2). Juist voor een optimale aanpak in crisissituaties aangaande infectieziekten is een goede

	<p>(crisis)communicatie en informatie-uitwisseling belangrijk.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De doelstellingen, uitgangspunten, processtappen, organisatie en rollen van communicatie moeten zijn vastgelegd.</li> <li>• Het moet hierbij duidelijk zijn hoe wordt aangesloten op de crisiscommunicatie van betrokken ketenpartners in de zorgsector/veiligheidsdomein.</li> <li>• Bij dit alles is het van belang om netcentrische voorzieningen te treffen rondom informatiemanagement. Netcentrisch werken is erop gericht dat de besluitvorming bij de opvang van patiënten met infectieziekten altijd gebaseerd is op een actueel, consistent en gevalideerd situatiebeeld. Het gaat hierbij om informatie zowel van 'buiten het ziekenhuis' als 'binnen het ziekenhuis'.</li> </ul>
--	--

<b>CSCATTT</b>	
<b>Assessment</b>	<p>Op de SEH zal bij de opvang van een patiënt met een infectieziekte een continue verkenning van de situatie moeten plaatsvinden door de MedCo in nauwe samenspraak met de behandeld arts, deskundige infectiepreventie en de VeCo. Indien de situatie vraagt om opschaling wordt conform de geldende crisismanagementprocedures hierbij bepaald wat de passende invulling van de crisisorganisatie is en hoe daar naar toe wordt opgeschaald.</p> <p>Bij deze continue verkenning spelen de volgende aspecten een rol:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe is de situatie (wat, hoe, wanneer, wie)?</li> <li>• Wat is de reeds gestarte aanpak?</li> <li>• Welke urgente besluiten moeten direct genomen worden?</li> <li>• Waar zit de impact nu (bestaande problemen)?</li> <li>• Wat kan de impact worden (de risico's)? Vaststellen relevante topics (bijvoorbeeld: is er voldoende capaciteit qua bedden, isolatie, personele bezetting etc.?)</li> <li>• Per topic nalopen stand van zaken, check op volledigheid topics en check op passende aanpak/integraliteit/eenheid van inspanning.</li> <li>• Benoemen doelstellingen en uitgangspunten.</li> <li>• Check op opschaling/organisatie/expertise: wat vraagt de situatie?</li> <li>• Besluitvorming over gevraagde besluiten of aanvullende besluiten.</li> <li>• Benoemen nadere informatievragen.</li> <li>• Check op volgend overleg: doel, teamsamenstelling, etc.</li> </ul> <p>Het kan dus zijn dat bovenstaande verkenning al plaatsvindt voordat überhaupt één of meerdere patiënten in het ziekenhuis zijn opgenomen op basis van een voorwaarschuwing door het RIVM.</p>

	De laboratoria medische microbiologie, artsen-microbioloog, deskundigen infectiepreventie en internist-infectiologen ontvangen wekelijks een overzicht 'Infectieziektensignalen' (Labinf@ct en Signaleringsoverleg) van het RIVM. Daarnaast worden zo nodig bij potentiële gevaren op het gebied van infectieziekten (zoals bijvoorbeeld bij Ebola) alle betrokken partijen over het beleid geïnformeerd door een landelijk crisisbeleidsteam, waarin alle betrokken beroepsverenigingen zijn vertegenwoordigd.
--	---

<b>CSCATTT</b>	
<b>Triage</b>	<p>Feitelijk is triage de eerste stap in de geneeskundige hulpverlening voor de patiënt op de SEH. Hierbij moet duidelijk zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie de eerste triage doet.</li> <li>• Waar deze triage plaatsvindt.</li> <li>• In wat voor ruimte deze triage wordt gedaan.</li> <li>• Hoe de toegang tot die ruimte is geregeld.</li> <li>• Welke richtlijn/casusdefinitie bij de triage wordt gebruikt.</li> </ul>

<b>CSCATTT</b>	
<b>Treatment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënten worden behandeld conform de geldende behandelprotocollen.</li> <li>• Hierin staat beschreven hoe, door wie en wanneer welke behandelingen worden uitgevoerd.</li> </ul>

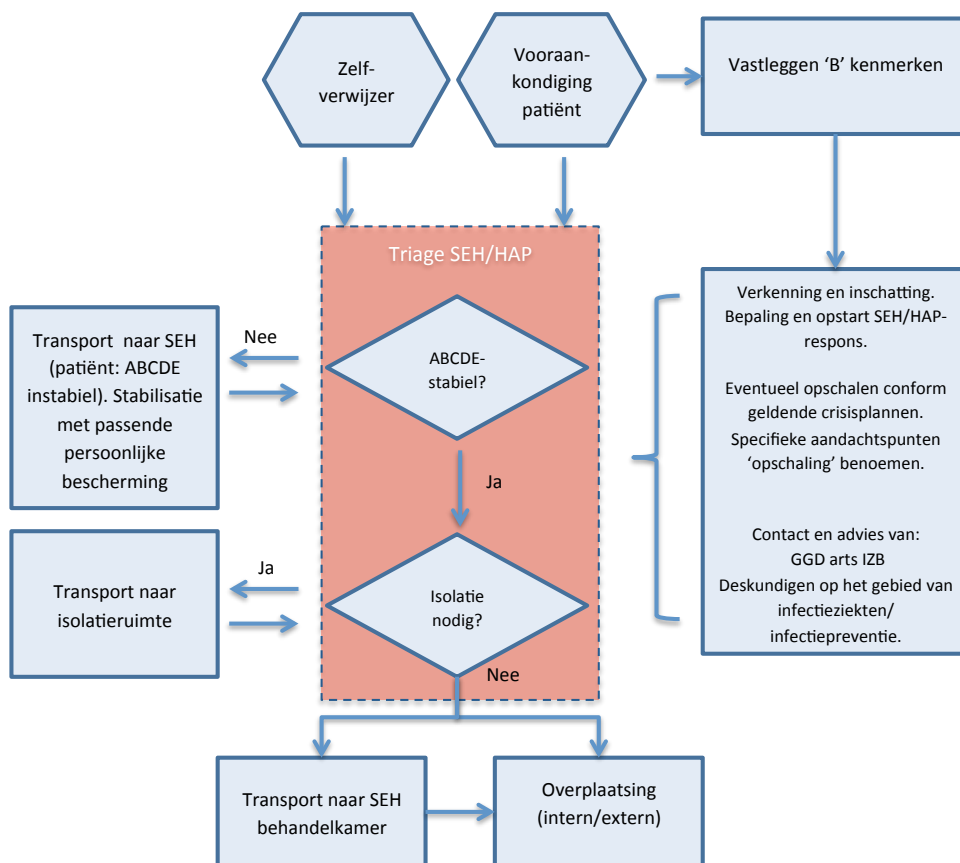
<b>CSCATTT</b>	
<b>Transport</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feitelijk is de patiënt al aanwezig op de SEH conform de gangbare procedures. Mocht het zijn dat er sprake is van een isolatie dan wordt gewerkt conform de geldende ziekenhuisprocedures.</li> <li>• Vanaf de SEH kunnen de patiënten worden vervoerd naar andere afdelingen in het ziekenhuis of extern worden overgeplaatst. Hier kunnen bijzondere maatregelen voor gelden: andere transportcondities nodig, andere route door het ziekenhuis, afspraken met ambulancediensten en samenwerkende ziekenhuizen etc. Dit behoeft veel aandacht: juist dit zijn zaken die in de voorbereiding goed uitgewerkt moeten worden. Verder zal het verantwoordelijke crisisteam hier een belangrijke rol in spelen.</li> </ul>

### 3.3 Stroomschema

In deze paragraaf is een stroomschema<sup>5</sup> opgenomen. Op hoofdlijnen worden hierbij de processtappen schematisch weergegeven voor de opvang van een patiënten met infectieziekten op de SEH.

Indien er sprake is van een (mogelijke) 'opschalingssituatie' kan een instelling situatie-specifieke aandachtspunten benoemen. Bijvoorbeeld:

- *Wat als de isolatieruimte bezet is?*
- *Wie bepaalt welke isolatie prioriteit heeft als er meerdere en verschillende isolatie indicaties tegelijk zijn?*
- *Wat te doen als er 10 patiënten in isolatie moeten (bv. bioterrorisme)?*
- *Is cohorteren een optie? waar en hoe?*
- *Wat betekent de route naar de isolatieruimte (evt. tijdelijk) voor de toegang van andere patiënten op de SEH?*



<sup>5</sup> Het kan natuurlijk zijn dat een 'infectieziekte' wordt geconstateerd op een andere afdeling dan de SEH. Dit wordt niet vervat in bovenstaande schema.

## Bijlage 1

### Melden van infectieziekten volgens de Wet publieke gezondheid



## Bijlage 2

### Overzicht interne/externe partijen (vanuit scope SEH)

Partij (intern)	Aandachtsgebied
Laboratorium Medische microbiologie	Diagnostiek. Hier wordt veelal een meldingsplichtige infectieziekte vastgesteld en/of bevestigd.
Artsen-microbioloog	Diagnostiek, behandeling en preventie van infectieziekten. Bij verdenking op een meldingsplichtige infectieziekte en/of calamiteit op het gebied van infectieziekten in het ziekenhuis is de arts-microbioloog veelal het eerste aanspreekpunt voor overleg, het informeren van de RvB, melding aan/overleg met de GGD en het in werking doen zetten van het calamiteitenplan van het ziekenhuis.
Deskundigen infectiepreventie	Uitvoering, advisering en monitoring van het infectiepreventie beleid.
Infectiologen of internisten met aandachtsgebied infectieziekten	Klinische diagnose en behandeling van infectieziekten.
Infectiepreventiecommissie	Vaststellen infectiepreventiebeleid ziekenhuis en daarmee het orgaan dat ook het calamiteitenplan op het gebied van infectiepreventie beoordeelt en vaststelt.
Crisis(beleids)team	Tijdens een crisis verantwoordelijk voor de leiding en coördinatie op strategisch niveau.
Outbreak Management Team Ziekenhuis of Operationeel Team	Tijdens een crisis verantwoordelijk voor de leiding en coördinatie op tactisch en operationeel niveau.
.....	
.....	

Partij (extern)	Aandachtsgebied
RIVM (Clb)	Voert regie over infectieziektebestrijding vanuit een nationale en internationale optiek. Dat betekent dat bij grote (landelijke) uitbraken de coördinatie van en communicatie over de bestrijding in handen is van het Clb (Centrum Infectieziektebestrijding). Dit in aansluiting op lokale en regionale infectieziektebestrijding. Daarnaast formuleert het Clb het gewenste preventie- en bestrijdingsbeleid en geeft advies aan de overheid en de professionals in de praktijk.
GGD	<p>Bij infectieziekten in de openbare gezondheidszorg speelt de GGD een belangrijke rol. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van infectieziektebestrijding is belegd bij de gemeentelijke overheid.</p> <p>Een arts infectieziektebestrijding richt zich op het voorkomen en bestrijden van uitbraken van infectieziekten. De drie belangrijkste componenten hierbij zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bewaken (monitoren);</li> <li>• beheersen (voorkomen verspreiding);</li> <li>• beschermen (profylaxe, vaccinatie, hygiëne advies).</li> </ul> <p>De arts infectieziektebestrijding is eindverantwoordelijk voor bron- en contactonderzoek van meldingsplichtige ziektes en voert de regie bij het indiceren en uitvoeren van (grootschalige) interventies.</p> <p>Bij een grootschalige uitbraak wordt regionaal de hulp ingeroepen van de GHOR voor coördinatie en afstemming met andere partners. In het algemeen is dan de GHOR verantwoordelijk voor informatievoorziening en coördinatie en de GGD voor de inhoudelijke aspecten van de uitbraakbestrijding in de openbare gezondheidszorg.</p>
Huisartsenzorg	Bij een grootschalige uitbraak wordt van de huisartsen verwacht dat zij in de primaire zorgbehoefte van de patiënten blijven voorzien en als poortwachter blijven optreden om overbelasting van de tweedelijnszorg te voorkomen. Een risico is dat bij een grote uitbraak de toegankelijkheid van de huisartsenzorg onder druk komt te staan. Voor de acute zorg buiten kantoortijden geldt dat steeds meer ziekenhuizen en huisartsen in Nederland samenwerken in zogenoemde spoedposten: één loket (in plaats van twee) voor acute zorg buiten kantoortijden. De huisartsenpost en het ziekenhuis regelen samen de opvang van patiënten die acuut hulp nodig hebben.
Ambulancezorg	Belangrijke pre-hospitale ketenpartner voor ziekenhuis bij zowel spoed- als interklinisch-vervoer.
Ziekenhuizen	Ziekenhuizen of specialistische centra die een rol hebben bij interklinische-overplaatsingen.
Andere ketenpartners	Verpleeghuizen, andere zorginstellingen, thuiszorg organisaties.
.....	