

Sophie Broersen

s.broersen@medischcontact.nl

@medischcontact

# Elke epidemie weer een beetje wijzer

Allerlei organisaties bereiden zich voor op een eventuele uitbraak van het Wuhan-coronavirus. Ervaringen met eerdere epidemieën hebben ervoor gezorgd dat zij elkaar goed weten te vinden.



De isolatieruimte in het UMC Utrecht. De kamer is ingericht voor patiënten die mogelijk besmet zijn met het nieuwe coronavirus.

**B**egin januari 2020 komen bij het RIVM berichten binnen over een cluster van Chinese patiënten met een longontsteking door onbekende oorzaak. Aura Timen, arts M&G en hoofd van de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) van het RIVM: 'Ze kwamen van officiële bronnen, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie, het European Center for Disease Prevention and Control, informele kanalen en de pers. Wekelijks hebben we een overleg waar we zulke signalen bespreken, en zo nodig vaker. Daar schatten we in of er relevante risico's zijn voor de volksgezondheid in Nederland. Als dat zo is, informeren wij via een vast berichtensysteem de organisaties en mensen die betrokken zijn bij infectieziektebestrijding. Zo zijn bijvoorbeeld microbiologen, infectiologen en de GGD's altijd op de hoogte. En we kunnen besluiten om een Outbreak Management Team (OMT) bijeen te roepen. Dat kan ook op verzoek van de minister van VWS gebeuren.'

### Extra virologen

Toen bleek dat de uitbraak van het coronavirus niet beperkt bleef tot Wuhan en ook buiten de Chinese landsgrenzen trad, viel het besluit: op 24 januari werd een OMT gevormd. Een OMT bestaat uit een aantal vaste leden, zoals de directeur van het Centrum voor infectieziektebestrijding en vertegenwoordigers van relevante beroepsorganisaties aangevuld met extra deskundigen. Timen: 'Afhankelijk van de problematiek vragen we daar specifieke mensen voor. Bij de zika-uitbraak bijvoorbeeld gynaecologen en nu bij het coronavirus extra virologen en iemand van Schiphol.' Het OMT adviseert vervolgens een door het ministerie bijeengeroepen Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) over wat er moet gebeuren. Daar nemen bijvoorbeeld ambtenaren van het ministerie en gemeentes aan deel. Dat kijkt of de voorgestelde maatregelen uitvoerbaar zijn en adviseert vervolgens de minister. Timen: 'Wij adviseerden om dit nieuwe virus tot een groep A-ziekte te bestempelen, het BAO zag geen bezwaren en de minister nam dit besluit enkele dagen na vorming van het OMT.' Deze manier van werken, met een OMT,

loopt gesmeerd, zegt Timen. Niet verwonderlijk: sinds 1995 is er al ruim vijftig keer een OMT samengesteld.

### Regio's aan zet

Voor de uitvoering van het beleid zijn in toenemende mate de regio's verantwoordelijk. Tijdens dergelijke crisissen zijn in eerste instantie vooral de GGD's aan zet, maar er zijn meer spelers bij betrokken. De meeste organisaties die acute zorg verlenen, van ambulance tot ouderenzorg en van GGD tot ziekenhuis, zijn vertegenwoordigd in één van de elf Nederlandse ROAZ'en (Regionaal Overleg Acute Zorg). Tijdens een uitbraak houdt het ROAZ een vinger aan de pols in de zorgketen en zorgt zo nodig dat voorbereidingen worden getroffen en samenwerking wordt geïntensiveerd. De inventarisatie van isolatiekamers is daar een voorbeeld van. De ROAZ'en konden bijvoorbeeld aan de slag tijdens de heftige griep epidemie in de

regio even duidelijk. Uit onderzoek in zeven ROAZ- en GHOR-regio's bleek alleen de ROAZ-regio Zuidwest-Nederland voorbereid op de problemen, de rest moest improviseren om gezamenlijk ketenproblemen op te lossen. Door die lastige griep periode is de noodzaak tot samenwerking extra duidelijk geworden en de verschillende partijen zijn sindsdien meer naar elkaar toe gegroeid.

### Moelijke beslissingen

Zoals gezegd was de ROAZ-regio Zuidwest-Nederland goed voorbereid op de griep epidemie. Saskia Baas is directeur Publieke Gezondheid (DPG) van de gemeente Rotterdam, die bij zowel de GGD als de GHOR werkt. Zij is dé verbindende factor tussen openbaar bestuur en de zorg. Zij beaamt de goede samenwerking in de regio, binnen de ROAZ, maar zeker ook tussen ROAZ en GHOR. Ervaring helpt daarbij, zegt Baas: 'In onze regio hebben we relatief vaak incidenten waarbij meerdere hulpdiensten in actie moeten komen. We overleggen makkelijk en hebben een duidelijke rolverdeling.' De ROAZ-regio's leren onderling van elkaar en oefenen veel in samenwerking met andere partijen zoals het RIVM, VWS en GHOR. Tijdens – al dan niet meerdaagse oefeningen – oefenen organisaties samen het opschalen, zoals dat heet: van niets aan de hand tot het moment dat er moeilijke beslissingen moeten worden genomen. Baas: 'Zoals dat je in een regio één ziekenhuis openhoudt en daar al het beschikbare personeel inzet. Tijdens oefeningen loop je tegen praktische zaken aan, zoals een bestuurder die het niet eens is met sluiting van zijn ziekenhuis. Begrijpelijk, maar we hebben met elkaar goed afgesproken dat we dergelijke besluiten, in overleg, moeten nemen. In het uiterste geval kan ik, op aanwijzing van de minister, zo'n besluit zelfstandig nemen, maar juist in crisistijd wil je niet op autoriteit terugvallen, maar samenwerken.' Daar hoort ook bij: de last onderling verdelen, zodat niet één ziekenhuis vol ligt met griep patiënten, terwijl de rest zijn electieve programma's doorzet. Dat klinkt logisch, maar nog geen tien jaar terug was dat één van de redenen waarom

het tijdens de uitbraak van de Mexicaanse griep in 2009 zo moeilijk was om een goede inschatting te maken van het aantal beschikbare ic-bedden in een regio. In een Berenschot-rapport dat over deze veel bediscussieerde periode is opgesteld, staat dat één ic-arts liever geen openheid van zaken wilde geven over het aantal beschikbare bedden, uit angst dat andere ziekenhuizen er misbruik van zouden maken. In ROAZ-verband moet dat verleden tijd zijn.

### Eindverantwoordelijkheid

In dat rapport werd nog een andere interessante kwestie beschreven: wat nu als er landelijk te weinig capaciteit op de intensive care zou zijn? Wie moet er dan beslissen wie wel of geen zorg krijgt? De intensivisten stelden op verzoek van de minister een triagerichtlijn op, maar vonden dat de eindverantwoordelijkheid bij de overheid moest liggen. Het ministerie van VWS paste ervoor: triage was een zaak voor de arts. Het probleem loste zichzelf op, omdat de uitbraak meeviel. Maar bij een ernstigere infectieziekte-uitbraak moet iemand die knoop doorhakken. Intensivist Piet Melief, bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, denkt zelf dat die onduidelijkheid weg is, doordat de regie regionaal is belegd. Baas is er niet zeker van: 'Als wij het in de regio niet kunnen oplossen, zal er op rijksniveau een besluit moeten vallen.' Nou, zegt een woordvoerder van VWS: 'Voor een dergelijke extreme, hypothetische situatie bestaat geen richtlijn. De minister denkt in alle fases mee en zal bij landelijke problemen bijvoorbeeld kijken of we internationale afspraken kunnen maken. Maar in eerste instantie zijn instellingen zelf verantwoordelijk voor het bieden van zorg en het is aan de regio's om eventuele tekorten op te vangen.' Maar, zegt Baas: 'Ik vind niet dat je een dergelijk ethisch vraagstuk bij artsen kunt neerleggen: die hebben hun eigen verantwoordelijkheid ten opzichte van de patiënt.' ■

### web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

## Wat nu als er landelijk te weinig capaciteit op de intensive care is?

winter van 2017-2018. Het leidde tot capaciteitsproblemen: te weinig ziekenhuisbedden, waarvan ook ambulances en huisartsen last hadden. Dergelijke problemen moet in regionaal verband het hoofd worden geboden. Om het iets ingewikkelder te maken zijn er naast de elf ROAZ-regio's ook nog 25 veiligheidsregio's, die allemaal hun eigen GHOR hebben, een Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio. Die GHOR moet in crisissituaties de geneeskundige hulpverlening coördineren en is de verbinding naar andere instellingen, zoals politie en openbaar bestuur. Er is enige overlap tussen een GHOR en een ROAZ. Wie wat moest doen, was tijdens de griep epidemie niet in elke