



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Evaluatie van de ebolapreparatie in Nederland (2014-2015)

RIVM Briefrapport 2016-0117
C.M. Swaan et al.



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Evaluatie van de ebolapreparatie in Nederland (2014-2015)

RIVM Briefrapport 2016-0117
C.M. Swaan et al.

Colofon

© RIVM 2016

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

C.M. Swaan (auteur), RIVM
S. Ôry, (auteur), RIVM
A.J. Jacobi, (auteur), RIVM
L.G.C. Schol, (auteur), RIVM
A. Timen, (auteur), RIVM

Contact:
Corien.Swaan@rivm.nl

Dit is een uitgave van:
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Evaluatie van de ebolapreparatie in Nederland (2014-2015)

Van 2014 tot 2016 was er een ebola-uitbraak in West-Afrika. Vanwege de kleine kans dat zich onder reizigers terugkerend uit West-Afrika besmettingsgevallen zouden voordoen, zijn in Nederland voorbereidingen getroffen. Het RIVM heeft voor medische professionals richtlijnen opgesteld hoe om te gaan met een patiënt met (verdenking van) ebola. Ook heeft het RIVM landelijke bijeenkomsten georganiseerd om de voorbereidingen onderling af te stemmen. Deze evaluatie gaat in op de manier waarop betrokkenen uit de curatieve zorg (ziekenhuizen, huisartsen en ambulances) en openbare gezondheidszorg (GGD'en en Centrum infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM) met elkaar hebben samengewerkt ten tijde van de eboladreiging.

In het algemeen waren de betrokkenen tevreden over de onderlinge samenwerking. Wel bleek de aanpak in de verschillende regio's te verschillen. Zo verschilde per regio wie het initiatief nam voor de regionale afstemming: het UMC, de GGD of zij wachtten op landelijke instructies. Daarnaast was de regio-indeling niet altijd duidelijk omdat de regio-indeling voor verwijzingen van patiënten naar UMC's verschilt van de veiligheidsregio's waarbinnen voorbereiding op de opvang van eventuele ebolapatiënten (preparatie) plaatsvond. Ten slotte was er behoefte om de beschermende middelen en maatregelen, bedoeld om overdracht van het virus van de patiënt naar de zorgverlener te voorkomen, meer te standaardiseren. De betrokken partijen zouden hier graag meer landelijke sturing op zien, zodat er uniformiteit is in de voorbereiding en duidelijker is waar het initiatief moet liggen.

De informatievoorziening door het CIb van het RIVM werd als adequaat beoordeeld. Men zou de landelijke bijeenkomsten graag willen uitbreiden om meer betrokkenen hieraan te kunnen laten deelnemen. Tot slot was er vanuit geïnterviewde medewerkers van de UMC's behoefte aan inzicht in de criteria op basis waarvan bestuurders van UMC's en het ministerie van VWS tot de keuze komen welke UMC's aangewezen worden voor langdurige behandeling van patiënten.

Gewenste verbeterpunten zijn: een uniformere preparatie, de ontwikkeling van heldere criteria voor bestuurders van ziekenhuizen en zorgorganisaties voor centralisatie van opvang en behandeling van ebola patiënten, duidelijk ingedeelde regio's waarin ketenpartners samenwerken in de ebola preparatie, en een duidelijker rol voor het CIb bij de landelijke regie.

Het CIb heeft inmiddels een Platform Preparatie Groep A-ziekten opgericht om deze verbeterpunten uit te werken met betrokkenen uit ziekenhuizen, ambulance, huisartsen, en GGD'en.

Kernwoorden: Ebola-evaluatie, Ebolapreparatie, Infectieziektebestrijding

Synopsis

Evaluation of ebola preparedness in the Netherlands (2014-2015)

The Ebola epidemic in Western Africa (2014-2016) led to an extended demand for intensified preparedness among the public health and curative sector in the Netherlands. The CID/RIVM developed guidelines for early identification, safe transportation and diagnostic procedures for suspected Ebola cases. To inform the involved medical professionals 'expert meetings' were organized at the national level. This evaluation aims to look back on the collaboration between the public health and the curative sector. To investigate roles and responsibilities of various stakeholders, focus group sessions and semi-structured interviews were organized, followed by a plenary consensus meeting.

The participants were in general satisfied about their mutual cooperation. However, different approaches in preparedness were observed between regions. The initiative for preparedness was taken either by the academic hospitals, the Municipal Health Services (MHSs) or people awaited further instructions from the CID/RIVM. Moreover, geographic discrepancies between regions organized based on the catchment areas of academic hospitals and regions organized based on contingency planning for disasters contributed sometimes to the lack of clarity with respect to the responsibilities for initiating and conducting preparedness. Lastly, there was the demand for more standardized implementation of guidelines for personal protection measures. The participants would appreciate more national guidance from the CID/RIVM regarding these issues.

The information provided by the CID/RIVM during the ebola outbreak was evaluated as adequate. Participants would prefer more extensive 'expert meetings' in the future. Lastly, participants from the academic hospitals urge for transparent criteria for selecting dedicated medical centers for prolonged treatment of patients.

The outcomes of this evaluation have been discussed at a plenary meeting with all participants. The following recommendations were made: the need for a uniform standard, 'blue print', for preparedness in the region, transparent criteria for decision makers for contingency and centralization of hospitals resulting in clear predefined regions, and a clear role for centralized coordination by the CID/RIVM. The CID/RIVM recently has installed a Platform Preparedness Group A diseases, to implement these recommendations with representatives from MHSs, medical centers, ambulances and general practitioners.

Keywords: Ebola viral disease, EVD, Preparedness, Focus group discussion, Infectious disease control

Inhoudsopgave

1	Inleiding — 9
1.1	Achtergrond — 9
1.2	Afbakening evaluatie — 9
1.3	Contextanalyse — 10
1.4	Doelstellingen — 11
2	Methoden — 13
2.1	Onderzoeksopzet — 13
2.2	Feitenrelaas en tijdslijn — 13
2.3	Deelnemende partijen — 13
2.4	Selectie en randomisatie — 14
2.5	Interviews en focusgroepsessies — 15
2.5.1	Focusgroepsessies — 15
2.5.2	Semigestructureerde interviews — 15
2.6	Analyse — 16
2.7	Afsluitende bijeenkomst — 16
3	Resultaten — 17
3.1	Respons ketenpartners — 17
3.2	Rol en betrokkenheid ketenpartners — 17
3.2.1	Individuele ketenpartners — 17
3.2.2	Koepelorganisaties — 19
3.3	Ketenproces preparatie — 20
3.3.1	Startpunt voorbereiding — 20
3.3.2	Informatievoorziening door LCI — 21
3.3.3	Communicatie — 21
3.3.4	Samenwerking en afstemming — 23
3.3.5	Coördinatie in de regio — 24
3.3.6	Proces op- en afschalen en centralisatie — 24
3.3.7	Hiaten — 25
3.3.8	Wat kan verbeterd worden? — 25
3.4	Coördinatie door CIB — 26
3.5	Aansluiting CIB/publieke gezondheidszorg op de curatieve zorgsector — 26
3.5.1	Hoe werden de expertmeetings ervaren? — 27
3.6	Overall leerpunten van de ebolapreparatie — 27
3.7	Afsluitende bijeenkomst — 27
4	Samenvatting en conclusies — 29
	Bijlage 1: Overzicht belangrijkste feiten voor CIB van ebolapreparatie in Nederland — 31
	Bijlage 2: Tijdslijn ebolapreparatie en -respons — 33
	Bijlage 3: Vragenlijst semigestructureerde interviews — 34

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

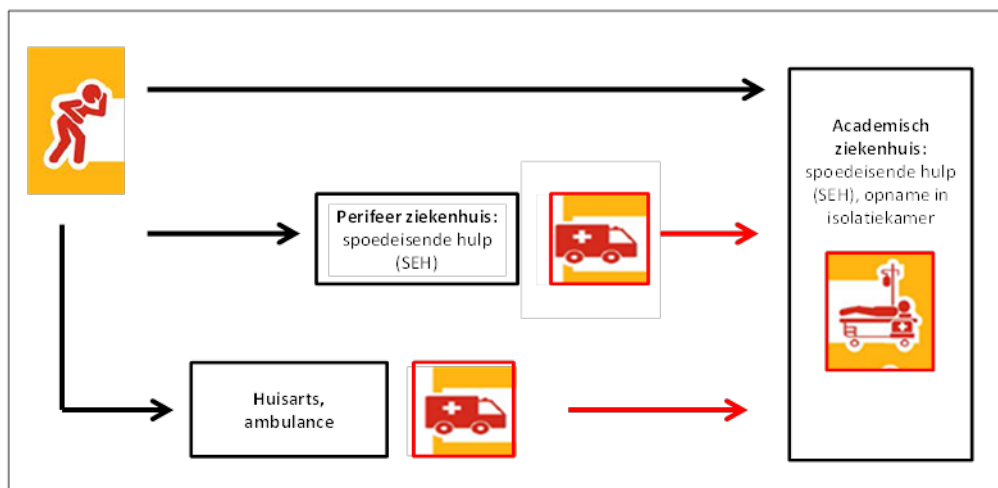
De ebola-epidemie heeft naast de directe impact in West-Afrika ook haar weerslag gehad op de Nederlandse openbare en curatieve gezondheidszorg. Beide sectoren hebben zich voorbereid op het vroegtijdig herkennen en het opvangen van een mogelijke ebolapatiënt. Intensieve voorbereiding van de curatieve ketenpartners met betrekking tot beschermende maatregelen en onderlinge afstemming ter voorbereiding van opvang van een mogelijke patiënt waren in deze cruciaal. Hiervoor bleken aanvullende richtlijnen nodig voor de curatieve zorg, bijvoorbeeld met betrekking tot behandeling en profylaxe, diagnostiek en afvalverwerking. Bij de preparatie op een mogelijke ebolapatiënt heeft het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) de informatie-uitwisseling met de curatieve zorg landelijk vormgegeven en gestructureerd door middel van expertbijeenkomsten en een gedeeld, online platform voor de onderlinge communicatie. Ook was er in het veld meer behoefte aan advisering bij de regionale afstemming. Deze nieuwe context en specifieke preparatie met de curatieve zorg vormen de aanleiding voor deze evaluatie.

1.2 Afbakening evaluatie

In deze evaluatie staat de samenhang van preparatie- en responsactiviteiten tussen de ketenpartners en de rol van het CIb daarin centraal. Binnen het CIb heeft de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) de taak om de bestrijding te coördineren. De LCI is de directe gesprekspartner voor de organisaties betrokken bij de bestrijding in het veld. Het Centrum Infectieziekteonderzoek, Diagnostiek en Screening (IDS) adviseert over de geëigende diagnostiek bij 'emerging infections', in het geval van diagnostiek voor ebola in nauwe samenwerking met het Erasmus MC. Het Centrum Epidemiologie en Surveillance van Infectieziekten (EPI) monitort onder andere buitenlandse epidemiologische ontwikkelingen, zoals het verloop van de ebolaepidemie in West-Afrika. Het Centrum Zoönosen en Omgevingsmicrobiologie (Z&O) monitort ontwikkelingen en onderhoudt expertise met betrekking tot micro-organismen die vanuit het milieu, via dieren of vectoren, mensen kunnen infecteren. Het Centrum Immunologie van Infectieziekten en Vaccins (IIV) voorziet in expertise over vaccin(ontwikkeling) en immunologische respons. De CIb-ebolapreparatie is een gezamenlijke exercitie geweest van deze centra. Onder de ketenpartners worden in deze context de academische en perifere ziekenhuizen, ambulancezorg, huisartsen en GGD'en bedoeld. Hoe de uitvoering van preparatie en respons in de praktijk is verlopen, is niet de focus van deze evaluatie. Deze evaluatie richt zich op hoe de ketenpartners 'op de werkvloer' de preparatie en onderlinge afstemming hebben ervaren en de rol van het CIb daarin. Bestuurlijke vertegenwoordigers van ziekenhuizen, gemeenten en VWS hebben niet deelgenomen aan deze evaluatie. Indien knelpunten betrekking hadden op bestuurlijke aspecten zijn hiervoor wel aanbevelingen gedaan.

Ten behoeve van de voorbereiding van de opvang van een potentiële ebolapatiënt werden alle partijen door het CIB geïnformeerd over de ebolasituatie in West-Afrika. Tevens ondersteunde het CIB betrokkenen bij de curatieve zorg met aanvullende richtlijnen voor vroegtijdige herkenning van een patiënt (triage), behandeling, diagnostiek en afvalverwerking. De Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) werden door het CIB ondersteund om de lokale regiefunctie wat betreft afstemming en samenwerking tussen de partijen goed te laten verlopen. Figuur 1 geeft de ketenpartners weer die in de regio betrokken waren bij de opvang, beoordeling en eventuele behandeling van een mogelijke ebolapatiënt.

De opvang van de enige patiënt in Nederland met een bevestigde ebola-infectie, op verzoek van de World Health Organization (WHO) geëvacueerd uit West-Afrika, is apart geëvalueerd en maakt geen onderdeel uit van dit onderzoek.



Figuur 1. Keten zorg voor patiënt mogelijk besmet met ebolavirus. Zwarte pijlen: transport patiënt zonder isolatiemaatregelen. Rode pijlen: transport in isolatie middels ambulance.

1.3 Contextanalyse

Deze evaluatie heeft plaatsgevonden in navolging van eerdere inventarisaties die zijn gedaan door GGD GHOR Nederland en de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ). GGD GHOR Nederland heeft eind 2014 een inventarisatie uitgevoerd onder de perifere ziekenhuizen, huisartsenposten en ambulancezorg over de mate van preparatie, regionale afspraken en regionale oefeningen met betrekking tot ebola¹. Het doel was om een beter beeld te krijgen van de operationele knelpunten bij de implementatie van de bestaande protocollen en richtlijnen. Hierbij werd geconcludeerd dat alle ziekenhuizen en huisartsen bekend zijn met de triagerichtlijnen, de werkwijze bij overleden patiënten en dat zij allen trainingen hebben opgezet. Ook zijn er in alle GGD-regio's overleggen geweest en afspraken gemaakt met ketenpartners en zijn knelpunten in beeld gebracht.

¹ <http://www.ggdghorkennisnet.nl/index.php/thema/infectieziektebestrijding/publicaties/publicatie/14908-inventarisaties-ebola>

In november 2014 is daarnaast door GGD GHOR Nederland een inventarisatie uitgevoerd onder de Directeuren Publieke Gezondheid (DPG'en) binnen de GGD'en². Knelpunten die op dat moment genoemd werden zijn onder andere: regionale afstemming met ketenpartners, capaciteitsproblemen bij meerdere patiënten tegelijkertijd, beschermende middelen (beschikbaarheid en scholing in gebruik) en schoonmaakprocedures in de thuisituatie en huisartsenpraktijk. De IGZ heeft in november 2014 en juni 2015 twee rapporten gepubliceerd over de mate van preparatie voor opvang van een potentiële ebolapatiënt in de academische centra en het calamiteitenhospitaal^{3 4}. De inspectie oordeelde dat alle academische ziekenhuizen en het calamiteitenhospitaal voldoende waren voorbereid op de opvang en behandeling/verzorging van ebolapatiënten. De geïnventariseerde knelpunten zijn grotendeels ondervangen door de uitwerking van specifieke richtlijnen zoals schoonmaakprocedures en afvalverwerking. Een aantal aspecten van de ebolapreparatie in Nederland bleef echter onbelicht, met name hoe de onderlinge samenwerking in de regio verliep, wat de rol van het CIB was en wat de lessen voor de toekomst zijn ten aanzien van de preparatie voor soortgelijke uitbraken. In deze evaluatie zal juist op deze aspecten ingegaan worden, waarbij de ervaringen van de direct betrokken zorgprofessionals worden geïnventariseerd. De rol van bestuurders (van ziekenhuizen, GGD, gemeenten, VWS) en de afstemming met de zorgprofessionals valt buiten de scope van deze evaluatie.

1.4 Doelstellingen

Het doel van deze evaluatie is om ervaringen over de ebolapreparatie- en responsactiviteiten en de rol van het CIB te inventariseren bij curatieve ketenpartners en GGD'en.

Hiermee wordt beoogd inzicht te krijgen in:

1. Het ketenproces van de ebolapreparatie- en responsactiviteiten.
 - a. Was er voldoende informatie beschikbaar, was deze correct en werd deze tijdig geleverd?
 - b. Hoe is deze informatie ontvangen en beoordeeld?
 - c. Hoe verliep de preparatie en hoe was de communicatie tussen ketenpartners?
 - d. Was er voldoende afstemming tussen ketenpartners (zowel regionaal als nationaal)?
 - e. Waren er hiaten in het ketenproces? Zo ja, door wie zouden die opgevuld kunnen/moeten worden?
 - f. Wat is er nodig voor optimale preparatie? Wat miste nu nog?
2. Coördinatie door CIB.
 - a. Hoe werd de regierol van het CIB ervaren?
3. De aansluiting van het CIB/Openbare gezondheidszorg (OGZ) op de curatieve zorgsector.
 - a. Wat zijn de behoeften van de curatieve ketenpartners ten aanzien van het CIB/OGZ?

² <http://www.ggdghorkennisnet.nl/index.php/thema/infectieziektebestrijding/publicaties/publicatie/14908-inventarisaties-ebola>

³ http://www.igz.nl/Images/2014-11%20Rapport%20Voorbereid%20op%20de%20opvang%20van%20ebolapati%C3%ABnten_tcm294-360651.pdf

⁴ <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/universiteitsziekenhuizen-nog-steeds-goed-voo.aspx>

- b. Hoe zijn de expertmeetings ervaren; was hier behoefte aan en is die behoefte adequaat vervuld?
- c. Hoe kan de samenwerking met de curatieve zorgsector verbeterd worden?

Met dit onderzoek wordt beoogd om de *preparatie* en *respons* op (dreigende) infectieziekte-uitbraken te verbeteren. Ook worden er adviezen geformuleerd met betrekking tot de regionale samenwerking en de voorwaarden voor een optimale aansluiting van de publieke zorg op de curatieve zorgsector. De resultaten van dit onderzoek zullen worden gebruikt als input voor het preparatie- en responsbeleid binnen en buiten het CIb.

2 Methode

2.1 Onderzoeksoepzet

Dit is een kwalitatieve studie aan de hand van focusgroepsessies en semigestructureerde interviews met betrokken partijen.

2.2 Feitenrelaas en tijdslijn

Een feitenrelaas en tijdslijn van de gebeurtenissen en preparatieactiviteiten op nationaal en internationaal niveau met betrekking tot de ebola-epidemie in West-Afrika en Nederland wordt weergegeven in bijlagen 1 en 2. Deze bieden een overzicht van de belangrijkste gebeurtenissen en beslismomenten.

2.3 Deelnemende partijen

Na een inventarisatie van de ketenpartners die bij de ebolapreparatie in Nederland betrokken waren, zijn de respondenten geselecteerd op basis van de volgende criteria:

- Ketenpartner met een rol binnen de preparatie of bij de beoordeling en opvang van een mogelijke ebolapatiënt;
- Koepelorganisatie betrokken bij de besluitvorming voor preparatie van de opvang van een mogelijk ebolapatiënt in Nederland;
- Koepelorganisatie van betrokken individuele ketenpartners.

Aan de hand van deze selectiecriteria zijn de volgende partijen en koepelorganisaties uitgenodigd voor deelname aan de studie:

Focusgroepsessies:

1. Regionaal Arts Consulents (RAC'ers) (*pilot focusgroepsessie*);
2. Gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en);
3. Huisartsen;
4. Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's);
5. Universitair medische centra;
6. Perifere ziekenhuizen.

Semigestructureerde interviews:

1. GGD GHOR Nederland;
2. Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV);
3. Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG);
4. Ambulancezorg Nederland (AZN);
5. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU);
6. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)*;
7. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ);
8. Werkgroep Infectie Preventie (WIP);
9. Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)*;
10. Centrum Infectieziektebestrijding (CIb).

* Deze ketenpartners hebben afezien van deelname aan de evaluatie.

2.4 Selectie en randomisatie

Selectie van de ketenpartners voor deelname aan de focusgroepsessies voor dit onderzoek is verricht met de volgende methodiek:

Regionaal Arts Consulenten (RAC'ers)

Alle zeven RAC'ers en de RAC-coördinator werden uitgenodigd voor deelname aan de focusgroepbijeenkomst.

Regionale GGD'en

Volgens de verdeling van Nederland voor schoolvakanties (regio's Noord, Midden en Zuid) zijn er steeds per regio drie GGD'en willekeurig geselecteerd en één GGD geselecteerd met ervaring met ebolaverdenking(en). Willekeurige selectie werd uitgevoerd door elke GGD een uniek nummer toe te kennen, waarna door middel van randomisatiesoftware een nummer werd gekozen. Dit resulteerde in een selectie van twaalf GGD'en. Uitgenodigd werd de inhoudelijk eindverantwoordelijke medewerker voor de ebolapreparatie.

Huisartsen

Huisartsen zijn volgens de zeven regio's van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) benaderd via de besturen van de overkoepelende huisartsenkring in die regio. Wegens een gebrek aan aanmeldingen voor de focusgroep, is besloten telefonisch semigestructureerde interviews te houden. Hiervoor zijn tien huisartsen geselecteerd via een sneeuwbalsteekproef (vijf) en op basis van ervaring met een verdachte ebolapatiënt (vijf) uitgenodigd voor deelname.

Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV)

Vertegenwoordigers van twaalf RAV'en zijn uitgenodigd op basis van dezelfde regio's die geselecteerd zijn voor de focusgroep met GGD'en.

Universitair medische centra

Vertegenwoordigers van alle acht academische centra werden uitgenodigd voor deelname. Gevraagd om deel te nemen werden zij die de ervaringen over de rol van het academisch centrum bij de preparatie van opvang van een mogelijke ebolapatiënt in de regio, en de beoordeling van de informatievoorziening door de CIb konden inbrengen.

Perifere ziekenhuizen

Volgens de verdeling van Nederland voor schoolvakanties (regio's Noord, Midden en Zuid) zijn er steeds per regio twee perifere ziekenhuizen willekeurig, en één ziekenhuis met ervaring met ebolaverdenkingen geselecteerd, uit de pool van ziekenhuizen die binnen de betreffende regio vallen. Willekeurige selectie werd uitgevoerd door in een lijst van alle ziekenhuizen in Nederland elk ziekenhuis een uniek nummer toe te kennen waarna door middel van randomisatiesoftware een nummer werd gekozen. Dit resulteerde in een selectie van twaalf perifere ziekenhuizen. Uitgenodigd werden zij die de ervaringen over de rol van een perifeer ziekenhuis bij de preparatie van opvang van een mogelijke ebolapatiënt in de regio, en de beoordeling van de informatievoorziening door de CIb, konden inbrengen.

2.5 Interviews en focusgroepsessies

Bij de interviews en focusgroepdiscussies werden drie centrale thema's gehanteerd, voortkomend uit de doelstellingen:

1. Hoe verliep het **ketenproces**;
2. Hoe werd de **coördinatie door het CIb** ervaren;
3. Hoe is de **aansluiting van de publieke zorg op de curatieve zorgsector**.

De volgende onderwerpen werden besproken:

1. Rol en betrokkenheid van individuele hulpverlener en/of organisatie
2. Ketenproces preparatie
 - a. Startpunt voorbereiding
 - b. Informatievoorziening CIb
 - c. Communicatie
 - d. Samenwerking en afstemming
 - e. Coördinatie in de regio
 - f. Proces op- en afschalen
3. Coördinatie door CIb
4. Aansluiting publieke zorg op de curatieve sector

2.5.1 Focusgroepsessies

Focusgroepen hebben als doel inzicht te krijgen in de opinie van een bepaalde groep door deze deel te laten nemen aan het onderzoeksproces. Hierbij kunnen knelpunten naar voren worden gebracht en eventuele oplossingen worden besproken. Ten behoeve van de begeleiding en uniformiteit van de focusgroepsessies werd een script opgesteld. Focusgroepsessies werden alleen gefaciliteerd door dezelfde ervaren gespreksleider, samen met iemand die kennis heeft over de achtergrond en praktijkervaring van de ebolacrisis, volgens het zogenoemde 'dual moderator'-principe. Een notulist maakte een verslag. Aan het einde van de focusgroepsessies gaf de gespreksleider een samenvatting waarna een consensus over de te formuleren conclusie werd bereikt. Een verslag van de focusgroep werd voorgelegd aan de deelnemers voor eventuele aanpassingen en toevoegingen. Alle focusgroepsessies zijn opgenomen met audioapparatuur waarna ze zijn getranscribeerd. Transcripties zijn door twee onderzoekers apart gecodeerd, waarna tekstanalyses zijn gedaan.

2.5.2 Semigestructureerde interviews

Om diepgaand inzicht te krijgen in de ervaringen en meningen van de deelnemers zijn semigestructureerde interviews gebruikt. De vragenlijst (bijlage 3) voor de semigestructureerde interviews is vrij aangepast naar de vragenlijst "Interview voor evaluatie uitbraken hepatitis A en Salmonella 2010 – samenwerking nVWA en CIb/RIVM" en het artikel "Een kader voor het evalueren van infectieziekte-uitbraken" van I.M.S van Ouwkerk, L.D. Isken en A. Timen, gepubliceerd in het Infectieziektenbulletin in 2010. De interviews werden in persoon of telefonisch afgenomen door steeds dezelfde ervaren, in ebola ingevoerde interviewer.

Na het interview werd een verslag voorgelegd aan de geïnterviewde partij voor eventuele aanpassingen en/of toevoegingen. Alle focusgroepsessies zijn opgenomen met audioapparatuur waarna ze zijn

getranscribeerd. Transcripties zijn door twee onderzoekers apart gecodeerd, waarna tekstanalyses zijn gedaan. Na de initiële codering werden de codes van de twee onderzoekers vergeleken, bediscussieerd, herzien en verfijnd tot consensus was bereikt, wat leidde tot een verbeterd coderingsschema en coderingscriteria.

2.6 Analyse

De transcripten van alle focusgroepen en semigestructureerde interviews vormden de ruwe data die zijn gebruikt voor analyse. Data zijn verwerkt in het softwareprogramma Atlas.ti versie 7.5.6 waarna analyses werden gedaan per thema. Verschillende thema's werden onderzocht en volgens een inductieproces werden vier hoofdthema's onderverdeeld in subthema's.

2.7 Afsluitende bijeenkomst

De uitkomsten van het evaluatieonderzoek zijn gepresenteerd op een bijeenkomst met alle deelnemende betrokken partijen in januari 2016. Deze afsluitende bijeenkomst had als doel de resultaten van de evaluatie, inclusief geleerde lessen, knelpunten en bestaande behoeften te bespreken en te valideren. Daarnaast werd consensus bereikt over aanbevelingen om de preparatie voor toekomstige infectieziektedreigingen te verbeteren. Een verslag van de bijeenkomst werd aan alle deelnemers gestuurd voor eventuele aanpassingen en toevoegingen.

3 Resultaten

3.1 Respons ketenpartners

Focusgroepen

1. RAC: 6/8 aanwezig
2. GGD: 9/12 aanwezig
3. RAV: 8/12 aanwezig
4. UMC: 6/8 aanwezig
5. Perifere ziekenhuizen: 5/12 aanwezig

Semigestructureerde interviews

1. Huisartsen: 7/10 geïnterviewd, waarvan 2 huisartsen met en 5 huisartsen zonder ervaring met het verwijzen van een verdachte ebolapatiënt.
2. Overige koepelorganisaties*: 7/9 aanwezig

* Het LNAZ en de NVZ zagen af van deelname aan de evaluatie.

3.2 Rol en betrokkenheid ketenpartners

Hier volgt een beschrijving van hoe ketenpartners zelf hun rol en betrokkenheid bij de ebolapreparatie zagen, zoals aangegeven in de interviews en focusgroepen..

3.2.1 *Individuele ketenpartners*

Regionaal Arts Consulenten (RAC'ers)

De RAC'ers vervullen de rol van intermediair tussen de GGD'en en de LCI. In de beginfase van de ebolapreparatie in Nederland hebben de RAC'ers zich vooral gericht op het inventariseren wat de GGD'en nodig hadden van de LCI/het CIb om hun werk goed uit te kunnen oefenen. Zij observeerden verschillen in visies tussen GGD'en over de rol van de GGD bij ebolapreparatie. De RAC'ers hebben getracht om dit te kanaliseren.

GGD

De GGD'en zijn verantwoordelijk voor de infectieziektebestrijding in de regio en hebben in het kader van de ebolapreparatie in Nederland vooral een rol gespeeld in het coördineren van de regionale afstemming (met huisartsen, ziekenhuizen en ambulancediensten), het informeren van regionale partners, en bij de triage van patiënten met een verdenking ebola. De voorzitter van het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI) heeft namens de GGD'en deelgenomen aan het Outbreak Management Team (OMT). De afstemming tussen de GGD'en en de academische centra verschilde tussen regio's: in sommige regio's nam het academisch centrum de leiding in de coördinatie, in andere regio's gebeurde dat door GGD en academisch ziekenhuis gezamenlijk.

Ambulances

In beginsel was elke Regionale Ambulance Voorziening (RAV) zelf verantwoordelijk voor de preparatie van opvang van een patiënt met een verdenking ebola (vertaling landelijke richtlijnen naar de praktijk). Landelijk is er geen uitspraak gedaan over de operationalisering hiervan,

wat er toe heeft geleid dat er regionale verschillen ontstonden. Twee ambulancevoorzieningen hebben deelgenomen aan het OMT.

Huisartsen

De huisartsen hebben zich vooral gericht op individuele preventie, doorsturen van potentiële patiënten en zo nodig contactopvolging. De huisarts komt mogelijk als eerste zorgverlener in aanraking met een patiënt verdacht van ebola. De huisarts zal in een dergelijke situatie de beslissing moeten nemen of er al dan niet vervolgstappen ondernomen moeten worden. Over het algemeen hebben de huisartsen niet veel te maken gehad met ebolapreparatie of -respons.

Perifere ziekenhuizen

De perifere ziekenhuizen bereidden zich voor op de presentatie van een potentiële ebolapatiënt op de spoedeisende hulp (SEH), zij achtten de kans daarop reëel. Landelijk was het uitgangspunt dat een patiënt zich inderdaad zou kunnen presenteren op de SEH, maar dat opvang en diagnostiek zouden worden ingezet bij één van de Universitair Medische Centra (UMC's). Een perifeer ziekenhuis zou zich dus uitsluitend moeten voorbereiden op de triage en tijdelijke opvang van mogelijke ebolapatiënten.

Universitair Medische Centra (UMC)

Er is ten tijde van de ebolapreparatie in Nederland afgesproken dat de academische ziekenhuizen beoordeling, diagnostiek, isolatie en behandeling van patiënten met een verdenking ebola zouden verrichten. De langdurige opvang en behandeling werden in tweede instantie gecentraliseerd, hiertoe werden drie ziekenhuizen aangewezen (LUMC, Erasmus MC en UMCG). De opvang van medisch geëvacueerde internationale hulpverleners zou plaatsvinden in het Calamiteiten Hospitaal van UMC Utrecht. Alle acht UMC's bleven wel aangewezen voor eerste opvang en beoordeling van een patiënt verdacht van ebola. De UMC's zagen het als hun primaire taak om alles zelf optimaal te regelen wat betreft de voorbereidingen en hierin afstemming te zoeken met de ambulancediensten en de GGD'en. Er zat echter wel een verschil in de mate van afstemming met deze regionale ketenpartners tussen de verschillende UMC's.

'De GGD was duidelijk in charge bij alles wat zich buiten het ziekenhuis afspeelde, en wij voor alles wat zich in het ziekenhuis afspeelde.'

Sommige UMC's vervulden ook een adviserende rol ten aanzien van de perifere ziekenhuizen in hun regio, er was onduidelijkheid of dat ook tot hun taak behoorde. Daarnaast was niet altijd duidelijk welke perifere ziekenhuizen naar welk UMC verwezen (discongruentie van affiliatie en veiligheidsregio's). Verschillende UMC's hebben deelgenomen aan het OMT.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

De IGZ houdt toezicht op alle partijen die betrokken zijn bij infectieziektebestrijding. De IGZ heeft ten tijde van de ebolapreparatie in Nederland aanbevelingen gedaan richting de minister van VWS en heeft twee rapporten gepubliceerd over de mate van bereidheid voor het

ontvangen van een verdachte ebolapatiënt in de academische centra en het calamiteitenhospitaal. De IGZ was lid van het Bestuurlijk afstemmingsoverleg (BAO).

Werkgroep Infectiepreventie (WIP)

De WIP gaf aan dat het ten tijde van de ebolapreparatie in Nederland niet goed geëquipeerd was om binnen korte termijn richtlijnen te ontwikkelen. De WIP had graag een grotere rol willen hebben aangezien er veel vragen leefden op hun expertisegebied infectiepreventie. De WIP heeft deelgenomen aan het OMT.

3.2.2

Koepelorganisaties

GGD GHOR NL

GGD GHOR NL heeft als koepelorganisatie ten tijde van de ebolapreparatie een ondersteunende rol richting haar leden vervuld. GGD GHOR NL voorzag haar leden van de informatie die werd verspreid vanuit het RIVM. Tevens heeft GGD GHOR NL de vragen die in het veld leven geadresseerd bij het Cib. GGD GHOR NL is deelnemer van het BAO.

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Het NHG heeft, als wetenschappelijke vereniging voor huisartsen, vooral een rol gespeeld in de kritische beoordeling (bijvoorbeeld op het gebied van haalbaarheid) van de adviezen/richtlijnen die zijn opgesteld en het verspreiden ervan.

'Het NHG zorgt voor de verbinding tussen het beleid dat landelijk wordt uitgezet door het RIVM en hoe dat gestalte moet krijgen binnen de huisartsenpraktijken.'

Tevens is het NHG nauw betrokken geweest bij het opstellen van de triageprotocollen voor de huisartsen. Het NHG heeft deelgenomen aan het OMT.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

De LHV is de belangenvereniging van huisartsen. Ten tijde van de ebolapreparatie in Nederland is de LHV vooral betrokken geweest bij het verhelderen van de rol van de huisarts bij mogelijke ebolaverdenkingen en bij het informeren van de huisartsen. De LHV was lid van het BAO.

Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU)

De NFU is ten tijde van de ebolapreparatie in Nederland vooral betrokken geweest bij de coördinatie van de afstemming tussen de UMC's. De NFU heeft, na consultatie met de besturen van de academische centra, een uitspraak gedaan welke drie UMC's langdurige zorg voor ebolapatiënten op zich zouden nemen, in het kader van de centralisatie van zorg voor ebolapatiënten. De NFU was lid van het BAO.

Ambulancezorg Nederland (AZN)

AZN is de koepelorganisatie van alle ambulancediensten in Nederland. De rol van AZN is het bieden van eenduidigheid op landelijk niveau, bijvoorbeeld op het gebied van protocollen en persoonlijke beschermingsmaatregelen. AZN heeft ten tijde van de ebolapreparatie in Nederland uitgesproken dat deze preparatie onder de reguliere zorg viel

en dat de verschillende RAV's zich conform deze standaarden dienden voor te bereiden. AZN was lid van het BAO.

3.3 Ketenproces preparatie

Deze paragraaf beschrijft het proces van de ebolapreparatie in Nederland. We gaan kort in op het startpunt van de voorbereidingen, het gebruik van de informatie verkregen van de LCI, de communicatie met ketenpartners en het verloop van de samenwerking. Hierna volgt een overzicht van de verbeterpunten noodzakelijk voor een optimale preparatie.

3.3.1 *Startpunt voorbereiding*

UMC's begonnen hun interne voorbereidingen al in het voorjaar van 2014 (januari – april) door de bestaande Viraal Hemorragische Koorts (VHK)-protocollen door te nemen en zich te oriënteren op wat nodig was voor adequate opvang in hun ziekenhuis. Bij de perifere ziekenhuizen en ambulances was het startpunt in de zomer van 2014. De interne voorbereiding in ziekenhuizen hield verder in dat er voorlichtingsbijeenkomsten voor medewerkers werden georganiseerd, met name voor de spoedeisende hulp (SEH), en dat er intern werd geoefend. Daadwerkelijke opschaling vond vanaf juli 2014 plaats. Deelnemers gaven aan dat de voorbereidingen voor het opvangen van een ebolapatiënt op landelijk niveau in de aanloop van de zomer 2014 begonnen. Berichtgeving van de WHO, het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) en het RIVM (Inf@ctberichten) waren hierin leidend. Voor veel ketenpartners was de eerste expertmeeting met ketenpartners, georganiseerd door het RIVM in augustus 2014, een belangrijk moment om de voorbereidingen kracht bij te zetten. Voor GGD'en was dat de aanleiding om de regionale coördinatie op te pakken. Er werd aangegeven dat instellingen veelal eerst hun interne preparatie op orde wilden hebben en daarna aan de onderlinge afstemming toe kwamen (zie verder paragraaf 4.3.4). Er waren verschillen in de voorbereiding tussen regio's: in sommige regio's nam het UMC het initiatief om regionaal af te stemmen met de GGD, Huisartsenpost (HAP), ambulance en perifere ziekenhuizen, en in andere regio's zochten de GGD of het perifere ziekenhuis zelf regionale afstemming.

'Het ging bij ons gemakkelijker toen we eenmaal een (verdachte) patiënt hadden gehad.'

In de beginfase was het voor perifere ziekenhuizen veel 'pionieren' en werden veel afspraken ad hoc gemaakt. Het was voor hen niet altijd duidelijk wie de regie in de regio had. Perifere ziekenhuizen gaven aan dat, anders dan bij een manifeste uitbraak, hier slechts sprake was van voorbereiding op een dreiging. Dat heeft de start en het tempo van de voorbereidingen ook sterk beïnvloed, omdat men zich voorbereidde op iets wat er (nog) niet is.

'Er is helemaal geen crisis [...] dat is echt een vertragende factor geweest.'

Het verschil in urgentiebesef had tot consequentie dat de mate van voorbereiding sterk varieerde tussen de ketenpartners. Zo werd ervaren dat sommige perifere ziekenhuizen niet optimaal voorbereid waren op het moment dat er een verdachte ebolapatiënt binnenkwam, met alle risico's voor zorgpersoneel van dien.

Huisartsen gaven aan dat er geen angst of vragen leefden bij patiënten en zagen daarom ook niet de noodzaak zich speciaal voor te bereiden op ebola. Een aantal was bekend met de triagerichtlijnen en andere bijlagen van de LCI-richtlijn VHK, maar verder bleef voor de meeste geïnterviewde huisartsen een patiënt met ebola een onwaarschijnlijk scenario.

Ook de huisartsenkoepel NHG gaf aan dat er weinig vragen van huisartsen kwamen en had niet de indruk dat men zich zorgen maakte.

3.3.2 *Informatievoorziening door LCI*

De Inf@ctberichten werden door alle geïnterviewde ketenpartners als correct en bruikbaar ervaren. De Inf@ctberichten werden over het algemeen tijdig gestuurd. De LCI-richtlijnen werden veelvuldig gelezen en gebruikt, door vrijwel alle ketenpartners. Met name de triagerichtlijnen, die in samenwerking met de NHG en AZN zijn opgesteld, werden frequent gebruikt.

De LCI-richtlijnen waren bruikbaar, echter bepaalde onderwerpen, zoals afvalverwerking, schoonmaakprocedures en lijkschouwing waren aanvankelijk niet uitgewerkt. De genoemde onderwerpen liggen niet in het expertiseveld van de LCI. Perifere ziekenhuizen, UMC's en ambulancediensten verwachtten dat de LCI hier duidelijkheid over schiep, en initiatief toonde bij de ontwikkeling door het samenbrengen van experts om tot richtlijnen te komen op die gebieden. Hierbij werd het voorbeeld van andere landelijke richtlijnen van bijvoorbeeld het VK en de VS gegeven, en dat hier ook in Nederland behoefte aan was. Ambulancediensten en ziekenhuizen gaven aan dat de richtlijnen niet altijd goed afgestemd waren op de dagelijkse praktijk en dus een vertaalslag behoeften naar de werkwijze van hun organisatie.

3.3.3 *Communicatie*

LCI

De bereikbaarheid van de LCI werd door de meeste ketenpartners als goed ervaren. Het was helder hoe en waarvoor de LCI te bereiken was. De communicatie met het RIVM verliep goed, er waren heldere afspraken en de communicatieafdeling was goed bereikbaar. Als knelpunt werd genoemd door GGD GHOR Nederland dat de informatie van de LCI zich vooral richt op professionals, waarbij de communicatieafdeling en bestuurders informatie die voor hen belangrijk is, mislopen.

De perifere ziekenhuizen gaven aan dat de LCI zich vooral richtte op de UMC's en daarbij de perifere ziekenhuizen niet voldoende betrok. Het zou wenselijk zijn bijvoorbeeld een expertmeeting zoals die voor UMC's is georganiseerd, ook voor perifere ziekenhuizen te organiseren. Het CIB heeft de raden van bestuur van de niet-academische centra in september 2014 aangeschreven en geattendeerd op de door de LCI ontwikkelde triagerichtlijnen en informatie op de website. Dit blijkt niet voldoende geweest te zijn voor de medische professionals.

Beeldvorming en juridische aspecten

Over het geheel genomen is de beeldvorming van grote invloed geweest op de risicoperceptie bij zowel het publiek als de professionals, met alle gevolgen voor het proces van dien. Zo werd binnen regio's de standaard van persoonlijke beschermingsmiddelen steeds verhoogd ten opzichte van het oorspronkelijke protocol en ook ten opzichte van het protocol van het CDC.

De angst om besmet te worden was een zodanig beperkende factor, dat ambulance- en ziekenhuispersoneel in perifere ziekenhuizen geen behandeling of diagnostiek inzette voor malaria of een andere mogelijke infectie. Het gaat hier om de afweging tussen de veiligheid van de zorgmedewerkers en de medische zorg voor de patiënt. Hier waren meerdere ketenpartners, inclusief hun juridische en ethische commissies, nog niet over uit. Een voorbeeld van hoe dit is opgelost, is dat het UMCG een 'ophaalteam' heeft geformeerd, waarbij gebruik werd gemaakt van een medisch team van het UMC dat op locatie de patiënt beoordeelde en zo nodig behandeling in kon zetten, waarna de ambulance het vervoer regelde. Een andere genoemde oplossing was een basisbehandelpakket met antibiotica en antimalariamiddelen dat ingezet zou kunnen worden om in de periode voordat de eboladiagnostiek bekend is een hoogrisicopatiënt toch te kunnen behandelen.

Ook huisartsen worstelden met dit dilemma, hoewel het nooit tot een daadwerkelijke casus is gekomen. In de ambulancesector werd het probleem als volgt verwoord:

'Wij waren echt bang dat er meer doden zouden vallen omdat er angst voor ebola was, dan daadwerkelijk aan ebola zelf.'

Wat in de ambulancesector heeft bijgedragen aan het reduceren van de angst op besmetting, was het bestuurlijk bekrachtigen dat ebola onder de 'reguliere zorg' viel en iedereen dus moest kunnen rijden. Vanaf dat moment was voor medewerkers van ambulancediensten duidelijk wat het beleid was.

GGD'en en perifere ziekenhuizen noemden dat naarmate het risico voor de volksgezondheid groter wordt, er zwaarder moet kunnen worden gestuurd vanuit landelijk niveau. Dan kan beleid dwingend worden opgelegd. Ook in de focusgroep met ziekenhuizen kwam de behoefte aan dwingend beleid naar voren:

'Wie A zegt moet ook B zeggen, dat betekent natuurlijk dat er ook een aantal juridische voordelen aan vast zitten. Je kunt wat meer dwingend zijn in een aantal zaken en dat moet je ook met de spelers in het veld dan bespreken. Wat betekent dit, en het is niet meer vrijblijvend om wel of geen protocol te maken of om wel of geen pak aan te trekken, maar er zit een bepaalde dwang achter omdat het een A-ziekte is.'

Voor de perifere ziekenhuizen bestond de dreiging vooral uit een *verdachte* ebolapatiënt en in mindere mate een dreiging van de algemene volksgezondheid. Het was niet goed duidelijk in welke mate elke ketenpartner zich moest voorbereiden. De IGZ gaf aan dat perifere ziekenhuizen veel hebben geïnvesteerd in de eerste opvang, wat

mogelijk niet altijd (in een dergelijke omvang) had gehoeven. Het ene ziekenhuis heeft daar meer aan gedaan dan het andere ziekenhuis. Sommige perifere ziekenhuizen investeerden juist meer dan noodzakelijk om adequaat voorbereid te zijn, terwijl andere geen of weinig voorbereidingen troffen of oefeningen deden, omdat ze toch geen patiënten zouden opvangen. Op basis van de kwaliteitswet heeft een ziekenhuis wel een verplichting tot levering van zorg, maar in het geval van ebola was dit juridisch gezien lastig. Mag een ziekenhuis bijvoorbeeld weigeren een patiënt op te vangen? Er was behoefte aan een helder wettelijk kader en heldere afspraken hierover. De verwachting was dat de LCI hierin een rol kon spelen, maar dat is niet geval, omdat dat niet haar rol is.

Communicatie ketenpartners

Ketenpartners maakten vooral gebruik van de bestaande communicatiestromen met bekende regiopartners. Dit had tot gevolg dat niet alle partners binnen de zorgketen betrokken werden, omdat er (te) weinig buiten de reguliere communicatiestromen werd gecommuniceerd. Er was geen bestaand landelijk of regionaal platform of format waarbij iedereen betrokken was. Een voorbeeld hiervan is een UMC dat af moest stemmen met een perifeer ziekenhuis dat normaal gesproken niet naar hen verwijst, maar in verband met een andere verdeling van regio's (veiligheidsregio versus onderwijs- en opleidingsregio) nu wél patiënten naar dat UMC doorstuurde. Er was een gebrek aan uniformiteit volgens welke regio-indeling wordt gewerkt en wie benaderd moest worden om mee samen te werken. Er is een sterke behoefte om in een eerder stadium gezamenlijk met alle ketenpartners in de regio om tafel te zitten.

GGD GHOR Nederland merkte op dat er veel één-op-één-communicatie plaatsvond met de voorzitters van de veiligheidsregio's en burgemeesters, waar meer behoefte was aan overleg op koepelniveau.

Melding triage

In de communicatieketen van het melden en triageren van een verdachte ebolapatiënt werd soms de GGD overgeslagen.

3.3.4

Samenwerking en afstemming

Vanwege het interregionale aspect van de dreiging heeft men elkaar in het land opgezocht. Zo hebben ambulancediensten expertise en ervaringen gedeeld met diensten uit aangrenzende regio's, wisselden internist-infectiologen binnen de beroepsgroep protocollen en ervaringen uit binnen ziekenhuizen, en heeft het RIVM twee expertmeetings met UMC's en ambulancevertegenwoordigers georganiseerd. Aanvankelijk vond communicatie vooral binnen de eigen sector plaats, omdat afstemming als belastend werd ervaren als de eigen instelling zelf nog niet optimaal voorbereid was. Dit zorgde voor enige vertraging in de regionale en landelijke afstemming. Uiteindelijk hebben sommige perifere ziekenhuizen zelf afgestemd met GGD en ambulance, omdat een landelijk beleid hiervoor ontbrak.

'Ik ga zelf niks bedenken maar wacht tot er landelijk afgestemd gaat worden, [...] want niet iedereen moet zelf het wiel gaan uitvinden.'

Regionale afstemming werd door ketenpartners vooral zelf gedaan, er werden hiervoor weinig landelijke afspraken gemaakt. De richtlijn en protocollen van de WIP en beroepsverenigingen (huisartsen, arts-microbiologen, internist-infectiologen et cetera) vormen hierop een uitzondering. Een ander aspect dat regionale samenwerking bemoeilijkte was het verschil in regio-indeling, waardoor een perifere ziekenhuis of huisarts bijvoorbeeld naar een ander UMC moest verwijzen dan normaal. Andersom moesten UMC's afstemming zoeken met ambulancediensten die niet standaard in hun regio vallen, maar ten tijde van de ebolapreparatie wel.

Oefenen met elkaar werd als heel belangrijk ervaren voor alle ketenpartners. Hierbij wordt kennis en ervaring uitgewisseld en leert men elkaar en elkaars verantwoordelijkheden kennen.

3.3.5 *Coördinatie in de regio*

Een aantal GGD'en gaven aan dat men in een eerdere fase landelijke afstemming vanuit het CIb verwacht had. Hierdoor moesten GGD'en individueel initiatief ontplooiën, en werd er geen uniforme coördinatie gehanteerd in een UMC-regio waarin meerdere GGD'en aanwezig zijn. Dit had ook als risico dat regionale afspraken verschilden van landelijke afspraken, waardoor opnieuw in de regio afstemming moest worden gezocht. GGD'en en ambulancediensten gaven aan dat meer centrale regie gewenst is voor landelijk beleid dat regionaal zou kunnen worden uitgerold.

UMC's vormen als kenniscentrum een belangrijke rol in hun regio, waar huisartsen, perifere ziekenhuizen, ambulancediensten en GGD'en graag gebruik van maakten. Enkele ketenpartners gaven dan ook aan meer kennis bij het UMC te halen dan bij het CIb. De UMC's beschouwen het echter niet als hun primaire taak om regionale afstemming te faciliteren. Het verzoek van het CIb om een adviserende rol richting de perifere ziekenhuizen op zich te nemen met betrekking tot de preparatie, was dan ook nieuw voor hen. Zij gaven aan het lastig te vinden om de HAP en perifere ziekenhuizen bij de preparatie te betrekken.

3.3.6 *Proces op- en afschalen en centralisatie*

Initieel was het beleid dat alle acht UMC's de opvang en behandeling van ebolapatiënten op zich zouden nemen. Het proces van afschalen van acht academische centra naar drie centra voor langdurige behandeling (en het Calamiteitenhospitaal) is echter niet transparant verlopen, volgens sommige UMC's. Het verzoek tot centralisatie en de keuze welke UMC's vervolgens geschikt zouden zijn als langdurige behandelcentra kwam te liggen bij de NFU. Het besluit is uiteindelijk genomen op basis van capaciteit en spreiding in het land. De verwachting toen was dat er meer dan drie ebolapatiënten in Nederland opgevangen moesten worden, waarvoor één UMC dan te weinig capaciteit zou hebben. Aangezien de IGZ kort voor dit besluit had geïnventariseerd of de UMC's klaar waren voor de opvang van een ebolapatiënt, werd in de focusgroep met UMC's geopperd dat de IGZ een sterker adviserende rol zou kunnen hebben in dit proces.

De indicatie voor centralisatie van acht naar drie UMC's was volgens een aantal participerende UMC-medische professionals ook niet effectief. Voor de preparatie van kortdurende opvang in de eerste drie dagen van een verdachte ebolapatiënt tot de definitieve diagnose bekend zou zijn, werd evenveel gevraagd van een niet als ebolabehandelcentrum

aangewezen UMC als van een aangewezen UMC. Anderen zeiden juist dat de centralisatie wél is gelukt, omdat er nu immers UMC's waren die patiënten konden doorsturen en zelf dus niet de langdurige opvang hoefden te doen.

Ook het proces van verder afschalen nadat de eboladreiging was verdwenen, kon duidelijker. Bij zowel de perifere ziekenhuizen als de UMC's werd gekeken naar het RIVM voor een advies wanneer verder afschalen geïndiceerd was. Hiervoor bestaan nog geen standaarden, er is ook geen landelijk gestandaardiseerde systematiek wat op- en afschaling binnen perifere ziekenhuizen en UMC's inhoudt.

3.3.7

Hiaten

Geld en middelen

Naar voren kwam dat als behandelcentra worden aangewezen, daarvoor dan ook budget noodzakelijk is. Het is tevens een gemis dat er geen Diagnose Behandel Combinatie (DBC) bestaat voor onderzoek naar een mogelijke ebolapatiënt. Financiering voor de ontwikkeling van WIP-richtlijnen is een knelpunt. Ten slotte is er verschil in beschikbare middelen voor preparatie tussen organisaties, hetgeen het onderling uitwisselen van middelen of het hanteren van een gezamenlijke voorraad bemoeilijkt.

Gebrek aan eenduidigheid in de implementatie

In het proces van de ebolapreparatie hebben sommige ketenpartners besloten af te wijken van de casusdefinitie van het RIVM, wat binnen de regio vervolgens weer meer verwarring tot gevolg had omdat men twee casusdefinities hanteerde.

Richtlijnen

In crisistijd kan het voorkomen dat er LCI-richtlijnen opgesteld worden zonder dat er volledige afstemming is met sommige beroepsgroepen of de WIP, zoals bij de afvalrichtlijn. Dit moet nadien geregeld worden. Ondanks het heldere advies over welke Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM) gedragen dienden te worden (bekrachtigd door het OMT), werden door sommige organisaties hogere PBM-standaarden gehanteerd. Dat leidde weer tot ongerustheid bij medewerkers van andere instellingen (zie paragraaf 4.3.3.).

3.3.8

Wat kan verbeterd worden?

Duidelijkheid over regio-indeling

De verschillende regio-indelingen volgens veiligheidsregio's, de netwerken acute zorg, en de academische regio's rondom een UMC, bemoeilijkten de regionale afstemming. Hierdoor was het onduidelijk met wie een ketenpartner in een bepaalde regio moest afstemmen.

Centrale regie en richtlijnen

Er is behoefte aan meer landelijke regie met betrekking tot opschalen (start coördinatie in de regio, institutionele opschaling), waarbij zorgprofessionals de criteria voor opschaling kunnen bepalen, maar ook goede afstemming met bestuurders nodig is omtrent besluitvorming over centralisatie van zorg. Tevens was behoefte aan heldere richtlijnen. LCI- en WIP-richtlijnen dienen goed op elkaar aan te sluiten. Richtlijnen mogen (nog) breder bekend gemaakt worden.

De perifere ziekenhuizen hadden in een vroeg stadium al behoefte aan centrale aansturing, zodat het helder was wat er van de ziekenhuizen werd verwacht ten aanzien van een eventuele patiënt met een ebolaverdenking.

De NHG zou graag samen met Ineen, de LHV en de LCI de opvang van een mogelijk besmettelijke patiënt verder uitwerken. Onderwerpen die ook nog aandacht verdienen zijn PBM voor de huisarts, een eventuele isolatieruimte en schoonmaakprocedures van die ruimte.

Communicatie

Tijdige afstemming tussen ketenpartners in de regio (regionale coördinatie) en uitgebreidere informatievoorziening vanuit CIB/RIVM en koepelorganisaties naar de ketenpartners. Daarnaast ervaringen/leerpunten van opvang van (potentiële) ebolapatiënten beschikbaar stellen.

Ook is er een uitgebreidere informatiebehoefte onder management en communicatieafdelingen van GGD GHOR-organisaties.

Ten slotte zouden voorlichtingscampagnes voor zowel publiek als zorgmedewerkers van meerwaarde zijn om de angst te reduceren.

Ambulancezorg

Voorgesteld werd om dedicated teams voor het hele land aan te wijzen, zodat niet in alle regio's ambulances voorbereid hoeven te zijn en 'gestript' hoeven te worden bij een aankondiging van transport van een mogelijke of bevestigde ebolapatiënt. Eén centrum met één centrale dienst zou een mogelijkheid zijn.

Daarnaast zou het beschikbaar stellen van expertise van een deskundige infectiepreventie aan landelijke ambulancediensten de landelijke protocollen verbeteren. Meer mogelijkheden tot afstemming onderling zou meerwaarde hebben.

3.4 Coördinatie door CIB

Hoe werd de regierol van het CIB ervaren?

Verschillende ketenpartners gaven aan dat er meer behoefte was aan landelijke coördinatie door het CIB, bijvoorbeeld door het faciliteren van landelijke afstemmingsoverleggen tussen ketenpartners, maar ook door sturing te geven aan richtlijnontwikkeling dat buiten de expertise van het CIB valt (zie ook paragraaf 4.3.2), bijvoorbeeld richtlijnen binnen het ziekenhuis. Het CIB zou dan een expertgroep/beroepsvereniging kunnen aanspreken voor de ontwikkeling van een specifieke richtlijn of het maken van beleid.

'Dat heb ik wel als positief ervaren, dat we als koepel direct betrokken werden. En waarschijnlijk zijn we te laat betrokken, omdat een aantal regio's al lang bezig was, dus waarschijnlijk hadden we elkaar eerder moeten vinden in dat proces.'

3.5 Aansluiting CIB/publieke gezondheidszorg op de curatieve zorgsector

De aansluiting van de twee sectoren, publieke gezondheid en curatie, werd als belangrijk gezien. De Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) zou een rol kunnen spelen om dit op regionaal niveau uit te werken. Daar ligt tevens een taak voor de Directeur

Publieke Gezondheid vanuit zijn/haar hoedanigheid als directeur GGD GHOR.

CIb kan de inhoudelijke expertise uit de curatieve sector mobiliseren en daarmee haar formele coördinerende rol uitoefenen.

3.5.1 *Hoe werden de expertmeetings ervaren?*

De expertmeetings werden door de meerderheid van de respondenten als nieuw, nuttig en doelmatig ervaren. Ook gaven verschillende andere partijen bij de evaluatie aan graag bij de expertmeetings aanwezig te zijn geweest, om beter te kunnen faciliteren in de regionale afstemming met GGD'en, UMC's en ziekenhuizen.

3.6 **Overall leerpunten van de ebolapreparatie**

De langdurige, verhoogde preparatie voor een mogelijke ebolapatiënt is een situatie die zich niet eerder heeft voorgedaan. Geïnterviewden gaven aan dat er een crisis heerste, zonder dat er van een crisis of uitbraak sprake was. In deze situatie heeft men nieuwe wegen moeten zoeken om op lokaal niveau de ketenpartners goed op elkaar af te stemmen (lokale coördinatie). Op landelijk niveau zijn er nieuwe samenwerkingsverbanden ontstaan tussen verschillende koepelorganisaties en CIb. Zowel op lokaal als landelijk niveau hebben organisaties elkaar beter leren kennen wat als waardevol wordt gezien. De preparatie voor ebola, inclusief oefeningen en leerpunten daaruit, heeft zowel binnen de curatieve zorg (ziekenhuizen, ambulances) en de openbare gezondheidszorg (GGD, CIb/RIVM) de alertheid voor en voorbereiding op besmettelijke, ernstige infectieziekten op een hoger plan gebracht. Geïnterviewden geven aan dat dit een zinvolle investering is geweest, en bij voorkeur bestendig blijft middels een breder ingezette generieke preparatie voor infectieziekten.

3.7 **Afsluitende bijeenkomst**

Tijdens de afsluitende bijeenkomst werden de resultaten systematisch gepresenteerd en besproken met de hele groep respondenten. De discussie wordt onderverdeeld in hoofdthema's:

1. *Centralisatieproces van de UMC's*

Er is behoefte om het centralisatieproces bij A-ziekten in rustige tijden te herzien, waarbij gebruik gemaakt moet worden van transparante criteria om tot een keuze voor gespecialiseerde opvangcentra te komen.

2. *Regionale afstemming - Gebrek aan uniformiteit regie in de regio*

Bij de ketenpartners is behoefte aan een landelijk beleid, een 'blauwdruk' voor uniforme regie in de regio/periferie, dat vervolgens in de regio kan worden uitgerold. Hierin is een centrale rol voor de voorzitters van de veiligheidsregio's en de Directeuren Publieke Gezondheid (DPG'en), die de vertaalslag van landelijk naar lokaal beleid maken en de regionale uitvoering coördineren. Deze blauwdruk kan vervolgens geoefend worden. Daarvoor kan een oefenrichtlijn of -menu worden opgesteld. Voor regionale oefeningen zijn van overheidswege gelden voor Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO) beschikbaar via het Regional Overleg Acute Zorg (ROAZ). Er werd echter ook benadrukt dat lokale kleinschalige oefeningen belangrijk zijn voor regionale

preparatie. Het financieringsvraagstuk en het oefenbeleid kunnen worden geadresseerd in het zogenaamde 'Programma College' van de GHOR.

3. *Meer centrale regie - Institutionele preparedness*

In de resultaten van het evaluatieonderzoek werd de term 'institutionele preparedness' gebruikt om de landelijke kaders aan te geven van de verantwoordelijkheden van ketenpartners bij infectieziektebestrijding. Er zouden daarnaast heldere afspraken gemaakt moeten worden tussen de aanwezige ketenpartners op centraal/institutioneel niveau over de aanpak bij grootschalige infectieziektebestrijding.

Het CIb zou hierin kunnen faciliteren door een landelijke werkgroep op te richten, bestaande uit deskundigen afkomstig van de beroepsgroepen van de ketenpartners, die advies uitbrengt aan het RIVM en het ministerie van VWS.

De behoefte aan 'Meer centrale regie' of een 'blauwdruk' voor regionale coördinatie zoals hierboven vermeld, zou door de werkgroep mede vormgegeven kunnen worden.

Onderdeel van de institutionele preparedness zou ook zijn het opstellen van criteria op basis waarvan verantwoordelijke bestuurders (van UMC's, VWS) de keuze voor centralisatie van zorg kunnen maken.

Daarnaast kan het basisniveau van preparatie gedefinieerd worden, alsmede opschalingsniveaus en wat daarbij verwacht wordt van ketenpartners. Een mogelijke ingang voor vervolginplementatie is om de institutionele preparedness te agenderen bij de ROAZ, en vervolgens ook opleiden (onderwijzen), trainen en oefenen. De oefenfrequentie en -onderwerpen zouden in het Programme College van de GHOR geagendeerd kunnen worden. GHOR, LNAZ en AZN zouden hierbij aan moeten sluiten.

Het tijdig samenbrengen van verschillende ketenpartners is tijdens de bijeenkomst niet verder uitgewerkt, maar zou ook een logisch onderdeel zijn van het draaiboek Institutionele Preparedness.

4 Samenvatting en conclusies

De ebola-uitbraak in West-Afrika (2014-2016) resulteerde ook in Nederland in een grootschalige preparatie in de curatieve zorg ten behoeve van tijdige identificatie, veilig transport en beoordeling van mogelijke patiënten (triagestandaarden). Het CIB coördineerde deze preparatie omdat het een groep A-meldingsplichtige ziekte betreft. Het CIB heeft, in samenwerking met de beroepsorganisaties, aanvullende richtlijnen opgesteld (deels op het terrein van de curatieve zorg) en expertmeetings georganiseerd voor de publieke en curatieve zorg om in de behoefte tot onderlinge afstemming te voorzien.

Deze preparatie tot in de intramurale sector was een nieuwe ontwikkeling voor het CIB. Vandaar dat het CIB het initiatief heeft genomen om samen met de ketenpartners de ervaringen in de ketenpreparatie voor een mogelijke ebolapatiënt te evalueren. Deze evaluatie vond plaats met curatieve stakeholders (academische en perifere ziekenhuizen, ambulancediensten, huisartsen), GGD'en en betrokken koepelorganisaties. Door middel van focusgroepsessies en semigestructureerde interviews is hun mening gevraagd over de rol en verantwoordelijkheden van de ketenpartners, het ketenproces en onderlinge samenwerking bij preparatie en coördinatie in de regio en de aansluiting van het CIB op de curatieve sector.

Uit de interviews is gebleken dat de preparatie en afstemming tussen ketenpartners in de regio grote variatie vertoonde. In sommige regio's nam het UMC de leiding, in andere regio's de GGD of wachtte men op landelijke instructies. Voor perifere ziekenhuizen was deze mate van preparatie nieuw en was niet altijd duidelijk wie de regie had in de regio en met welke UMC zij in de preparatiefase samenwerkten. Dit werd versterkt door de regionale discongruentie tussen affiliatie van perifere met academische ziekenhuizen (patiëntverwijzingen/opleidings-samenwerking) en de veiligheidsregio's (indeling leidend bij preparatie). Ten slotte was er verschil in urgentiebesef wat leidde tot verschillen in mate van preparatie. Tevens had men last van diversiteit in beschermende maatregelen, dat leidde tot onnodige onzekerheid en opdrijving van maatregelen. Dit samen leidde tot de vraag naar een meer landelijke regie.

Het besluitvormingsproces voor centralisatie van (langdurige) behandelcentra werd als onduidelijk en niet-transparant ervaren. De vertegenwoordigers van de UMC's pleitten voor duidelijke keuzecriteria en een transparante besluitvormingsprocedure bij bestuurders (UMC's, VWS) ter voorbereiding op de toekomst.

De informatievoorziening door het CIB (Inf@ctberichten, richtlijnen) werd als goed beoordeeld. Informatiebijeenkomsten waar naast landelijke partners ook regionale ketenpartners welkom zijn, zouden wenselijk zijn geweest. Onduidelijk is in hoeverre de regio's hier zelf in hadden kunnen voorzien. Daarnaast is er behoefte aan adviezen over de mate van preparatie en over op- en afschalingscriteria (onderdeel 'centrale regie').

De deelnemers aan de evaluatie vinden 'institutionele preparedness' voor zorginstellingen de manier om voorbereid te zijn op crises in de

toekomst. In een platform met curatieve ketenpartners en GGD'en, gefaciliteerd door het CIb, zouden een aantal zaken met betrekking tot preparatie moeten worden uitgewerkt. Hieronder vallen criteria voor de centralisatie van langdurige zorg bij A-ziekten, alsmede niveaus van preparatie en criteria voor op- en afschaling binnen ziekenhuizen (institutionele preparedness). Afstemming over meer operationele zaken, zoals keuze van persoonlijke beschermingsmaatregelen, kan ook hierin ook worden uitgewerkt, dit komt uniformiteit bij de implementatie van richtlijnen ten goede.

Daarnaast dienen er blauwdrukken worden ontwikkeld voor coördinatie in de regio en voor goede afstemming en informatievoorziening tussen de ketenpartners in de regio. De regio-indeling is gerelateerd aan de centralisatie van zorg, en daarmee een keuze van bestuurders (bestuurders van ziekenhuizen, GGD'en, VWs). De samenwerking tussen perifere en universitaire ziekenhuizen volgt hieruit.

Tot slot is het belangrijk aansluiting bij reguliere preparatie- en oefentrajecten te borgen door dit traject af te stemmen met GGD GHOR Nederland en de ROAZ.

Samenvattend

Tijdens de ebolapreparatie heeft men goed samengewerkt. Echter, er zijn duidelijke punten voor verbetering zoals:

- Uniformere preparatie in de (helder gedefinieerde en aangestuurde) regio's;
- De ontwikkeling en implementatie van heldere criteria voor institutionele preparedness voor ziekenhuizen/zorgorganisaties;
- En een sterkere landelijke regie op de aansluiting van de publieke zorg op de curatieve zorg.

Dit zal worden uitgewerkt door een landelijk platform met betrokken partijen. Het CIb zal hiertoe het initiatief nemen. Waar nodig zal aansluiting gezocht worden met bestuurlijke vertegenwoordigers (keuzen centralisatie zorg inclusief ambulancezorg, indeling regio's)

Dankwoord

De LCI bedankt alle deelnemers van de focusgroepen en geïnterviewde personen voor hun medewerking.

Bijlage 1: Overzicht belangrijkste feiten voor CIb van ebolapreparatie in Nederland

Maart – juli 2014

- Eerste melding uitbraak ebola in Guinee komt binnen bij LCI als nationaal focal point voor de WHO (23/3).
- WHO rapporteert 49 gevallen waarvan 29 overleden in Guinee (23/3).
- LCI stuurt eerste Inf@ctbericht (*digitaal berichtenservice over infectieziekten aan GGD'en, leden NVMM, VIZ en VHIG*) (25/3): Guinee, Sierra Leone en Liberia melden verdachte gevallen. Kans op introductie in Nederland klein. De bestaande LCI- en WIP-richtlijnen Viraal Hemorragische Koorts (VHK) bieden informatie m.b.t. bestrijding, omgang en isolatiemaatregelen.

Juli – augustus 2014

- WHO roept ebolacrisis uit als 'public health emergency of international concern' (PHEIC) op 8/8/14 vanwege grote stijging in aantal gevallen.
- LCI vierde Inf@ct (19/8): Nieuw uitgewerkt protocol ambulancevervoer in bijlage 4 LCI-richtlijn VHK.
- Eerste expertmeeting voor UMC's (21/8) 'Opvang ebolapatiënten in Nederlandse academische ziekenhuizen'.
 - Alle academische ziekenhuizen zijn bereid tot opvang en behandeling van ebolapatiënten.
 - Het RIVM stelt Viadesk (een besloten communicatieplatform) ter beschikking om informatie uit te wisselen, o.a. over de aanschaf en inventarisatie van persoonlijke beschermende middelen.
 - Ambulanceprotocol wordt aangepast met als doel ambulanceteams voor ebola te beperken.
 - Regionaal afstemmen oefenen is essentieel. Oefenmateriaal kan worden gedeeld via Viadesk.

September 2014

- LCI vijfde Inf@ct (1/9): Europese casusdefinitie uitgewerkt in bijlage voor de LCI-richtlijn VHK. Triagerichtlijn is opgesteld voor huisartsen, ambulancemedewerkers en SEH-artsen. De ambulancesector bereidt ambulancemedewerkers voor op het transporteren van een (verdachte) ebolapatiënt.
- Normen waaraan de persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) moeten voldoen toegevoegd aan de praktische uitwerking van het Landelijk Protocol Ambulancezorg en de LCHV-hygiënerichtlijnen ambulancediensten (bijlage 4 LCI-richtlijn VHK).
- Repatriëring twee aan ebolapatiënten blootgestelde Nederlandse artsen Lion Heart Foundation naar LUMC (14/9).

Oktober 2014

- Nieuwe bijlagen LCI-richtlijn VHK: Bijlage 7 beschrijft 'schoonmaakprotocol woning patiënt' en Bijlage 8 beschrijft de werkwijze bij een patiënt overleden ten gevolge van ebola (1/10).

- VWS: Landelijk informatiepunt ebola van start op 20 oktober.
- **Outbreak Management Team (OMT)** (23/10) bekrachtigt triagerichtlijnen en protocollen voor professionals in de (publieke) gezondheidszorg. Tevens heeft het OMT adviezen uitgebracht over de zorg voor patiënten met (verdenking) van ebola. Het **Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO)** heeft deze adviezen overgenomen.
- **Tweede expert meeting** UMC's (23/10) 'Opvang ebolapatiënten in Nederlandse academische ziekenhuizen'.
 - Geen behoefte aan centrale inkoop PBM.
 - Unanieme behoefte geuit voor centralisatie zorg ebolapatiënten.
- Capaciteitsproblemen gemeld bij leverancier door grootschalige inkoop persoonlijke beschermingsmiddelen.
- LCI stelt werkgroep in voor afvalverwerking.
- GGD GHOR NL initieert op advies OMT inventarisatie perifere ziekenhuizen over de mate van ebola preparedness (rapport gereed in januari 2015).

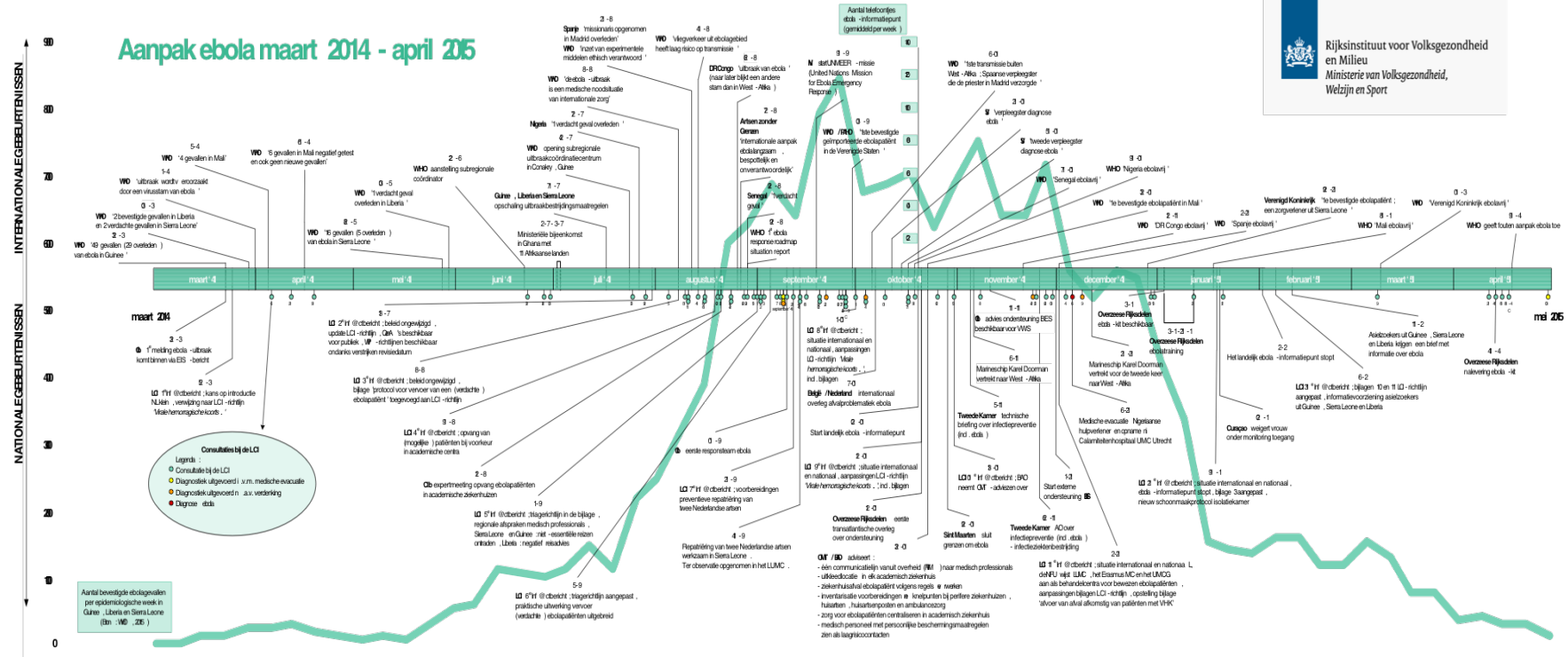
December 2014

- NFU wijst LUMC, het Calamiteiten Hospitaal, UMCG en Erasmus UMC aan als behandelcentra voor ebolapatiënten.
- Medische evacuatie Nigeriaanse VN-hulpverlener (6/12), opgenomen en behandeld in het Calamiteitenhospitaal.

Januari 2015 – april 2016

- Ebola-epidemie in West-Afrika neemt af, media-aandacht verzwakt.
- Landelijk informatiepunt ebola stopt op 1 februari 2015.
- Op 9 mei wordt Liberia ebolavrij verklaard, 7 november wordt Sierra Leone ebolavrij verklaard, en op 29 december Guinee.
- WHO heft 'PHEIC' status ebolaepidemie op op 29 maart 2015. Preparatieactiviteiten kunnen teruggebracht worden tot regulier niveau. Er zijn op dat moment in totaal 28.616 patiënten gemeld), in Guinee, Liberia en Sierra Leone, (vermoedelijke, waarschijnlijke en bevestigde gevallen) onder wie 11.310 doden.
- De LCI is 96 maal benaderd voor beoordeling mogelijke patiënt met ebola (triage). 17 keer is de patiënt ingestuurd naar een academisch centrum voor aanvullende beoordeling, in 13 gevallen is de patiënt opgenomen in isolatie en diagnostiek ingezet. Deze was in alle gevallen negatief.

Bijlage 2: Tijdslijn ebolapreparatie en -respons



Bijlage 3: Vragenlijst semigestructureerde interviews

Vragenlijst semigestructureerd interview met koepelorganisaties 'Evaluatie ebola preparatie in Nederland'

Vrij aangepast naar het document '*Interview voor evaluatie uitbraken hepatitis A en Salmonella 2010 – samenwerking nVWA en CIb/RIVM*' en het artikel '*Een kader voor het evalueren van infectieziekte uitbraken*' van I.M.S van Ouwkerk, L.D. Isken en A. Timen in *Infectieziekten bulletin* 20(3) 95-98

Algemene indruk individuele rol en rol instelling

1. Welke functie heeft u binnen uw instelling?
2. Wat was de rol van uw instelling bij de ebola-aanpak in Nederland?
3. Wat was uw eigen rol binnen uw instelling?

Vorbereiding/uitbraakbestrijding

4. Was uw instelling voldoende voorbereid op een eventuele ebola-uitbraak in Nederland?
 - a. Zo niet; wat miste? Wie had dat moeten leveren?
5. Week de preparatie voor de ebola-uitbraak af van die voor andere uitbraken?
 - a. Zo ja, waarom werd afgeweken?
 - b. Wat week precies af?
 - i. Wat ging er goed?
 - ii. Wat ging er niet goed?
 - iii. Waren hierbij speciale behoeften ten aanzien van het CIb?
6. Was het voor u duidelijke welke bestrijdingsmaatregelen u tot uw beschikking had (*bijvoorbeeld: casemanagement, implementatie van bestrijdingsmaatregelen en gebruik van beschermingsmiddelen*)?
 - a. Waren deze maatregelen inzetbaar?
7. Wat is er nodig voor optimale preparatie?
 - a. Wat hiervan miste u?

Samenwerking organisaties

8. Met welke organisaties heeft u samengewerkt m.b.t. de ebola-aanpak in Nederland?
9. Was de taakverdeling duidelijk? Of waren er situaties waarin twee organisaties in elkaars vaarwater zaten?
10. Hoe was de terugrapportage tussen de onderlinge organisaties?
 - a. Werden alle gegevens op tijd uitgewisseld?
11. Hoe was de samenwerking binnen uw eigen organisatie?
 - a. Was iedereen goed op de hoogte van wat de ander deed of kon de afstemming verbeterd worden?
12. Waren er hiaten in het ketenproces?
 - a. Zo ja, door wie zouden die opgevuld moeten/kunnen worden?

Communicatie vanuit de LCI

13. Wat vond u van de manier waarop het CIb communiceerde met uw organisatie (*via Inf@ctberichten, expertmeetings, informatie op Viadesk, beschikbaar gestelde richtlijnen en Q&A's op de website*)?

14. Waren de beschikbare LCI-richtlijnen met bijlagen duidelijk en voldoende ondersteunend?
 - a. Heeft u deze richtlijnen ook gebruikt?
15. Hoe zijn de expertmeetings ervaren? (*enkel voor UMC's*)
 - a. Was hier behoefte aan en is aan deze behoefte voldaan?
 - b. Ontbraken er in uw ogen nog relevante bijlagen/protocollen/...?

Regierol CIB

1. Hoe is de regierol van het CIB ervaren?
2. Wat verwacht u van de samenwerking met het CIB?
3. Wat is in uw ogen essentieel in de samenwerking tussen het CIB en de curatieve zorg?
 - a. Hoe zou het CIB hierbij beter kunnen functioneren?

RIVM

De zorg voor morgen begint vandaag