

112 NETWERK

Acute zorg en crisisbeheersing
in Twente en Oost-Achterhoek



**“We proberen
het hier zo
leuk mogelijk
te maken”**

Acute zorg op de kinderafdeling

Prehospital triage blijft uitdaging
om concentratienorm te halen

November 2025



Inhoud

- 3 Column**
Arnoud Jansen, Mediant
- 4 Uitgelicht**
Samen werken aan
weerbaarheid in de zorg
- 7 Zorgvraag**
3 vragen aan Erik Wannee
- 8 Zorg voor morgen**
Prehospitale triage blijft uitdaging
om concentratienorm te halen
- 10 In beeld**
De noodkoffer
- 11 De casus**
OvD-G in actie
- 12 Praktijk**
Acute zorg op de kinderafdeling
- 14 Nieuwsflits**
Nieuws uit de regio

Colofon

Dit is een uitgave van Bureau Acute Zorg Euregio en GHOR Twente. Dit magazine verschijnt twee keer per jaar en bericht over ontwikkelingen rondom acute zorg in Twente en Oost-Achterhoek.

Jaargang 2025, editie november

Redactie

Kim Boerman

k.boerman@ghortwente.nl

Manon Bruens

m.bruens@acutezorgeuregio.nl

Marina Katerberg

m.katerberg@vrtwente.nl

Ewout Lamé

e.lame@acutezorgeuregio.nl

Marjolijn Waanders

m.waanders@acutezorgeuregio.nl

Ontwerp & realisatie

BladenMakers, Ermelo
www.bladenmakers.nl

In deze column is elke editie een andere zorgprofessional uit regio Twente/ Oost-Achterhoek aan het woord.



Vind elkaar bij complexe incidenten

Naam Arnoud Jansen
Functie Lid Raad van Bestuur
Organisatie Mediant

Toen ik een jaar of zeven was, brak bij het petrochemische bedrijf Servo in Delden, waar mijn vader werkte, brand uit. Door een lekkage stond het terrein bovendien blank met chemische stoffen. Tegen het advies van mijn vader in, blusten de brandweerlieden met de broekspijpen óver de laarzen. Dat was immers het voorschrift. Gevolg: ze kregen blaren bij hun liezen en edele delen. Mijn vader was des duivels.

Ik lees het vaak terug in evaluaties van incidenten, calamiteiten en suicides. Van de moord op oud-minister Els Borst in 2014 tot 'kruisboogschutter' Kenzo K. uit Almelo, die in 2021 twee vrouwen doodstak: de betrokken

partijen hadden alle protocollen nageleefd. Toch leiden deze evaluaties telkens tot nóg striktere regels.

Onderzoek van professor John Goedee toont echter aan wat er echt misgaat tussen partijen bij complexe incidenten: gebrek aan taakafstemming, coördinatie en kennis over elkaars expertise en taak, en gebrek aan optimale informatieoverdracht.

Ik ervoer het zelf tijdens samenwerkingssessies, waarbij zo'n tien ketenpartners fictieve casussen behandelen. Door alle druk om te komen tot centrale regie weten ze elkaar juist niet meer te vinden.

Wat moet er dan wel gebeuren? We moeten meer trainen op coördinatie en informatieoverdracht. De chemicaliën-expert en de blus-expert moeten leren naar elkaar te luisteren. Meer protocollen zijn geen oplossing. •

Samen werken aan weerbaarheid in de zorg

Hoe Twentse zorgorganisaties
zich voorbereiden op een
veranderende wereld



De wereld verandert sneller dan ooit. Geopolitieke spanningen, economische onzekerheden en digitale dreigingen raken ook de zorgsector. Voor zorgprofessionals betekent dit dat de vraag niet langer is óf zich een verstoring voordoet, maar vooral wanneer en hoe goed we voorbereid zijn.

TEKST

Marina Katerberg, GHOR Twente

BEELD

Emiel Muijderman



GHOR Twente werkt samen met Bureau Acute Zorg Euregio volop aan het vergroten van de weerbaarheid van zorgpartners. Zo zijn er begin dit jaar vanuit Veiligheidsregio Twente meerdere sessies geweest met diverse partners, waaronder zorgorganisaties, om een black-out scenario met elkaar te doorleven. Daarnaast verschijnt eind dit jaar de herziene versie van het Zorgrisicoprofiel Twente met daarin een beeld van de risico's met de meeste impact op de zorgsector. De dringende oproep daarbij aan zorgorganisaties, is vooral kritisch te kijken naar de eigen kwetsbaarheden en tijdig maatregelen te treffen.

Van efficiëntie naar veerkracht

Zorgorganisaties zijn gewend om efficiënt te werken. Leveringen komen just-in-time, voorraden zijn klein en processen strak georganiseerd. In tijden van crisis blijkt dat juist een risico. “De afgelopen jaren zien we dat zorgorganisaties steeds afhankelijker zijn geworden van andere partijen. Als er dan een verstoring optreedt, kan dat direct grote gevolgen hebben,” zegt

Daisy Jansen, adviseur zorgcontinuïteit bij GHOR Twente. “We moeten de omslag maken van puur efficiënt naar veerkrachtig. Dat vraagt om buffers, alternatieve afspraken en bewust nadenken over uitval van voorzieningen of het gecoördineerd afschalen van zorg.”

Zorgcontinuïteit: een gezamenlijke verantwoordelijkheid

Elke zorgorganisatie is verantwoordelijk voor haar eigen continuïteit, maar geen enkele organisatie staat alleen. De zorg in Twente is een keten waarin onder andere ziekenhuizen, huisartsen, verpleeghuizen, thuiszorg, apotheken en leveranciers veel samenwerken. GHOR Twente en Bureau Acute Zorg Euregio ondersteunen deze samenwerking actief. Via expertgroepen, ketenoverleggen en gezamenlijke trainingen worden partijen bij elkaar gebracht. Daarnaast worden ze ondersteund door het eerder genoemde regionale zorgrisicoprofiel, het oefenen met scenario's rond stroomuitval, het bespreken van cyberdreigingen en denken we mee in planvorming.

Wat kun je zelf doen als zorgpartner?

Weerbaarheid vraagt om actie. Enkele algemene adviezen:

- Bespreek het onderwerp binnen je organisatie – zowel operationeel als bestuurlijk.
- Werk met realistische scenario's in je crisisplannen, zoals langdurige stroomuitval of digitale verstoringen.
- Maak afspraken over noodleveringen met leveranciers en apotheken.
- Houd essentiële middelen op voorraad. Advies: wees voorbereid om 72 uur zelfstandig te functioneren.
- Communicatie is cruciaal. Denk na hoe je medewerkers, patiënten en cliënten en familieleden bereikt.

“72 uur zelfredzaam zijn klinkt misschien lang, maar is echt een minimum,” benadrukt Daisy Jansen. “Stel je voor dat er een grote regionale stroomstoring is. Ook als zorginstelling ben je dan op jezelf aangewezen. Denk hierbij aan voeding, medicatie, hygiëne, personeel en energie. Stem van tevoren af welke minimale zorg je onder dergelijke omstandigheden nog kunt en wilt blijven leveren en wat je daarvoor moet regelen.”



// Beeld is AI gegenereerd.



Maak regionaal afspraken hoe je elkaar kunt ondersteunen.

Concreet aan de slag: vijf aandachtspunten

1. Slim voorraadbeheer

Maak afspraken met leveranciers en kijk kritisch naar de leveringsfrequentie. Kleine, regelmatige leveringen verkleinen het risico dat de voorraad opraaft. Kies voor houdbare en voedzame producten zodat patiënten, cliënten en medewerkers niet zonder komen te zitten. Maak regionaal afspraken hoe je elkaar kunt ondersteunen.

2. Hygiëne en sanitair

Wat als de watervoorziening uitvalt? Voorzie in alternatieven, zoals washandjes en extra vuilniszakken om toiletten bruikbaar te houden.

3. Medicatie

Veel organisaties werken met just-in-time levering van medicatie. Dat is risicovol tijdens een crisis. Zorg dat patiënten en cliënten in overleg met hun arts of apotheek altijd een minimale voorraad van 72 uur hebben.

4. Energievoorziening en logistiek

Inventariseer hoeveel brandstof beschikbaar is voor aggregaten en hoe lang medische apparatuur daarop kan draaien. Breng daarnaast alternatieve routes of afspraken met transporteurs in kaart, voor het geval reguliere bevoorrading niet lukt.

5. Afschalen van zorg

Verschillende oorzaken zoals een militair conflict, stroomuitval of logistieke stagnatie kunnen ertoe leiden dat de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg zoals we die gewend zijn niet door kan gaan. Dit betekent dat de zorg afgeschaald moet worden. Ga met elkaar én met partners in gesprek wat de minimale zorg is die je blijft leveren en hoe je in extreme situaties toch toegankelijk blijft.

Klaar voor de toekomst – samen sterker

Weerbaarheid vraagt om investeren: in tijd, middelen en samenwerking. GHOR Twente en Bureau Acute Zorg Euregio ondersteunen met kennis, bijeenkomsten en praktische handvatten. Maar de regie ligt bij de zorgorganisaties zelf. “Het mooie is dat veel zorgorganisaties in Twente deze

Praktijkvoorbeeld: Stroomuitval MST

Op 5 december 2024 kampte Medisch Spectrum Twente in Enschede met een grootschalige stroomuitval. Daarmee merkten we in de praktijk hoe afhankelijk we zijn van een stabiele energievoorziening. Omdat de uitval van korte duur was, waren de gevolgen beperkt. Maar het niet beschikbaar zijn van het traumacentrum had bij een langere uitval grote impact gehad – zowel voor het ziekenhuis zelf als voor de ketenpartners in de regio.

uitdaging al hebben opgepakt,” aldus Daisy Jansen. “Als iedereen zijn eigen organisatie sterker maakt én hierover het gesprek aangaat met elkaar maar ook met ketenpartners, worden we als regio veel robuuster. Zo zorgen we dat, ook in tijden van crisis, mensen de zorg blijven krijgen die ze nodig hebben.”

Meer informatie:
www.ghortwente.nl/weerbaarheid

3 vragen aan

Erik Wannee



Hoe hou je dit werk vol?

Hoe ik het precies voor elkaar krijg, weet ik niet. Je ziet heel wat ellende voorbijkomen: moordzaken, suïcide, familiedrama's. Toen ik in 2002 begon als forensisch arts, moesten alle GGD-artsen verplicht forensische diensten meedraaien. Inmiddels niet meer – veel collega's konden het niet aan. Ik begon ook niet vrijwillig, maar het werk bleek goed bij mij te passen. Sommige zaken vergeet ik nooit meer, maar ik kan er emotioneel afstand van nemen. Het is bevredigend om voor nabestaanden én voor de waarheidsvinding duidelijkheid te scheppen.

Kloppen die politieseries een beetje?

Die forensisch artsen behalen altijd glorieus de overwinning. In het echt blijft veel vaker twijfel bestaan. Alleen al de identiteit van een slachtoffer vaststellen is lastig. Laatst kwam iemand aandrijven in de IJssel, waarschijnlijk uit Duitsland. We nemen dan DNA af en registreren zoveel mogelijk uiterlijke kenmerken, in de hoop dat er ooit een match komt. Ondertussen is die man anoniem ter aarde besteld in een land waar hij waarschijnlijk niet vandaan komt.

Wat was je meest mysterieuze sterfgeval?

Ik moet denken aan een jongeman die plotseling overleed. Hij bleek drugs op zijn kamer te hebben verstopt – z'n ouders wisten van niets. Dan denk je eerst aan een overdosis. Toxicologisch noch laboratoriumonderzoek wezen iets uit. Pas bij een scan werd duidelijk dat hij een parasiet in zijn lichaam had, die hij had opgelopen tijdens een vakantie in de tropen. Zijn dood had dus niets met die drugs te maken. •

Naam Erik Wannee
Functie Forensisch arts KNMG & praktijkopleider
Organisatie GGD Noord- en Oost-Gelderland

Op naar die laatste paar procenten

Prehospitale triage blijft uitdaging om concentratienorm te halen

DOOR

Nancy ter Bogt
Bureau Acute Zorg Euregio



// Jelmer van der Burg, verpleegkundige MST/ Ambulance Oost

Negentig procent van de multitraumapatiënten moet volgens de norm direct naar het level 1-traumacentrum vervoerd worden. Dat halen we bijna in de Euregio. Tijdens het Trauma-overleg Euregio in september gaven zorgprofessionals hun visie op het overwinnen van de laatste hobbels.

Jelmer van der Burg heeft als verpleegkundige van zowel Ambulance Oost als op de spoedeisende hulp (SEH) in Medisch Spectrum Twente (MST) een goede kijk op de zorgketen. Hij ging tijdens zijn presentatie in op de prehospitale triage van traumapatiënten. Aan de hand van illustrerende geluidsopnames van verschillende meldingen werd duidelijk dat het voor meldkamercentralisten moeilijk is om bij een 112-melding in kaart te brengen wat de situatie is op de ongevalslocatie. Hoeveel slachtoffers zijn er? Wat is de toestand van de slachtoffers? Wat is de exacte locatie? Deze informatie is nodig om een juiste inschatting te kunnen maken van de middelen die ingezet moeten worden. Vervolgens is het de taak én de uitdaging



// Sander van Stigt, traumachirurg MST

van het ambulanceteam om te kiezen naar welk ziekenhuis de patiënt vervoerd moeten worden.

Letselcodering achteraf

Jelmer wees erop dat het kan voorkomen dat de ambulance een bepaalde patiënt volgens het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) naar ieder traumalevel-ziekenhuis mag brengen, maar dat zo'n patiënt achteraf, volgens de letselcodering, tóch een multitrauma-patiënt blijkt te zijn – en eigenlijk naar het level 1-traumaziekenhuis had gemoeten, volgens de normen.

De interpretatie van de LPA-criteria wierp tijdens de avond verdere discussie op. Wat is bijvoorbeeld "relevant", als het LPA spreekt over "relevant stomp-, buik- en thoraxletsel"? Of: zou een afwijkende saturatie van de patiënt een indicatie voor een level 1-traumaziekenhuis kunnen zijn?

Feedbackbericht

Voor de ambulancediensten kan het feedbackbericht vanuit de SEH in de toekomst voor een lerend effect zorgen, waardoor duidelijker wordt welke gewonde patiënten naar het level 1-traumaziekenhuis gebracht moeten worden. Als meeneembodschap gaf



// Barbara Kreis, traumachirurg SKB

Jelmer aan: kies bij twijfel en ook bij oudere patiënten altijd voor het level 1-centrum.

Bewustwording

Traumachirurgen Harald van Loon (Ziekenhuisgroep Twente; ZGT) en Barbara Kreis (Streekziekenhuis Koningin Beatrix; SKB) deelden kort het perspectief op de 90%-concentratienorm vanuit respectievelijk een level 2- en level 3-traumacentrum. Harald gaf aan dat er op de SEH steeds meer bewustwording is over dit onderwerp, vooral als het gaat om de vooraankondiging van een traumapatiënt. Extra focus op het traumamechanisme en de leeftijd van de patiënt kunnen mogelijk zorgen voor een toename van het percentage multitraumapatiënten dat rechtstreeks vervoerd wordt naar het level 1-centrum.

Barbara benoemde dat het heel duidelijk is dat multitraumapatiënten niet op de SEH van SKB horen te komen; de praktijk is echter weerbarstiger. Soms komen multitraumapatiënten met eigen vervoer of via de huisarts naar de SEH van SKB, hoewel dit niet de bedoeling is. Het is in dat geval belangrijk om goede opvang te kunnen verlenen.



// Harald van Loon, traumachirurg ZGT

// Kies bij twijfel en ook bij oudere patiënten altijd voor het level 1-centrum.

Barbara vertelde dat SKB zich hierop voorbereidt door alle betrokken bij de traumaopvang te scholen in Advanced Trauma Life Support (ATLS) en dat ze ook maandelijks oefenen.

Kengetallen

Sander van Stigt, traumachirurg van MST, lichtte de landelijke en regionale kengetallen van de traumazorg toe. In de Expertgroep Trauma wordt jaarlijks een terugkoppeling gegeven van de multitraumapatiënten die in ZGT en SKB zijn gekomen. Uit deze terugkoppeling van de afgelopen vijf jaar blijkt onder andere dat veruit de meeste multitraumapatiënten bij binnenkomst in het ziekenhuis geen afwijkende fysiologische toestand hadden. •

MET ZORG UITGELEGD

Altijd paraat met de noodkoffer

Bij een melding of uitbraak van een infectieziekte is snel handelen noodzakelijk. Daarom heeft GGD Noord- en Oost-Gelderland altijd een noodkoffer klaarstaan met beschermings- en testmateriaal. Zo kunnen ze veilig werken op locatie. In sommige situaties is extra materiaal nodig, bijvoorbeeld bij een melding van aviaire influenza (vogelgriep) op een pluimveebedrijf. Wat zit er allemaal in de noodkoffer?



Beschermingsmaterialen

Medewerkers zorgen er in de eerste plaats voor dat ze goed beschermd zijn door middel van vaccinaties, maar daarnaast ook met persoonlijke beschermingsmaterialen (PBM). Denk aan mondkapjes, handschoenen, schorten en handdesinfectie.

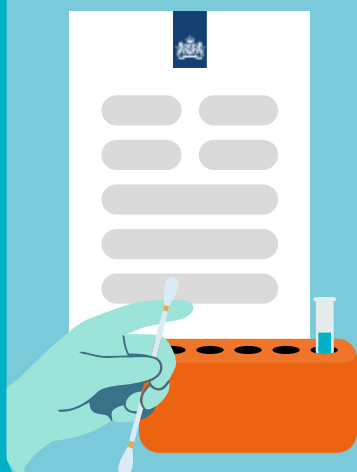
Schoonmaakartikelen

We willen op locatie een schone werkplek creëren. Daarvoor gebruiken we schoonmaakdoekjes voor zichtbaar vuil en desinfectiemiddel. In onze werkinstructie hebben we ook aangegeven in welke volgorde je een schoon werkveld maakt en hoe je schoon werkt.



Testmateriaal

Voor het bemonsteren zelf hebben we testmateriaal nodig. Vaak geschiedt bemonstering door het afnemen van keel- en neustesten. Daarvoor hebben we wattenstaafjes nodig, die vervolgens in testbuisjes gaan. Die bewaren we in rekjes. Daarvoor moeten ook de juiste labformulieren aanwezig zijn. Die moeten vooraf ingevuld zijn; dat hoort dus bij de voorbereiding. In sommige gevallen doen we de testen op locatie ook al meteen in een envelop, zodat deze meteen weg kunnen.



Documenten voor informatievoorziening

Als GGD doen we ook aan informatievoorziening en voorlichting. Daarvoor nemen we verschillende documenten mee.

OvD-G in actie

Opschalen en afstemmen

Patrick Hoogwijk werkt sinds 2006 bij Ambulance Oost en is sinds 2020 Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G) bij GHOR Twente. Naast zijn werk als ambulanceverpleegkundige coördineert hij ook het CBRN-team, dat wordt ingezet bij incidenten met gevaarlijke stoffen.

Als OvD-G kijkt hij breed naar een incident: hij signaleert knelpunten, zorgt voor de veiligheid van geneeskundige hulpverleners en stemt af met bijvoorbeeld politie en brandweer. Daarbij speelt ook het opschalen van de zorg een belangrijke rol.



Het is een veelzijdige en waardevolle functie.

Met de inzetcriteria en de codes die hij kan afgeven, organiseert Patrick de juiste zorgcapaciteit en coördinatie ter plaatse. “Het bijzondere is dat je niet één patiënt behandelt, maar het hele proces aanstuurt en samenwerkt met alle partners.”

Zo was hij betrokken bij een grote brand met asbest, waar hij met specialisten overlegde over de risico's om de gezondheid te beperken na het incident. “Het is een veelzijdige en waardevolle functie.” •

Meer lezen over wat een OvD-G allemaal doet? Lees dan het volledige interview op www.ghortwente.nl





“We proberen het hier zo leuk mogelijk te maken”

Acute zorg op de kinderafdeling

Acute zorg voor kinderen vraagt om een andere benadering dan die bij volwassenen. Het gaat niet alleen om medische kennis, maar ook om pedagogische en communicatieve vaardigheden. Rianne Telgenkamp en Martine Sanders zijn kinderverpleegkundigen en PBLS-instructeurs bij Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) en geven een inkijkje in hun werk. “Zorg voor kinderen vraagt vaak om improvisatie.”

DOOR
Redmar Smit

Op de afdeling acute zorg komen kinderen in de leeftijd van 10 dagen tot 18 jaar. “Dat maakt het werk afwisselend”, geeft Rianne aan. “Alle ziektebeelden komen voorbij. Van ingrijpende trauma’s en infecties tot een blindedarmonsteking en een gebroken arm. Dat vraagt om brede kennis van ons als verpleegkundigen.”

Kind én ouders

De verschillende leeftijden zorgen er ook voor dat je kinderen steeds weer anders moet benaderen. Martine: “Afhankelijk van de leeftijd en het

ontwikkelingsniveau kan een kind wel of niet goed aangeven hoe het zich voelt en wat er niet fijn is. De betrokkenheid van ouders is daarom ook enorm belangrijk. Zij kennen hun kind het beste en zien sneller aan de reactie van hun kind of er iets is. Dat is voor ons vaak een goede graadmeter. Tegelijk kan het soms ook lastig zijn. Een kind kan makkelijk in de paniek van zijn of haar ouders meegaan. Of je kunt in een discussie verzeild raken, omdat een ouder denkt dat het een andere kant op moet. Daarom is het belangrijk om niet alleen tijd en aandacht aan het kind te besteden, maar zeker ook aan de ouder.”

Rianne vult aan: “We werken veel samen met onze medisch-pedagogisch zorgverleners. Die begeleidt ouders en kinderen bij de psychische kant van de zorg. Als een kind bijvoorbeeld een infuus moet krijgen of voor onderzoek moet, zorgt de medisch-pedagogisch zorgverlener aan de hand



De reden, en daardoor de aanpak, van een harstilstand is vaak anders dan bij volwassenen.

van bepaalde methodes voor afleiding en ontspanning. Als een (be)handeling goed verloopt, kan een kind daar met een positief gevoel op terugkijken. Een volgende keer gaat het dan waarschijnlijk makkelijker. Ziekenhuisbreed is er ook een training (PROSA-training) die gericht is op de positieve benadering richting kinderen. Woorden als ‘spuit’ of ‘prikken’ kun je beter niet gebruiken, omdat dat bijvoorbeeld angst teweegbrengt.”

Spoedzorg direct op de afdeling

Kinderen die acute zorg nodig hebben, gaan bij ZGT soms nog naar de Spoedeisende Hulp, leggen de verpleegkundigen uit. Martine: “In de meeste acute situaties, denk aan een epileptische aanval, benauwdheid of een koortsstuipt, is het belangrijk dat kinderen direct worden gezien door een kinderarts of kinderverpleegkundige. Die zitten niet standaard op de SEH, maar zijn wel 24/7 aanwezig op de kinderafdeling. Dankzij hun specialistische kennis over kinderen is er op de kinderafdeling sneller de juiste



// Twee keer per jaar krijgen collega's training in de opvang van acuut zieke kinderen.

hulp. Wij werken wel nauw samen met de SEH en over een aantal jaar – met de nieuwbouw van het ziekenhuis – is er een speciale SEH voor kinderen binnen de volwassen SEH gerealiseerd.”

Kinderreanimatie

Rianne en Martine zijn, samen met collega Arinda, ook PBLS-instructeurs. Rianne: “Twee keer per jaar krijgen onze collega's training in de opvang van acuut zieke kinderen. Kinderreanimaties (PBLS) komen gelukkig niet zo vaak voor. De reden, en daardoor de aanpak, van een harstilstand is vaak anders dan bij volwassenen. Bij kinderen is het vaak secundair, ten gevolge van een bepaald ziektebeeld. Kinderen hebben een lang compensatiemechanisme, waardoor het heel lang goed blijft gaan. Ook al zijn ze heel ziek. Dit kan uitputting of zuurstoftekort tot gevolg hebben, waardoor het kind dan in een circulatiestilstand terechtkomt. Dit is ook de reden waarom de kinderreanimatie eerst met beademen begint. Dit in tegenstelling tot de volwassen reanimatie.”

Martine: “In de training focussen we ons daarom voornamelijk op het herkennen en signaleren van het vitaal bedreigde kind. Als je op tijd de signalen herkent, kun je erger voorkomen. De benadering van een kind is dus totaal anders in dit soort situaties. Per leeftijd heb je ook andere normaalwaardes van de vitale functies, dus daar moet je ook rekening mee houden. Met een pop kunnen we verschillende scenario's nabootsen. Een kinderreanimatie heeft veel impact. Er staat een heel medisch team omheen, dus dat vraagt om communicatieskills. Tijdens de training leren we die ook, want de grootste uitdaging is misschien wel om een reanimatie gestructureerd te laten verlopen.”

Hoewel het werk op een kinderafdeling soms best heftig kan zijn, genieten Rianne en Martine er ook van. “Er zijn zeker indringende situaties, maar we proberen het hier zo leuk en aangenaam mogelijk te maken. Daardoor heerst er over het algemeen een vrolijke en luchtige sfeer. Kinderen hebben dat zelf ook in zich en dat werkt relativerend.” •



NIEUWS FLITS

Nieuwtje delen met het netwerk?

Mail naar info@acuteczorgeuregio.nl

INTERREG-PROJECT URGENT

Naar efficiënte communicatie met meldkamers over de grens

In onze regio doen ambulancediensten aan beide zijden van de grens steeds vaker een beroep op elkaar. Daarvoor is het belangrijk dat de Nederlandse en Duitse meldkamers onderling zo snel en efficiënt mogelijk kunnen communiceren. Daarom voeren Ambulance Oost, Witte Kruis, Kreis Borken en Landkreis Graftschaft Bentheim onder begeleiding van Acute Zorg Euregio het project URGENT uit. De partijen onderzoeken momenteel of het haalbaar is een digitale koppeling te maken tussen de meldkamer Oost-Nederland, meldkamer Ems-Vechte (deelstaat Nedersaksen) en meldkamer Borken (deelstaat Noordrijn-Westfalen). Het project wordt eind januari afgerond. •



Snelle hulp met SOS Toegang

In noodsituaties telt elke seconde. Een gesloten slagboom, hek of deur kan kostbare tijd kosten en de continuïteit van zorg in gevaar brengen. Ambulance Oost en GHOR Twente benadrukken daarom het belang van snelle en betrouwbare toegang tot zorginstellingen.

Met SOS Toegang krijgen hulpdiensten met één druk op de knop toegang tot afgesloten terreinen. Een zender in het voertuig communiceert direct met de afsluiting, zodat slagbomen, hekken of poorten automatisch openen.

Alle ambulances in Nederland zijn uitgerust met SOS Toegang en steeds meer brandweerkorpsen sluiten aan. Ambulance Oost liep hierin voorop: alle operationele voertuigen zijn voorzien. In januari 2025 werd het systeem meer dan 100.000 keer gebruikt – een record dat de brede acceptatie en noodzaak onderstreept.

Ambulance Oost en GHOR Twente roepen zorginstellingen op zich aan te sluiten. Zo kunnen hulpverleners zonder vertraging doen wat nodig is: spoedeisende zorg leveren en de zorgcontinuïteit waarborgen.

Meer informatie: www.sostoegang.nl •

MMT-zorg voor heel Nederland

Wanneer iemand in acuut levensgevaar is, kan de medisch specialistische zorg van het Mobiel Medisch Team (MMT) een verschil maken. Om zorg te verlenen in Oost-Nederland en Zuid-Limburg zijn de vier huidige teams vaak langer onderweg. Daarom is uitbreiding nodig. Met een extra helikopter-MMT in Teuge en een grondgebonden-MMT in Zuid-Limburg is heel Nederland beter gedekt. Isala en MST werken samen met MMT Nederland aan het operationeel krijgen van een vijfde helikopter-MMT op Teuge. Blijf op de hoogte via mmtnederland.nl •



Crisisoefening in Enschede

In september vond in Enschede een grootschalige crisisoefening plaats, georganiseerd door de crisisorganisatie van Veiligheidsregio Twente. Dit keer werd nauw samengewerkt met Medisch Spectrum Twente (MST), de gemeente Enschede, politie, brandweer en de GHOR.

Het scenario was pittig: een bommelding in een auto bij het ziekenhuis die leidde tot de ontruiming van een woonwijk en de evacuatie van delen van het ziekenhuis. Een complexe situatie waarbij talloze schakels in de crisisorganisatie gelijktijdig moesten acteren en afstemmen.

Door dit soort realistische oefeningen leren de partners elkaar beter kennen en versterken zij hun samenwerking. De opgedane ervaringen zijn van grote waarde om tijdens een daadwerkelijke crisissituatie snel en effectief te kunnen handelen. •

Vier incidenttypen centraal in nieuw Zorgrisicoprofiel Twente

In de herziene versie van het Zorgrisicoprofiel Twente – dat eind 2025 gereed is – staan vier incidenttypen centraal die grote gevolgen kunnen hebben voor de continuïteit van zorg in de regio: cybercriminaliteit, stroomuitval, extreem geweld en brand in instellingen. Daarnaast is er blijvende aandacht voor infectieziekten en drinkwaterverstoring.

In aanloop naar de herziening van het zorgrisicoprofiel hebben de Twentse zorg- en veiligheidspartners met elkaar de impact van deze scenario's besproken. Samen werken de partners zo aan een gedeeld beeld van de risico's en de juiste voorbereidingen om de zorg in Twente ook in de toekomst onder alle omstandigheden beschikbaar te houden.

Meer informatie:
www.ghortwente.nl/zorgrisicoprofiel •

REGIONALE KETENOEFENING BLACK-OUT



Zorgsector (z)onder spanning

Stel je voor: Nederland wordt getroffen door een grootschalige stroomstoring. Hoe zorg je ervoor dat patiënten met een zorgvraag toch de juiste hulp krijgen? Hoe werk je effectief samen met andere zorgorganisaties en regionale partners?



Datum

**20, 21 EN 22
JANUARI 2026**

 12.00 tot 17.00 uur

Tijdens een realistische crisisoefening testen we de regionale samenwerking en afspraken bij een grootschalige stroomstoring. Zo kunnen we kijken waar het al goed gaat en waar het nog beter kan. Samen zorgen we dat zorgorganisaties voorbereid zijn op het onverwachte en werken we aan een veerkrachtige zorgketen.

OVERIGE ACTIVITEITEN & TRAININGEN GHOR EN ACUTE ZORG EUREGIO

**2
DEC**

**Landelijk symposium
'Crisis en weerbaarheid'**
Ontdek wat vijf jaar onderzoek naar de coronacrisis ons leert over de impact van crises én hoe we samen kunnen werken aan een veerkrachtiger en weerbaardere samenleving.
Meer info en aanmelden:
www.rivm.nl/agenda

**29
JAN**

**Opleiding Adviseur
Crisisbeheersing en OTO**
Start van de driedaagse opleiding voor startende adviseurs Risicomanagement crisisbeheersing en OTO en functionarissen die verantwoordelijk zijn voor risicomanagement, crisisbeheersing en opleiden, trainen en oefenen.

**14
APR**

**Festival Digitaal Veilig
in de Zorg**
Met verschillende deelsessies in de vorm van presentaties, live demonstraties en interactieve sessies staat deze dag volledig in het teken van cyber(security).

**Benieuwd naar alle activiteiten,
meer informatie of aanmelden?**
Scan de QR-code



053 487 20 97
info@acutezorgeuregio.nl
acutezorgeuregio.nl



088 256 78 50
info@ghortwente.nl
ghortwente.nl