

112

Acute zorg en crisisbeheersing
in Twente en Oost-Achterhoek

NETWERK



Van het slagveld naar Enschede – en ze willen zo snel mogelijk terug

Keten biedt complexe zorg
aan Oekraïense militairen

In gesprek met Jan Pierik
over 25 jaar GHOR

Mei 2025

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



// Samen sterker in acute zorg

Naam Kim Boerman
Functie Bureauhoofd
Organisatie GHOR Twente

Met een grote glimlach stel ik me voor: Kim Boerman, het nieuwe bureauhoofd van GHOR Twente. Net als ons vernieuwde magazine 112 Netwerk, begin ik aan een nieuw hoofdstuk. Samenwerken, ontwikkeling en menselijke verbinding zijn wat ons bindt, met als doel de acute zorg versterken. Mijn zorgreis begon als verpleegkundige, van thuiszorg tot het AMC in Amsterdam en leidde me via gezondheidswetenschappen naar beleidswerk bij Zorginstituut Nederland. Deze ervaringen geven mij een breed perspectief op de zorg: van persoonlijke aandacht aan het bed tot complexe beleidsvragen. De acute zorg staat voor grote uitdagingen:

personeelsschaarste, toegankelijkheid en betaalbaarheid, duurzaamheid en nieuwe crises zoals pandemieën en cyberdreigingen. Dit soort uitdagingen fascineren mij, omdat ze ons prikkelen om te reflecteren en buiten de bestaande kaders te denken. Het vraagt om meer dan alleen snelle respons. Het vraagt om samenwerking, innovatie en zorg die aansluit bij wat mensen nodig hebben. Passende zorg, die draait om menselijke antwoorden op gezondheidsvragen, blijft mijn inspiratie. Het gaat niet om minder, maar om beter: technologie als hulpmiddel en menselijkheid als basis. Door te leren, experimenteren en het werkveld aantrekkelijk te houden, bouwen we aan toekomstbestendige zorg.

Ik zie mijn nieuwe rol als kans om deze visie met jullie vorm te geven en kijk ernaar uit om samen het verschil te maken. ●

Inhoud

- 3 Column**
Kim Boerman, GHOR Twente
- 4 Uitgelicht**
Van het slagveld naar Enschede – en ze willen zo snel mogelijk terug
- 7 Zorgvraag**
3 vragen aan Karin Leferink
- 8 Zorg voor morgen**
Ervaringen uit de regionale pool voor SEH-verpleegkundigen
- 10 In beeld**
Ken je ambulance
- 11 De casus**
Kunstmatige intelligentie kijkt mee met fractuurtjes
- 12 Praktijk**
Hoe de vuurwerkcrisisbeheersing in een stroomversnelling bracht
- 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 mei

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

Van het slagveld naar Enschede – en ze willen zo snel mogelijk terug

Keten biedt complexe zorg aan Oekraïense militairen

Sinds 2022 vindt een buitengewone categorie patiënten zijn weg naar Medisch Spectrum Twente (MST) en Revalidatiecentrum Roessingh. Oekraïense mannen die ernstig gewond zijn geraakt op het slagveld. Deze zorg eist veel van zorgprofessionals in de regio, maar is ook leerzaam. Over een zorgpad dat inmiddels gesmeerd verloopt.

TEKST

Ewout Lamé, Bureau Acute Zorg Euregio

BEELD

Sander Koning

Hoe komen deze patiënten eigenlijk in Enschede terecht? Dat gaat zo: Oekraïne meldt ernstig gewonde militairen aan voor behandeling in het buitenland. Een lijst komt terecht bij het Landelijk Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding (LCPS). Dat bepaalt in samenspraak met de Regionale Coördinatiecentra Patiëntenspreiding (RCPS'en) naar welke ROAZ-regio de patiënten gaan. De RCPS-coördinator verzamelt zoveel mogelijk gegevens over de patiënt en geeft die door aan het doelziekenhuis. Vervolgens komen de Oekraïense patiënten met een Noors militair toestel aan op Schiphol. Vandaar gaan ze onder andere naar MST.

Maanden onderweg

De militairen hebben er dan soms al maanden opzitten sinds het incident waarbij ze gewond zijn geraakt, vertelt Rosalie Braamhaar, verpleegkundig specialist bij MST en intensief bij de opvang van deze patiënten betrokken. "Dat kan twee weken geleden zijn geweest, maar soms ook drie maanden. We krijgen een overdracht, soms in het Engels, vaak ook in het Oekraïens – dan moeten we met een vertaalapp daar wijs

uit worden." Het kan bijvoorbeeld gaan om iemand die op een mijn is gestapt of in wiens nabijheid een granaat is ontploft. Die vertaalapp zal trouwens nog terugkomen in dit verhaal. Ruim drie jaar na de Russische inval in Oekraïne in 2022 loopt de opvang van deze patiënten gestroomlijnd, aldus Rosalie. Een team specialisten kijkt wat er nodig is voor de behandeling. Er kan dan besloten worden om aanvullend onderzoek te laten doen door bijvoorbeeld de neuroloog, revalidatiearts of plastisch chirurg. Daarnaast schuiven fysiotherapeuten en diëtisten aan om de lichamelijke conditie van de patiënt te optimaliseren. Een maatschappelijk werker regelt diens inschrijving in Nederland. "Na meer dan twee jaar weet iedereen wat zijn rol is", zegt Rosalie. Ze vertelt dat specialisten en paramedici onderling klinische kennis hebben uitgewisseld en vaker de zorg evalueren. Alle leermomenten zijn verwerkt in een uitgebreide checklist.

Antibioticaresistent

Op ieder moment zijn er één of twee Oekraïense militairen in MST. Bijna allemaal hebben ze bijzondere virussen en bacteriën en zijn ze

antibioticaresistent. "Daardoor moeten we vaak zoeken naar de meer bijzondere antibiotica die aanslaat", vertelt Rosalie. En daarom liggen ze gedurende hun verblijf op een isolatiekamer. De beschikbaarheid van die kamers is tevens het belangrijkste knelpunt in de capaciteit. De behandeling van de Oekraïense militairen is niet alleen complex uit medisch, maar ook uit menselijk oogpunt. De taal- en cultuurverschillen zijn groot. De mannen zijn vaak getraumatiseerd; naar schatting van Rosalie heeft ruim de helft PTSS. Ze spreken vaak niet of nauwelijks Engels. Voor belangrijke gesprekken kunnen de zorgprofessionals een beroep doen op een tolkentelefoon, maar in de dagelijkse praktijk komt vooral de vertaalapp weer voor de dag. "Dat kan soms hilarisch zijn", vertelt Rosalie. "Dan zie ik aan de gezichtsuitdrukking van de patiënt al dat de app er iets raars van heeft gemaakt."

Frustratie

Maar het kan ook frustrerend zijn voor een patiënt, bijvoorbeeld als die niet kan uitleggen waar hij pijn heeft. Die frustratie kan soms omslaan naar verbale agressie.





Deze patiënten zijn zeer gemotiveerd. Je merkt aan alles dat ze terug willen om te vechten voor hun vaderland.

“Het is iets dat met name de net-afgestudeerde collega's sneller mee naar huis nemen”, tekent Rosalie aan. En dan de cultuurverschillen: de mannen zijn het niet gewend om over hun problemen te praten, al helemaal niet met vrouwen. ‘Informed consent’ stuit bij de hiërarchisch ingestelde Oekraïners ook op onbegrip, waardoor het gezamenlijk bespreken van het verloop van de behandeling soms onwennig kan zijn.

Erehaag

Mooie momenten zijn er ook. Rosalie noemt de ‘erehaag’ van zorgprofessionals als een Oekraïner eindelijk, onder applaus, MST verlaat. Vrijwel altijd stromen ze

door naar Revalidatiecentrum Roessingh. “Deze patiënten zijn zeer gemotiveerd”, vertelt Hjalmar Bos, revalidatiearts bij Roessingh. “Je merkt aan alles dat ze terug willen om te vechten voor hun vaderland.” Ook bij Roessingh merken ze dat de Oekraïners nauwelijks met Nederlandse patiënten zijn te vergelijken. Neem amputaties: Nederlandse geamputeerden zijn vaak 65-plus met een ongezonde levensstijl. Zo niet de Oekraïners. “Dit zijn jonge, sportieve mannen, die instructies snel begrijpen en technisch vaardig zijn”, aldus Hjalmar. Ze leren dus snel lopen met protheses.

Zelf sleutelen

Roessingh gaat trouwens vaak voor de wat simpelere modellen protheses, legt Hjalmar uit, omdat die minder snel slijten en makkelijker te repareren zijn – zo nodig door de patiënten zelf. “Aan Nederlandse patiënten geven we

het advies contact op te nemen met de instrumentenmaker als er iets mis is met de prothese. Op een Oekraïens slagveld kan dat niet en reserveonderdelen zijn er waarschijnlijk ook niet.” Roessingh-medewerkers zijn de Oekraïense patiënten dus gaan leren om zelf aan hun protheses te sleutelen. Zo probeert Roessingh in te spelen op de behoeften van de militairen. “We hadden vorig jaar een scherpschutter met een bovenbeenprothese”, geeft Hjalmar als voorbeeld. “Die vond het niet belangrijk om heel ver te kunnen lopen, zolang hij maar comfortabel kon zitten om goed te kunnen richten.” Hjalmar geeft aan: de problematiek is uit professioneel opzicht erg interessant en leerzaam. “Of onze zorg aan Nederlandse patiënten beter is geworden door de ervaringen die we met de Oekraïners hebben opgedaan? Ik denk dat je dat wel kunt stellen, ja.” •

3 vragen aan Karin Leferink



Wat drijft je om in de zorg te werken?

Zorg gaat over mensen, in alle kwetsbaarheid én kracht. Mij drijft het leveren van een bijdrage op individueel en groepsniveau, zowel zorgvragers als zorgverleners. Ik kijk en redeneer vanuit de bedoeling (en dus niet de regel) en probeer daarmee mijn omgeving te beïnvloeden. Mensen met elkaar verbinden is daarbij een randvoorwaarde. In de zorg zijn er momenten die vragen om snelle besluiten en actie. Ook dan vraagt het aandacht voor elkaar, zorgvrager en zorgverlener.

Hoe zie jij het belang van samenwerken?

Samenwerken is het nieuwe normaal, dat begint dus niet op het moment dat er een crisis is. Het opbouwen van netwerken en relaties gaat onder druk overigens wel lekker snel! Gezamenlijke voorbereidingen op crisissen in brede zin stimuleert de samenwerking, kijken in elkaars keuken en weten waar je elkaar raakt of op elkaar aansluit, dat maakt ons veerkrachtig en wendbaar. Samenwerken in een netwerk is overigens niet gemakkelijk, maar iedereen wil het graag. Het geeft mij energie als ik kan bijdragen aan samenwerking die werkt, juist als het erop aankomt.

Wat zijn volgens jou de grootste risico's voor de zorg in crisistijd?

Dat we in crisistijd denken dat we ineens iets heel anders moeten gaan doen. In crisis moet je juist vertrouwen op je reguliere processen, afspraken én al je professionals! En, natuurlijk ervoor zorgen dat je voorbereid bent. Je loopt een groot risico als je, als organisatie, geen onderdeel van een netwerk bent. De versnippering van zorg speelt daarbij mee. •

Naam
Functie

Karin Leferink
Sinds 1 maart de nieuwe directeur van SamenTwente, tevens Directeur Publieke Gezondheid.

Een kijkje in een andere keuken

Ervaringen uit de regionale pool voor SEH-verpleegkundigen

DOOR

Marjolijn Waanders
Bureau Acute Zorg Euregio



// Esther

Tien verpleegkundigen liepen mee op iedere spoedeisende hulp (SEH) in onze regio. Deze zogenoemde ‘regionale pool’ heeft tot doel schaars personeel zo effectief mogelijk in te zetten. Zowel Medisch Spectrum Twente (MST), Streekziekenhuis Koningin Beatrix (SKB) als Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) doen mee aan dit pilotproject. Tijdens één meeloopweek werkten de SEH-verpleegkundigen telkens één dag in beide andere ziekenhuizen. Hoe hebben ze dit ervaren?

Esther (MST)

Esther is heel positief over de regionale pool. Ze vertelt: “Vroeger werkten we veel met zzp’ers. Dan dacht ik: kunnen ziekenhuizen niet beter samenwerken om personeelstekorten op te lossen?” Ze merkt duidelijke verschillen in werkwijze binnen de ziekenhuizen. “In ZGT start een verpleegkundige vaak



// Ruby (rechts)

samen op met een doktersassistent. Dat werkt hartstikke goed. En ze hebben HiX, het elektronisch patiëntendossier, heel goed ingericht.” Het grootste verschil met het SKB is de capaciteit. “In SKB hebben ze heel korte lijntjes met de artsen. De samenwerking met de IC, die naast de SEH zit, is erg goed; de afdelingen ondersteunen elkaar en wisselen personeel en kamers uit.” In de toekomst wil Esther wel vaker diensten in de andere ziekenhuizen draaien. ZGT is ook nog eens een stuk dichterbij haar huis. Eigenlijk zou elke verpleegkundige een keer in een ander ziekenhuis mee moeten lopen, vindt Esther. “Je leert ervan en krijgt meer begrip voor elkaars werkwijze”, legt ze uit. “Ik ben er ook achter gekomen dat we het bij MST erg luxe hebben.”

Ruby (ZGT)

Ruby werd overal gastvrij ontvangen en voelde zich direct op haar gemak. “Wat me opviel, is dat zowel bij SKB als MST de personele bezetting goed geregeld is”, zegt ze. Ze merkte duidelijke verschillen op. “De SEH in MST is heel overzichtelijk. Alles bevindt zich op één centrale plek” Ook de opstart van patiënten verloopt anders:

“In MST starten ze patiënten met twee verpleegkundigen op. Dat is echt luxe.” Bij MST en SKB stuurt een secretaresse aanvragen voor de lab- en radiologieonderzoeken. “Ik vindt het fijner om dit zelf te regelen”, tekent Ruby aan. Ook de inzet van de gipsverbandmeesters verschilt: “In MST gaan alle patiënten met breuken binnen kantooruren direct naar de gipsverbandmeester, in SKB gebeurt dit in overleg. Dat scheelt veel werk.” De uitwisseling gaf Ruby een frisse blik op haar eigen werkplek. “Ik beseftte me hoe goed we het bij ZGT voor elkaar hebben.” De afwisseling en uitdaging spreekt haar aan: “Het lijkt me leuk om af en toe een dienst in SKB of MST te draaien. Ik woon in Eibergen, precies tussen de drie ziekenhuizen in, dus dat is ideaal.”

Iris (SKB)

Iris merkt het grote verschil op tussen SKB, een perifeer ziekenhuis, en MST, een traumacentrum. “In twee diensten bij MST heb ik al twee reanimaties en een trauma meegemaakt”, vertelt ze. “Nu keek ik vooral mee, maar ik denk dat een uitwisseling pas echt goed werkt als je langer de tijd krijgt om ergens te werken.



// Iris

De andere verpleegkundigen waren heel erg geïnteresseerd. Ze waren goed voorbereid en ik voelde me echt welkom.

Zo kun je je de afdeling echt éigen maken.” Hoe valt de vergelijking tussen haar ‘eigen’ ziekenhuis en ZGT? “Wat me opvalt, is dat de verpleegkundigen in ZGT veel vrijheid hebben. Ze kunnen bijvoorbeeld een bepaalde waarde in het bloedonderzoek toevoegen, als ze daar een goede reden voor hebben.” Het was een waardevolle ervaring voor Iris. “Ik ben flexibeler dan ik dacht”, constateert ze. “Ik zou best in een ander ziekenhuis kunnen werken.” Ze is blij dat ze de kans heeft gekregen om mee te doen. “De andere verpleegkundigen waren heel erg geïnteresseerd. Ze waren goed voorbereid en ik voelde me echt welkom.” Maar ze beseft ook hoe goed ze het heeft in SKB. “Ik heb een fijn team en krijg veel vrijheid.” •

Ken je ambulance

MET ZORG UITGELEGD

Zeg 'ambulance' en je denkt aan een gele wagen met loeiende sirenes. Maar voor passende ambulancezorg is méér nodig dan alleen snelheid. Daarom brengt Ambulance Oost (regio Twente) een veelzijdig wagenpark op de weg. Zoek de verschillen!



Ambulance hoogcomplexe zorg 05-1XX

Wordt ingezet bij spoedgevallen: bij acuut levensgevaar of als een patiënt snel ernstige gezondheidsschade kan ondervinden. De patiënt rap stabiliseren staat centraal. Team: chauffeur en verpleegkundige.



Ambulance middencomplexe zorg 05-2XX

Wordt ingezet om patiënt en familie goed te begeleiden. Niet bedoeld voor levensbedreigende situaties en rijdt daarom nooit met zwaailicht of sirene. Team: chauffeur en verpleegkundige.



Ambulance calamiteiten en CBRN 05-59X

Wordt gebruikt bij grote incidenten met meerdere slachtoffers, maar vervoert geen patiënten. Met dit voertuig worden extra ambulance-teams en materialen naar het ongeval gestuurd om hulp te verlenen.



Verpleegkundig specialist 05-3XX

De verpleegkundig specialist heeft een zelfstandige bevoegdheid in de acute zorg en werkt naast een huisarts of medisch specialist. Hij of zij mag voorbehouden handelingen initiëren en uitvoeren.



Rapid responder 05-3XX

Deze kan alle noodzakelijke hulp bieden, maar geen patiënten vervoeren. Wordt gereden door één verpleegkundige – bij levensbedreigende situaties doet hij of zij zwaailicht en sirene aan.



Officier van dienst 05-8XX

Hiermee rijdt de Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G) naar het incident. Daar is de OvD-G verantwoordelijk voor de coördinatie en operationele leiding van de acute medische zorg (triage, behandeling, vervoer).

Kunstmatige intelligentie kijkt mee met fractuurtjes

In de avond- en nachturen is er in ZGT geen radioloog beschikbaar voor het direct beoordelen van röntgenfoto's. In die uren beoordelen arts-assistenten en physician assistants (PAs) op de spoedeisende hulp (SEH) zelf de beelden. De inzet van AI-software is daarbij een waardevol hulpmiddel: de software detecteert op röntgenbeelden kleine fracturen die met het blote oog lastig te zien zijn.



De software detecteert op röntgenbeelden kleine fracturen die met het blote oog lastig te zien zijn.

“Elke arts-assistent of PA krijgt bij een afwijking automatisch een melding op het scherm,” vertelt Elise ter Berge, PA SEH bij ZGT. “De software markeert het verdachte gebied met een rood vierkantje. Op basis daarvan kunnen we het beeld zelf verder beoordelen.” De röntgenfoto's worden de volgende dag alsnog beoordeeld en van een verslag voorzien door een radioloog. •



Hoe de vuurwerkcrisis beheersing in een stroomversnelling bracht

In gesprek met Jan Pierik over 25 jaar GHOR

Als iemand kan terugblikken op 25 jaar GHOR, dan is het wel Jan Pierik. Nu is hij burgemeester van het Twentse Borne; bijna 25 jaar geleden was hij – koud enkele maanden na de vuurwerkcrisis – directeur bij de voorloper van Ambulance Oost. Daar was hij van dichtbij getuige van de beginjaren van de GHOR. De GHOR bleef in zijn loopbaan een rode draad. Van 2010 tot 2017 was hij directeur ambulancezorg in en rond Amsterdam, waar hij de GHOR in die regio's van dichtbij meemaakte. Als Directeur Publieke Gezondheid (DPG) in de regio Gelderland-Midden stuurde hij de GHOR daar aan en nu is hij als bestuurder portefeuillehouder van de GHOR.

INTERVIEW

Marina Katerberg,
GHOR Twente

TEKST

Mirjam Haven,
Veiligheidsregio Twente

Hoe keek u als directeur van de ambulancedienst naar de GHOR?

"Ik heb de hele nasleep van de vuurwerkcrisis in Enschede meegemaakt. De GHOR was in die tijd nog een heel prille organisatie. Vrij snel daarna volgde de cafébrand in Volendam. Dat waren katalysatoren voor het verdere nadenken. Hoe krijg

je als publieke overheid beter grip op ongevallen en rampen? Het was in ons algemeen belang dat we dit gingen regelen."

Hoe verschilde de GHOR in die tijd met nu?

"Er was nog geen systematisch overleg met de zorginstanties. Bij de witte



De oplossing is niet dat de één de baas is van de ander. We zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

ketenpartners moest het besef nog volop indalen dat we samen een opgave hebben als er een ramp is."

Welke veranderingen zag u in die tijd?

"Na Amsterdam werd ik in 2017 DPG bij Gelderland-Midden. Toen kwam het samenspel met het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorgketen, red.) steeds meer uit de verf. In het begin zat het ROAZ vooral op het praktische: oefenen, trainen, de traumaheli regelen. De GHOR deed dat ook, en zorgde voor de beschikbaarheid van de OvD-G (Officier van Dienst Geneeskundig, red.). Geleidelijk kwam het besef dat je als zorginstelling ook een verantwoordelijkheid hebt bij calamiteiten en dat je daarop voorbereid moet zijn en elkaar moet opzoeken."

In welke richting liggen de oplossingen?

"Regionaal maatwerk. Een ambulance-dienst die ritten overneemt van een visitearts, bijvoorbeeld in een dunbevolkte regio. Er moet ruimte zijn voor experimenten, zoals de 'Streettriage' die we in Twente kennen."

Wat zijn de uitdagingen in de toekomst?

"Ik schat in dat we steeds vaker lastige vragen gaan krijgen rond beschikbaarheid en kwaliteit. Soms moeten we accepteren dat het geen 9 is, maar dat een 7 ook goed is.



Foto: Gerrit Bultman

Hoe belangrijk is de rol van de GHOR hierin?

"De GHOR heeft zich ontwikkeld naar een organisatie die verbindt. De GHOR heeft de rol van aanjager, van afspraken maken, de kritische overheidsvertegenwoordiger. Degene die vraagt: 'Moeten we niet langer praten over de sluiting van die huisartsenpost?'"

Wat is de toegevoegde waarde van de GHOR?

"We willen grip en sturing hebben op de calamiteit die dan aan de orde is. We willen zeggingskracht hebben in de relatief autonome wereld van de zorg. Als de witte wereld moet opschalen, komen we in verbindingen terecht met een groot aantal spelers. De uitdaging is om tot gemeenschappelijkheid te komen."

En waar zit dan de uitdaging?

"Het idee was: als er opgeschaald wordt, dan is de GHOR in the lead. Maar een groot ziekenhuis laat zich echt niet de les lezen. Dus je moet op een andere manier komen tot goede afspraken. De oplossing is niet dat de één de baas is van de ander. We zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden."

Welke lessen zijn er de laatste jaren geleerd in de zorg?

"De wereld van de zorg is meer in verbinding gekomen met het openbaar bestuur. De coronapandemie leerde ons ontzettend goed samenwerken. De capaciteit van een ziekenhuis was

25 jaar geleden bedrijfsgeheim, even heel zwart-wit. De pandemie leerde ons dat openheid nodig is. En het veld heeft goed in de gaten dat ze het alleen niet redden."

Tot slot, nog een korte blik op de toekomst?

"Die 25 jaar hebben al heel veel opgebracht. Maar we zijn er nog niet. Hoe ga je de dreigende schaarste oplossen? Ga je kwaliteit loslaten? Kunnen we regionale oplossingen bedenken? De witte wereld is heel anders dan die van rood en blauw; dat moeten openbaar bestuurders zich realiseren. Ik bestook mijn collega's dan ook voortdurend met dit gedachtegoed."

Benieuwd naar het hele interview?

Dit artikel is een verkorte weergave van het origineel. Lees de volledige versie hier.



Scan bovenstaande QR-code of kijk op ghor25jaar.ggdghor.nl

NIEUWS FLITS

Nieuwtje delen met het netwerk?
Mail naar info@acutezorgeregio.nl

Cyberveilige zorgprofi's? Scriptie geeft tips

De digitalisering van zorgorganisaties brengt nieuwe uitdagingen met zich mee op het gebied van cyberveiligheid. Het is cruciaal te begrijpen wat zorgmedewerkers motiveert om veilig cybergedrag te vertonen. Wat werkt wel en wat moet je juist niet doen als je als zorgorganisatie cyberbeveiliging wil verbeteren en je medewerkers hierin wil meekrijgen? Die vraag stond centraal in het onderzoek dat psychologiestudent Koen Jannink bij Acute Zorg Euregio uitvoerde. Hij studeerde in februari af. •

Koens scriptie met de
voornaamste aanbevelingen
is hier in te zien:
www.essay.utwente.nl/105210/



GHOR Twente is verhuisd!

De collega's van GHOR Twente zijn samen met het nieuwe team crisisbeheersing van Veiligheidsregio Twente verhuisd naar een nieuwe locatie. Sinds begin dit jaar werken zij niet meer in het Twentehuis in Enschede maar in de verbouwde brandweerkazerne Hengelo-Centrum.

De voormalige modelmakerij van Stork is al meer dan 20 jaar de plek van waaruit de brandweer in Hengelo uitrukt. Recent is het pand grondig verbouwd om te voldoen aan de moderne eisen van deze tijd. Duurzaamheid was daarbij een belangrijk thema. Zo liggen er zonnepanelen op het dak en is de kazerne volledig gasloos gemaakt.

Behalve de brandweer werken er nu verschillende teams samen op deze mooie nieuwe plek aan de veiligheid en gezondheid in Twente. Het nieuwe bezoekadres van GHOR Twente is de Lansinkesweg 59 in Hengelo. Het postadres is gelijk gebleven: Postbus 383, 7500 AJ, Enschede. •

Deelnemers enthousiast over 3-daagse opleiding Adviseur Crisis & OTO

In maart organiseerden Acute Zorg Euregio en Netwerk Acute Zorg regio Zwolle de eerste driedaagse opleiding tot adviseur crisisbeheersing en opleiding, trainen & oefenen (OTO). Deelnemers waren enthousiast. Zo vertelde Marloes Bisseling van Huisartsenzorg Twente: "Sinds ik anderhalf jaar geleden de rol van Adviseur Crisisbeheersing en OTO op me nam heb ik al veel geleerd on the job. Deze opleiding biedt me nu de inzichten om met een frisse blik te kijken naar onze huidige aanpak en te ontdekken waar we verbeteringen kunnen aanbrengen." •

EU-geld voor onderzoek naar grensoverschrijdende patiëntenstromen

Verschillende Nederlandse en Duitse overheden hebben afgelopen januari in het Interreg-programma Deutschland-Nederland een nieuw grensoverschrijdend project goedgekeurd. Het project CARE-FLOW, een initiatief van Universiteit Twente, richt zich op de gezondheidszorg in de grensregio en patiëntenstromen tussen zorginstellingen. De doelstelling is het ontwikkelen en evalueren van software en algoritmen voor de gezondheidszorg die de sturing van patiëntenstromen in het grensgebied verbeteren en een efficiënte gezondheidszorg garanderen. Onder andere Acute Zorg Euregio, MST, Ambulance Oost, ZGT, De Posten, Zorgschakel Enschede en Livio werken mee aan het project. •



Herziening Zorgrisicoprofiel Twente

In 2023 heeft GHOR Twente samen met haar ketenpartners het Zorgrisicoprofiel Twente opgesteld met daarin de crisis- en incidenttypen die het meest relevant zijn voor de acute en publieke geneeskundige zorg in deze regio.

In 2024 is GHOR Twente samen met Bureau Acute Zorg Euregio en Veiligheidsregio Twente aan de slag gegaan met de aanbevelingen uit het zorgrisicoprofiel. Ook veel zorgpartners hebben de aanbevelingen binnen de eigen organisatie opgepakt. Bijvoorbeeld door het aanpassen van planvorming of het oefenen met één van de incidenttypen.

De belangrijkste aanbevelingen per incidenttype zijn inzichtelijk gemaakt in een handige visual. Ook is er een uitgebreid rapport beschikbaar met alle aanbevelingen. Beide zijn te vinden op www.ghortwente.nl/zorgrisicoprofiel.

Het Zorgrisicoprofiel Twente wordt eens per twee jaar herzien. Dat betekent dat dit jaar opnieuw de processtappen van het zorgrisicoprofiel worden doorlopen. De verwachting is dat het nieuwe zorgrisicoprofiel aan het einde van het jaar gereed is. •



JUBILEUMJAAR 25 JAAR GHOR!

De GHOR bestaat dit jaar 25 jaar! Om dat te vieren organiseren we een speciale netwerkdag voor al onze (zorg)partners. Reserveer de datum en locatie van je voorkeur alvast in je agenda. Meer informatie volgt!



Save the date

GHOR Netwerkdag 'Van ramp tot regie'

> **04.11.2025**

Van der Valk Deventer

> **06.11.2025**

Van der Valk Duiven



08.30 – 13.30 uur
(inclusief lunch)



Gastspreker Erik Scherder

Hoogleraar klinische neuropsychologie



Foto: Daan Brand

OVERIGE ACTIVITEITEN & TRAININGEN GHOR EN ACUTE ZORG EUREGIO

**17
JUNI**

Festival Cybersecurity in de Zorg

Digitalisering en cybersecurity in de zorg staan centraal tijdens een gevarieerd programma met inspirerende bijdragen, topsprekers, interactieve workshops en live demonstraties.

**25
SEPT**

Regionale IGS-dag (voorheen CBRN-dag)

Leer over landelijke- en regionale ontwikkelingen op het gebied van Incidenten Gevaarlijke Stoffen en wissel ervaringen uit met andere deelnemers.

**7
OKT**

Themabijeenkomst Acute Psychiatrie

Kom meer te weten over samenwerken in een crisis en praat mee over hoe we de samenwerking in de acute keten van psychiatrie kunnen versterken.

**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