

## THE RENAL DISASTER TASK FORCE (RDTF)



**Sonia Nicolaus**

*Gespecialiseerd  
verpleegkundige,  
Jozef Bracop Ziekenhuis,  
Brussel*

### **Inleiding**

Terwijl we dagdagelijks en nachtnachtelijks, met zijn allen, in de hoorn des overvloeds, onder de vleugels van ons sociaal zekerheidsstelsel, gezellig, luxueus en routineus dialyseren, zijn er verpleegkundigen die anoniem en vrijwillig, in het vacuüm van een dreigende, oorverdovende stilte, na een aardbeving, in een onmogelijke chaos, enkel gewapend met kennis, durf, vrees en een dialysetoestel, de gevolgen van een natuurramp trachten weg te wassen uit het bloed, het lichaam, het leven en geheugen van tientallen onschuldige slachtoffers.

Laten we kennismaken met en tegelijk een ode richten aan de ISN-Renal Disaster Relief Taskforce.

### **1. The Renal Disaster Relief Task Force**

De groepering verenigt nefrologen, dialyseverpleegkundigen en technici die op vrijwillige basis interventies verrichten.

Zij verstrekt essentiële medische zorg aan slachtoffers van natuurrampen. Deze Task force bestaat uit een wereldwijd netwerk van experts in het management van patiënten met acuut nierfalen.

Organisatorisch worden de geografische verantwoordelijkheden onderverdeeld in 3 grote zones: Noord- en Zuid-Amerika, het Verre Oosten samen met Australië en Europa samen met het Midden Oosten en Afrika.

RDRTF werkt niet in gevaarzones of oorlogssituaties. Een enkele keer komen zij echter wel tussen, wanneer de oorspronkelijke structuur tijdelijk niet kan werken. Dit was o.a. het geval in Libanon, Kosovo en Moldavië.

Onder het overkoepelende ISN wordt sinds de aardbeving in Armenië in 1988 gewerkt aan de structurering van ondersteuning bij "Renal Disasters".

Professor Lameire van het UZ Gent richtte in 1992 de Task Force op en kon terecht bij Artsen Zonder Grenzen die als NGO bereid was tot logistieke ondersteuning. Soms wordt dit specialisme ook "Seismo-nefrologie" genoemd.

### **2. Het Crushsyndroom: preventie en behandeling**

"Crush-syndroom" is een geheel van afwijkingen, dat optreedt wanneer grote brokstukken, grote druk uitoefenen op de spieren.

Spiercelcomponenten, waaronder het myoglobine, komen vrij in de extracellulaire ruimte en in de circulatie. Door het overaanbod van myoglobine wordt de bindingscapaciteit van het plasmaproteïne overtroffen en wordt het myoglobine gefilterd door de glomeruli, bereikt het de tubuli en veroorzaakt het obstructie en renale disfunctie.

Door het falen van het transcellulaire pompsysteem in het necrotische, dode spierweefsel, is er een massieve vloeistofverschuiving van het bloed in de spier. Bijgevolg daalt het relatieve bloedvolume waardoor de patiënt in shock gaat, de bloedflow naar de nieren vermindert en een diffuse intravasale coagulatie optreedt.

Vóór extricatie wordt ideaal een agressieve vochttoediening opgestart om een krachtige diurese op gang te brengen én te onderhouden. Deze beide doestellingen beogen een verhoogde nierperfusie (ischemiepreventie) en een verhoogde urinaire flow om tubulaire afgietsels uit te wassen. Deze volume-reanimatie moet zo vlug mogelijk ingesteld worden, alvorens haempigment en

andere intracellulaire elementen in de circulatie komen en vooraleer Third spacing aan de kant van de spierbeschadiging de hypovolemie verergert.

De infusie mag geen kalium of lactaat bevatten.

Preventieve therapie lijkt minder efficiënt na verloop van de eerste 6 tot 12 uur, wanneer de nier reeds kan beschadigd zijn.

Na extricatie en onder bewaking biedt alkalinisatie door bicarbonaattoediening verdere ondersteuning. Deze geforceerde alkalische diurese voorkomt de neerslag van myoglobine en urinezuur in de tubuli. Alkalinisatie kan de loslating van vrij ijzer verlagen.

Na correctie van de hypovolemie zal men overgaan tot toevoeging van mannitol: deze verhoogt de nierdoorbloeding en glomerulaire filtratie. Het is tevens een osmotisch agens dat interstitieel vocht aantrekt naar de bloedbaan, hypovolemie verder herstelt en verder spierzwelling en zenuwcompressie doet afnemen. Als osmotisch diureticum verhoogt het de urinaire flow zodat obstructieve myoglobine-neerslag voorkomen wordt. Mannitol verwijdert tevens vrije radicalen.

Allopurinol reduceert de productie van urinezuur en verwijdert vrije radicalen. Een ander purine-analoog, pentoxifylline, verhoogt de capillaire flow, verlaagt adhesie van neutrofielen en cytokinerelease.

Hyperkaliëmie kan tijdelijk gecontroleerd worden door toediening van hyperton glucose en bicarbonaat. Zij veroorzaken een kaliumshift van het extracellulair naar het intracellulair compartiment. Indien de nierfunctie zich niet herstelt moeten intestinale kaliumbinders toegediend worden. Voorzichtigheid is geboden voor Ca-kayexalaat en Ca-carbonaat die intramusculaire calciumafzetting kunnen veroorzaken.

Dialyse is noodzakelijk bij patiënten met duidelijke hyperkaliëmie maar ook bij een snelle stijging van het serumkaliumgehalte, zelfs indien de cijfers nog binnen de norm vallen.

Zo het rampscenario verhindert de kaliëmie te meten kan electrocardiografie nuttige informatie verstrekken, doch, ondanks een manifeste hyperkaliëmie kan het EKG toch nog normaal zijn. Eens de slachtoffers adequaat gemonitord worden moet de IV.-vochttoediening zo geregeld worden

dat een diurese 200 tot 300 ml per uur bereikt wordt. Vochttherapie dient aangehouden tot verdwijning van myoglobinurie, dit zowel klinisch als biochemisch.

Nadat het plasmaCK zich terug normaliseert kan de influx onder strenge monitoring gereduceerd worden. Samengaan van een lager urinedebiet en normale klinische en biochemische bevindingen wijzen op een herstel van de tubulaire functie.

### **3. Hemodialyse**

In rampscenario's is meestal alleen extra-corporele bloedzuivering van toepassing. In geval van AKI met ernstige hyperkaliëmie, acidose en uremie moet er gestart worden met hemodialyse. De indicatie hierbij is zelden overvulling maar eerder een efficiënte verwijdering van opgeloste stoffen zoals kalium, fosfaten en protonen. Het biedt ook de mogelijkheid om te dialyseren zonder anticoagulatie bij zwaar gekwetsten evenals het voordeel om dagelijks, per dialysepost, verschillende patiënten te behandelen.

Professor Vanholder en zijn groep werken momenteel aan richtlijnen voor de behandelingsprocedure. De voltooiing hiervan reikt tot eind 2009-begin 2010. Het wordt een lijvig werk van om en bij de 100 pagina's. De basisprincipes kunnen gevonden worden in hun artikel in de New England Journal of Medicine van 2006 (354, 1052-1063) en in Uptodate.

### **4. Het opstarten van de Task Force**

Ik probeer de plurifocale, multidimensionale kinetiek van een TF-interventie zo statisch - als menselijkerwijze mogelijk - weer te geven.

De kern of "Chair" van de ISN/RDRTF, "het zenuwcentrum" zetelt in het UZ Gent, in het poliklinisch nefrologiegebouw. De motor bestaat uit de chairman, zijn administratief assistente en de eerste scout. Drie stille, statige, ingetogen, nuchtere maar gedreven mensen die de RDRTF-drieëenheid vormen.

Wanneer ergens, waar dan ook ter wereld, de aardkorst durft te trillen met een Richterkracht boven 5,5 zal de U.S. Geological Survey, Gent hiervan verwittigen. De 'Chairman of de Task Force', professor Raymond Vanholder en zijn assistente Chantal Bergen evalueren de binnenlopende informatie.

Wanneer het potentieel bestaat voor een interventie blijven de chairman en zijn assistente, in Gent, 24 uur op 24 stand-by. Zij volgen de berichtgeving via Standaard- en BBC-Online en starten de hulpverlening op die georganiseerd is in een piramidestructuur.

In de omgeving van de ramp wordt er een contactpersoon of 'Key-person' aangeduid die verantwoordelijk is voor de lokale coördinatie en de opvang, begeleiding en introductie van de Task Force in de ziekenhuizen.

Intussen is ook AZG reeds op verkenning in het gebied en controleert de ziekenhuizen op de aanwezigheid van patiënten met nierfalen.

Tegelijkertijd wordt ook in Gent een 'Nefrologisch Scoutingsteam', bestaande uit een nefroloog, een dialyseverpleegkundige, eventueel een dialysetechnicus en mensen van AZG, samengesteld. Scoutingsbag en noodkoffer, die in de farmacie gestockeerd zijn, worden in gereedheid gebracht.

Indien er besloten wordt over te gaan tot tussenkomst van de Task Force wordt dit Scoutingsteam gebriefd en voorzien van de nodige reisdocumenten; didactisch en ander klein materiaal kan meegestuurd worden.

Didactisch materiaal wordt, waar mogelijk, ook meegegeven in de lokale (regionale) taal van het getroffen gebied.

Intussen ter plaatse worden in een strenge triage zwaar gewonden met minstens 50% kans op overleving, gescheiden van de licht gewonden, moeilijk te behandelen, en reeds overleden patiënten. Dit wordt meestal gedaan door lokale hulpverleners.

Intussen ook evalueert het Scoutingsteam, nu zélf ter plaatse, de toestand en controleert op zijn beurt potentiële opvangcentra buiten de getroffen zone op water-, electriciteits- en andere medische nutsvoorzieningen. Een zeer belangrijke taak is het organiseren van een teaching voor de lokale hulpverleners over de juiste aanpak van de crush-slachtoffers, vaak echter tégen gangbare procedures in. De eventueel lokaal aanwezige mensen van AZG worden, ongeacht hun expertise, ingeschakeld wegens hun relatie met de lokale bevolking en zorgverleners van vóór de catastrofe. Vaak worden ook lokale tolken ingeschakeld. De slachtoffers kennen vaak immers géén Engels. Zij organiseren adequate eerste hulp ter plaatse,

zo mogelijk ook transport van de slachtoffers naar grote ziekenhuizen en centra op veilige afstand voor de eventuele naschokken. De beste optie is het transport naar ziekenhuizen met een functioneel dialysecentrum via wegvervoer, boot, helikopter of vliegtuig. Hierbij moet men ermee rekening houden dat deze strategie volledig afhankelijk is van de plaatselijke gezondheidsvoorzieningen, de politieke situatie en algehele goodwill van het getroffen land.

Het team blijft voortdurend via GSM in contact met Gent en maakt een lijst op van verdere taken en noden.

Intussen heeft Gent ook op een eventuele aanvraag van het Scoutingsteam via een Belgische en een Franse logistiek-administratieve coördinator, momenteel respectievelijk Jean-Yves De Vos en Anne-Marie Cadart, een team samengesteld bestaande uit 5 tot 6 dialyseverpleegkundigen en 1 tot 2 nefrologen. Zij zullen in shifts van 7 tot 10 dagen ter plaatse werken indien nodig.

Eén of meerdere teams blijven stand-by tot wanneer de chairman beslist om al dan niet een team te sturen. Dit is vaak voor de teamleden een periode vol spanning en onzekerheid maar ook steeds weer een nieuwe en andere uitdaging.

Indien interventie nodig blijkt wordt het team uitgebreid gebriefd over de ramp en de nodige inleving in de plaatselijke cultuur en religie. Samen met dit vrijwilligersteam wordt ook materiaal doorgestuurd. AZG organiseren de reis naar het rampgebied. Iedere deelnemer valt dus ook onder de verantwoordelijkheid en het bevel van AZG.

Groter materiaal kan doorgestuurd worden per schip of per vliegtuig maar dit wordt bijzonder duur. Ter plaatse kan materiaal aangekocht worden door AZG. Spijtig genoeg zijn er, zoals overal ter wereld, steeds mensen die de situatie uitbuiten ten voordele van persoonlijk gewin... Intussen worden in Gent alle telefoongesprekken en emailverkeer continu geregistreerd en uitgeschreven. Communicatierapporten worden de wereld ingestuurd via de website van ISN. Regelmatig wordt ook een dagverloop vrijgegeven door de chairman voor de coördinatoren en RDRTF-leden. Deze informatie wordt ook op de Vlaamse ORPADT site ([www.orpadt.be](http://www.orpadt.be)) geplaatst voor continue raadpleging door de geïnteresseerden.

Naast coördinatie wordt er getracht de gevraagde materialen en vrijwilligers ter plaatse te krijgen of af te lossen en verder adviezen te geven.

Dagboeken worden minutieus bijgehouden, alle gegevens worden achteraf grondig bestudeerd en geëvalueerd. Heel het gebeuren wordt in kaart gebracht, in artikels gegoten en gepubliceerd in gerenommeerde nefrologische tijdschriften. Van hieruit wordt de "seismo-nefrologie" gevoed en stapje voor stapje - beving na beving - uitgebouwd tot een volwaardig specialisme. Mondiaal gewaardeerd, gedragen door vrijwilligers en in het leven geroepen om mensenlevens te redden.

Echter, elke nieuwe missie is steeds verschillend met steeds andere onvoorziene problematieken en uitdagingen. Alle opgedane ervaring wordt gebruikt om nieuwe missies te verbeteren.

De vele variabelen als uitgebreidheid, type en timing van de ramp, geologische karakteristieken, bevolkingsdichtheid, kwaliteit van de gebouwen, efficiëntie van reddingsoperaties, de tijd dat het slachtoffer onder het puin ligt en de lokale gezondheidsinfrastructuur van het getroffen gebied bepalen het aantal en de prognose van de slachtoffers.

Alle data worden opgeslagen, reports opgesteld, statistieken bijgehouden. De verkregen resultaten worden bestudeerd en geëxtrapoleerd om tot een wetenschappelijk gefundeerde hulpverlening te komen.

Hier is nog een grote taak weggelegd voor de toekomst.

In elk aardbevingsgevoelig gebied moet er een consensus georganiseerd worden samen met de medische autoriteiten van de buurlanden om op problemen te anticiperen. Dit is niet altijd vanzelfsprekend daar sommige buurlanden vaak op voet van oorlog leven met het getroffen gebied.

Landkaarten van de risicolanden, en een volledige lijst van alle dialysefaciliteiten zou best voorhanden zijn. Pamfletten met instructies voor vochttoediening, opgesteld in de verschillende gangbare talen moeten klaar zijn om uitgedeeld te worden zodra de eerste teams het getroffen gebied bereiken. Deze problematiek werd reeds besproken en gedeeltelijk gerealiseerd binnen de Europese tak van de RDRTF. Regelmatige meetings moeten georganiseerd worden omtrent eerste en tweede lijns therapiestrategie in de potentiële

rampgebieden, niet alleen voor nefrologen maar ook voor gezondheidswerkers in het algemeen.

In België vergadert de ISN-RDRTF in rustige tijden 2 maal per jaar in Gent (=zetel of Chair) met de spilfiguren van de RDRTF: professor Vanholder, de verantwoordelijke contactpersonen met de volunteers, AZG, Scout Nefrologen, Scout Verpleegkundigen, Scout Technieker, Apotheker UZ-Gent en participerende industrie (Baxter, Fresenius en Gambro).

De RDRTF beschikt over 24 dialysetoestellen (Gambro en Fresenius) die kunnen doorgestuurd worden via AZG naar het rampgebied. Jaarlijks krijgen deze toestellen een check-up door enkele techniekers van DTV (Dialyse Technici Vereniging België). De toestellen worden in de loodsen van AZG-België gestockeerd.

## **5. Het ISN/RDRTF vrijwilligersprofiel**

Volgens E. Mangnus hebben vrijwilligers vier soorten doelen om vrijwilligerswerk te verrichten: een zorgdoel (altruïsme), een sociale-relatie doel (het gevoel ergens bij te horen), een investeringsdoel (verhoogde kans op een baan) en een stimuleringsdoel (verhoogd gevoel van eigen welzijn).

Overigens noemen de meeste vrijwilligers het altruïstische motief als eerste reden. Dit motief speelt ongetwijfeld een rol, maar de daadwerkelijke redenen zijn vaak zelfzuchtiger dan wordt gesuggereerd. Daar is overigens niks mis mee. 'Zorgen voor anderen' sluit niet uit dat dit ook iets kan opleveren voor de 'gever'.

De literatuur uit zich niet bepaald mals, flateus of stimulerend. De vrijwilligers in hart en nieren zullen zwaar gekrenkt zijn.

Welke motivatie kan de TF-vrijwilliger best hanteren om niet berooid uit zijn eigen bedoelingen te komen?

Aangezien de ISN-Task Force werkt onder de overkoepelende NGO, AZG, kunnen we voor een profielbeschrijving vertrekken vanuit hun Handvest.

AZG verleent hulp aan bevolkingsgroepen in nood, aan slachtoffers van natuurrampen, van rampen door de mens veroorzaakt en van oorlogen en burgeroorlogen. Zij doet dit zonder onderscheid te maken naar ras, religie, levensbeschouwing of politieke opvatting.

AZG is volstrekt neutraal en onpartijdig. Op grond van de algemeen erkende medische ethiek en het recht op humanitaire hulp eist zij algehele vrijheid in de uitoefening van haar taak.

De medewerkers van AZG respecteren de medische gedragscode en handhaven een volledige onafhankelijkheid ten opzichte van welke politieke, religieuze of economische macht dan ook.

De medewerkers van AZG bepalen uit vrije wil of zij de gevaren en risico's van het werk accepteren en eisen voor zichzelf of rechthebbenden geen enkele vergoeding, behalve welke de organisatie hen kan verschaffen.

Tegen deze achtergrond probeer ik verder een profiel op te bouwen. Dit kan dienen als basis voor de vrijwilligers om zelf de kwaliteit van hun doelstellingen en de uitoefening van hun interventies in te schatten, te evalueren en te bewaken. Het maakt duidelijk wat wel en niet van de RDRTF-VPK verwacht wordt. In dat opzicht is het profiel eveneens informatief voor kandidatuurstelling van vrijwilligers.

Daar het een internationale organisatie betreft verloopt alle communicatie, zowel binnen als buiten het rescue team, in het Engels. Dit is wereldwijd een must, voor het noodzakelijke contact met de lokale gezondheidswerkers maar het blijft echter een probleem in Latijns-Amerika. Alle andere mogelijke talen zijn uiteraard welkom.

De kernopdracht van de RDRTF-VPK is DIALYSEREN. Er kan slechts gedialyseerd worden mits aanpassing aan andere apparatuur die meestal relatief nieuw is doch eenvoudiger dan wat wij hier kennen. De dialysewereld is gekoloniseerd door Gambro en Fresenius. Hier en daar duikt er een exoticum op, meestal "Made in China", dat gemakkelijk doorgrond wordt dank zij onze westerse expertise. De TF zelf heeft voor noodgevallen een beperkte stock van Gambro- en Fresenustoestellen maar de trend is over te gaan tot aankoop van toestellen op de lokale markt van het getroffen gebied. Ook vergt het aanpassing aan het feit dat de stock van alle overige bijbehorend dialysemateriaal beperkt is, dit in tegenstelling met wat we in de Belgische ziekenhuizen kennen

Buitenlandse rescue is niet ongenueanceerd, overal welkom. Geen enkele regering geeft grif toe de

gevolgen van een ramp niet volledig te kunnen controleren, niet de adequate infrastructuur voorzien, opgebouwd of voorhanden te hebben en daardoor op een inferieure manier wereldwijd voor schut te staan. Soms wordt het rescue team tegengehouden en wordt er niet verder gezocht naar slachtoffers...

Op langere termijn is het echter ook problematisch dat in economisch zwakke landen de patiënten die een acute nierinsufficiëntie overleven tegelijk potentiële chronische dialysepatiënten worden. Deze hebben echter niet levenslang de mogelijkheid om een adequate behandeling te bekostigen.

Eindelijk ter plaatse dient het team vervolgens te werken in een chaotische situatie en dito context. Steeds weer opnieuw moeten de mensen overtuigd worden van de meerwaarde van de TF-interventie, dat ze het niet alleen aankunnen, dat ze de toestand niet mogen onderschatten of minimaliseren, ook niet naar de bevolking en buitenwereld toe.

Het behandelingsprotocol van het Crushsyndroom moet geduldig overgebracht en veelvuldig herhaald worden voor de lokale hulpverleners waarmee nauw samengewerkt wordt. Hun denken en inzichtvermogen, scholingsgraad en individuele stressfactoren bemoeilijken de communicatie. Helaas is het op impulsieve en instinctieve wijze slachtoffers vanuit inklemmingen bevrijden verlokkelijk, doch primitief en nefast voor de prognose.

Anderzijds mogen eigen werk- en denkwijze niet opgedrongen worden. "Bij ons doen we dat altijd zo..." moet plaats maken voor diplomatie, flexibiliteit, en ruimdenkendheid. Deze zijn primordiaal voor de aanpassing aan andere gewoonten en regels die op hun beurt inherent zijn aan andere culturen en religies.

Flexibiliteit is misschien het meest belangrijke. Realiseer je goed dat de dingen vaak niet lopen zoals je verwacht had. Toon in dat soort gevallen begrip en laat je niet negatief uit over de mismatch tussen jouw verwachtingen en de werkelijkheid. Flexibiliteit is een belangrijke voorwaarde om te genieten van de levenservaring die je opdoet tijdens een project.

Men behoedde zich voor kwetsbare ego's en dito alter-ego's: zij blijven beter thuis. Now or never-freaks: men onthoude zich! "Once in a lifetime

experiences" worden beter elders beleefd! Dit is niet de beste omstandigheid om jezelf te bewijzen, om je sociale aanzien op te vijzelen of een pre-, of perimidlifecrisis te verbloemen. Laat het enkel gaan om altruïstische, humanitaire betrokkenheid en zuiver engagement.

De RDRTF-VPK, hoe competent en gemotiveerd ook, moet haar of zijn leiderscapaciteiten even afleggen of onderdrukken en ondergeschikt werken aan orders, hiërarchie en coaching.

Adrenalineverslaafden blijven eveneens beter thuis. De kick zal achterwege blijven, ranzig nasmaken en plaats moeten ruimen voor wrevel, ontgoocheling, frustratie en ontzuivering.

In de geïsoleerde context van een aardbeving, volledig aangewezen op je teamgenoten, is het onmogelijk goed werk te verrichten als er spanningen zijn binnen het team. Hierbij komt nog dat je meestal niet "goed" slaapt, niet eet op geregelde tijdstippen, de Belgische gastronomie mist, niet naar huis kunt op het einde van de dag maar middenin je werk blijft 'steken'... Intern dient vaak een strijd gestreden.

De rampen die zich lenen tot externe hulp van de TF voltrekken zich immers bijna altijd in die werelddelen waar schrille armoede en schrijnende toestanden reeds aanwezig zijn vóór die bijkomende ramp.

Deze TF in actie loopt niet in de kijker. Er wordt slechts even vluchtig vermeld dat een Gentse equipe meewerkt bij de reddingsoperaties. Waardering voor hun werk wordt ook niet uitgedrukt in geld. De werkers moeten vaak hun eigen verlof opnemen om deel te kunnen nemen aan een missie.

In het beste geval zijn 'voldoening' en relativisering achteraf de belangrijkste beloning.

Nu het portret geheel ontdaan is van alle mogelijke franje en we alleen nog de rauwe realiteit aanschouwen, lijkt deelname eerder een roeping dan een feest en zou ik alle avonturiers en wereldverbeteraars willen waarschuwen zich alleen aan te melden met de juiste ingesteldheid. Het is natuurlijk ook geen masochistische bedoening, maar wat dan wel? Waarom doen ze het dan? Zijn zij sterk genoeg om zichzelf te waarderen, trekken zij zich op aan elkaar, aan de behaalde resultaten? Even onderzoeken.

ISN/RDRTF beschikt world wide over een verpleegtechnische pool van 67 vrijwilligers

waarvan 4 scouts. Hierbij voegen zich de artsen met een totaal van 26 vrijwilligers uit 14 verschillende landen.

Actieve recruteringscampagnes van volunteers worden steeds aangemeld op de ORPADT-site, sectie RDRTF. Hierbuiten zijn spontane kandidaturen van geschikte personen uiteraard altijd welkom.

Als een missie dient opgestart, begint men meestal met een equipe van ca. 5 verpleegkundigen.

Eens een missie effectief loopt en aflossing zich opdringt, dan worden meer volunteers opgeroepen en stuurt men een algemene vraag naar eventuele beschikbare volunteers. Het is vooral de beschikbaarheid binnen redelijke tijd van een eerste team (ca. 24 uur) dat kritisch is. Hiertoe bestaat de beschikbare volunteerlijst. Deze is cruciaal voor het eerste uur.

Om een idee te hebben van het aantal volunteernurses en ~technicians die tot op heden deelnamen aan een effectieve missie, volgend overzicht:

Turkije (was eerste missie sinds bestaan RDRTF): teams van telkens 5 verpleegkundigen in totaal 30 verpleegkundigen, 5 artsen + 1 techniker.

Iran: 1 team van 3 verpleegkundigen + 1 arts en 1 techniker.

Noord Pakistan: 2 teams van elk 5 verpleegkundigen + 2 technikers + 3 artsen (was eerste missie met inbreng van internationale pool).

De andere interventies waren enkel scoutingsmissies.

De ISN-RDRTF zorgt voor een goed vrijwilligersbeleid, opvolging via elektronische updating en goede inhoudelijke begeleiding van de volunteers.

Bij het effectief uitzenden van een missie zorgen AZG en de RDRTF voor geldige reisdocumenten, internationaal paspoort, vaccinaties, ziektekostenverzekering, kosten van de vliegreis en alle lokale verplaatsingskosten, onderdak en voedsel.

## **6. De enquête**

In een enquête - weliswaar van zeer bescheiden formaat - werden al deze volunteers elektronisch getrakteerd op een vragenlijst die zoekt naar motivatie, ervaring ten velde, enz.

Slechts vijf mensen van de 67 volunteers gaven respons. De studie is dus verre van representatief. En toch weerhoud ik hieruit een bondige bloemlezing aan de hand van letterlijk overgenomen citaten van hun auteurs die anoniem blijven door enkel hun initialen te vermelden.

“Wat ik geleerd heb, is geen al te grote verwachtingen te hebben als je naar een ontwikkelingsland vertrekt, je kan niet iedereen helpen. Dialyse is daar een luxe die enkel voor de rijken weggelegd is. Maar, iedere mens die je kan helpen is je dankbaar.” (H.L., volunteer)

“RDRTF was voor mij het verwezenlijken van een kinderroom. Ik heb momenteel nog geen missie gehad en ben pas ingeschreven begin 2008. Maar ik hoop ooit op missie te gaan. Ik droomde er altijd al van om naar het buitenland te kunnen gaan om mensen te helpen....Mijn kinderen zijn momenteel nog te jong om maandenlang van huis te zijn dus ik denk dat RDRTF voor mij een gulden middenweg is tot ze volwassen zijn.” (L.R., volunteer)

“After all the earthquakes we had in the end of 19th and beginning of the 20th century I wanted to do something as a nurse for the world. I also like to work with my creativity.” (M.P., volunteer)

“Voor mij was het in alle geval het aspect ‘avontuur’ dat mij aantrok. Een gegeven dat in de dagdagelijkse dialyse niet direct aan de orde komt. Een ander gegeven is het zinvolle van dialyse in die situatie. Toen ik voor het eerst op een ORPADT-avond over dialyse in rampgebieden hoorde praten, vond ik dit complete onzin!

Reddingshonden en spoedgevallenkennis waren noodzakelijk, wat ga je in godsnaam op dat moment met zo’n gevoelig technologisch toestel daar gaan uitvoeren?? Tot ik besepte dat de aangrijpende beelden op tv waar de hulpverleners met man en macht slachtoffers bevrijden onder luid gejuich, weinig zin heeft. Want dergelijke slachtoffers die van onder het puin gehaald worden en geen dialyse krijgen, zullen waarschijnlijk enkele dagen later en met minder belangstelling en gejuich gewoon sterven...

... Ik heb ook eens de mogelijkheid gehad om in de kampen rond te trekken en in de getroffen gebieden: dit zijn beklijvende ervaringen die je steeds bijblijven en die je een andere levenservaring geven.

... Voor mij waren het bij wijze van spreken geen patiënten: enkele dagen tevoren waren zij gezonde, levendige mensen zoals u en ik. Hier kreeg dialyse plots een nieuwe dimensie voor mij: wat een schitterende therapie!!!” (R.V.D., volunteer)

Volgend statement geeft de sobere eenvoud weer van het engagement ‘an sich’:

“It seems evident to me: wherever people are in need, there should be people to help them” (S.M., volunteer)

Men zegge het voort!

Uit het antwoord op de vraag: “What would YOU like to improve/change?” blijkt de nood aan contact met collegavrijwilligers.

“Er is ooit een vergadering ingelegd te Ronse voor alle vrijwilligers maar er was toen heel weinig volk op afgekomen. Het zou tof zijn om toch af en toe eens met die mensen samen te komen om vooraf al ingelicht te zijn over wat er te gebeuren staat en wat er te verwachten valt. Zeker voor mensen die nog nooit meegeweest zijn.” (L.R., volunteer)

De vrijwilligers hebben nood aan elektronische updating.

“Wat bij de laatste interventies meer aanwezig was en zeer nuttig: het up to date houden van de kandidaten via mail. Dat moet zeker behouden blijven. Vanaf het ogenblik dat je opgeroepen wordt, begint een zenuwslappende wachttijd. Je moet alles in orde brengen met je werkgever, op het thuisfront, je pakken maken, ... maar je kent de situatie bij AZG en TF niet. Updates via de website en mails zijn dan zeer gebruiksvriendelijk en vermijden heen en weer getelefoneer. Ook tijdens de missie konden zo de familieleden mee gebriefd worden. Dat moet zeker verder gebruikt en uitgebouwd worden.” (R.V.D., volunteer)

“Aangezien er ter plaatse geen tijd is om een onbekend toestel te leren kennen en gebruiken” (H.L., volunteer) is er algemeen de vraag naar het vooraf weten welke toestellen meegenomen of ter plaatse beschikbaar zijn. Hieromtrent wordt er verder ook gesuggereerd alléén deze VPK op te roepen die de toestellen reeds vooraf kennen.

Betreffende de respons op de laatste vraag “How would you stimulate colleagues worldwide to get involved in RDRTF volunteer work”, komt naar voor dat deze TF weinig gekend is onder de dialyserende VPK.

“Stimuleren kan je zoiets niet denk ik. Dat zit in je of dat zit niet in je. Het enige wat je kan doen is op je eigen dienst eens rondkijken wie het ‘in’ zich heeft. Deze mensen kan je dan op de hoogte brengen van het bestaan van RDRTF want er zitten misschien heel wat jonge collega’s tussen die niet eens weten dat het bestaat.”

(L.R., volunteer)

Er wordt verder nog voorgesteld bekendheid te verwerven via verslagen in tijdschriften voor verpleegkundigen, zowel Belgische als internationale.

Een volgend punt dat aangeraakt werd door een vrijwilliger: “Elke werkgever staat anders tegenover TF-vrijwilligers. Sommigen geven alle dagen, anderen geven niets. Hier zou misschien nog iets vanuit de TF kunnen gebeuren om de werkgevers te motiveren.” (R.V.D., volunteer)

## 7. Bespreking

Wat er in deze mini-enquête onderhuids aanwezig is, is de drempelvrees voor het onbekende, helemaal terecht natuurlijk. Men weet inderdaad niets omtrent een potentiële missie die op elk moment kan uitpakken. Misschien is dat tegelijkertijd wel de grootste uitdaging? Het enige waar je je kan aan verwachten is dat de aarde, God weet waar, furieus beeft wanneer het je verdomd helemaal niet past om mee te gaan beven. Het lijkt me een stand-by blijven voor een hoogst geheimzinnige weet-niet wie-wat-waar-wanneer-of-hoe-operatie aangezien niemand vooraf nergens van op de hoogte is. De waaromvraag helpt je ook al niet verder. De enige zekerheid die je hebt is je eigen professionalisme waar koelbloedigheid en flexibiliteit inherent aan verbonden zijn.

De wensen gaan hieromtrent in de richting van vergaderingen die op regelmatige bases georganiseerd kunnen worden. Deze zeilen vermoedelijk een vlotte verwatering tegemoet omdat de theorie niet altijd onmiddellijk in praktijk gezet kan worden.

Laat ons even kijken of het World Wide Web geen charmante oplossingen biedt. Elektronisch kennismaken via Face Book, vergaderen en contact houden via blogs, forums of chatrooms enz. Voordelen zijn dat er kan gecontacteerd worden zonder tijdslimiet, op momenten dat je er nood aan hebt, onzeker bent omtrent je

kandidaatuurstelling, terecht kan bij andere kandidaten die misschien wél ervaring hebben op het terrein. Bij elkaar te rade gaan wanneer zich een natuur- of humanitaire ramp aandient kan dan vlotter via de unlimited sky.

Een andere oplossing kan zijn dat de moederorganisatie, ORPADT/ISN/RDRTF of ISN/RDRTF een intranet opstart waarop de vrijwilligers anoniem kunnen inloggen via een hen toegekend paswoord en hier contacten kunnen leggen met medevrijwilligers. Naar ieders wens kan webcam al dan niet gebruikt worden.

“Fysische” samenkomsten, zouden kunnen gebeuren op de jaarlijkse EDTNA/ERCA- en AFIDTN-congressen. Er is dan een internationale en intercontinentale troepenmacht aanwezig die elkaar kan treffen op een vooraf afgesproken plaats. Dat kan ook zoveel mogelijk voorbereid plaatsvinden onder een wisselende leiding van een aanwezige volunteer. Het nuttige kan also aan het aangename gekoppeld worden? EDTNA/ERCA of AFIDTN hoeven dat niet altijd op hun programma’s in te schrijven; het kan ook uitgaan van de vrijwilligers zelf indien zij elkaar willen treffen.

Ook nationale verenigingen zouden bij evenementen de ISN/RDRTF werking en nationale volunteers een forum kunnen geven. Dit gebeurde reeds onder ORPADT en AFIDTN in Frankrijk. Een actievere vraag naar die mogelijkheid bij andere nationale organisaties uit landen waar RDRTF volunteers gerekruteerd werden zou vruchtbaar kunnen zijn.

Men denke er eens over na.

Voor wat betreft de verplichting tot het opnemen van vrije dagen voor het vervullen van een missie is het misschien een idee even te polsen naar een mogelijke steun en tussenkomst van de werkgever in dit levensreddende project? Hoe deze kwestie aankaarten in een onderneming met slechts één enkel oogmerk: dat van de “winstgeving”? De organisatie vraagt steeds aan de werkgever voor vrijstelling van verlof, dat wordt meestal toegekend.

Zo niet kan AZG misschien verkrijgen dat de onderneming, die supplementaire vrije dagen toekent aan zijn werknemer-TF-kandidaat in missie, een fiscale vrijstelling geniet op de geïnvesteerde som? Misschien kan het ziekenhuis dat zijn TF-kandidaat 5 dagen moet missen hem



deze dagen cadeau doen door deze te verrekenen als permanente vorming en laten gelden als arbeidstijd? De opgedane ervaring komt het nefrologisch departement in alle geval ten goede, niet? Dat kan eventueel samengaan of uitgewerkt worden met een verantwoordelijke functie in het rampenplan, rampengeneeskunde, ... De vrijwilligers kunnen dan na de missie zélf optreden om een vorming over hun ervaringen te verzorgen.

Aan de relatieve onbekendheid van deze TF kan ik hopelijk gedeeltelijk tegemoetkomen door deze publicatie.

## **8. Nabeschuiving**

Gezien de beperkte reactie van de door mij bevroegde respondenten, kan je stellen dat deze studie niet echt representatief is voor een kennismaking met en een beschrijving van het Task Force-vrijwilligersprofiel.

Twee parameters die overwegend naar voor treden zijn: mensen helpen op een avontuurlijke manier. Deze aaneenrijging klinkt op het eerste zicht oneerbiedig maar wat is er mis mee? Indien men op een professionele manier, los van alle West-Europese gezondheidsoverdaad, zijn inzichten en technieken wenst toe te passen op mensen en situaties in nood met het doel hen te redden, dan is dat mooi, loof- en prijzenswaardig, wat ook het belang van altruïsme of eigeninvulling weze.

Wat zou het iemand interesseren om slechts aangedreven door zelfzucht, op een trillend plateau, vader en moeder Theresa te gaan spelen?

Bij wat we doen en laten is het toch altijd de bedoeling ons goed of beter te voelen en als we hierbij ook anderen kunnen helpen betekent dit dubbele winst.

Deze vrijwilligers redden mensenlevens, helpen en verheffen de behandeling van het Crushsyndroom tot een apart specialisme in de nefrologie. Het weze geprezen.

Als tweede punt wil ik refereren naar een communiqué van Professor Vanholder op de ORPADT-site, RDRTF-link over de recente aardbeving in Midden Italië, waarin hij vaststelt dat er nog steeds slachtoffers vanonder het puin gehaald worden zonder vooraf een infuus te plaatsen. Dat benadrukt de mondiale nood aan verspreiding van de instructies op het gebied van

seismo-nefrologie.

Dit zie ik dan ook als een taak voor dialyse-verpleegkundigen, zich deze instructies eigen te maken zodat eenieder voorbereid is wanneer de nood het hoogst is.

Het weze herhaald.

## **OPROEP**

Dialysewerkers in hart en nieren, die zich herkennen in bovengaand competentieprofiel kunnen terecht bij ORPADT voor verdere inlichtingen. Momenteel is rekrutering mogelijk. De TF-interventies kunnen opgevolgd worden via [www.ORPADT.be](http://www.ORPADT.be) en [www.nature.com/isn/press](http://www.nature.com/isn/press).

## **9. Nuttige literatuur**

### **Internet.**

Alle gepubliceerde artikels van Prof. Dr. Raymond Vanholder en medewerkers ivm Crushsyndroom en op onderstaande adressen.

[www.era-edta.org](http://www.era-edta.org) European renal Association  
[www.orpadt.be](http://www.orpadt.be) European Dialysis and Transplant Association

[www.nature.com/isn/society/about/isn](http://www.nature.com/isn/society/about/isn) ISN  
International Society of Nephrology

[www.azg.be](http://www.azg.be) Artsen Zonder Grenzen  
[www.edtnaerca.org](http://www.edtnaerca.org) The European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association

[www.asn-online.org](http://www.asn-online.org) American Society of Nephrology

[www.ndt.oxfordjournals.org](http://www.ndt.oxfordjournals.org)

[www.nejm.org](http://www.nejm.org)

[www.jasn.asnjournals.org](http://www.jasn.asnjournals.org) The New England Journal of Medicine

[www.jnephrol.com](http://www.jnephrol.com)

[www.disastermedicinejournal.com](http://www.disastermedicinejournal.com)

[www.actaclinicabelgica.be](http://www.actaclinicabelgica.be)

[www.kidney-international.org](http://www.kidney-international.org)

[www.nephrology.rei.edu](http://www.nephrology.rei.edu)

### **Boeken.**

Vrijwilligerswerk in het buitenland/Auteur: Vis, A./Wegwijs in de wereld van de hulp/Auteur: Lau Schulp & B. Klem

Hoe word ik vrijwilliger in het buitenland/Auteur: M. Gansevoort