

# Ebola in Sierra Leone: infectiepreventie midden in de “hotspot” van de ebola-uitbraak

Ebola in Sierra Leone:  
infection prevention in the hotspot of the ebola outbreak

C. Kooyman

## Samenvatting

Als deskundige infectiepreventie met een voorliefde voor Afrika leek mij de ebola-uitbraak het moment om al mijn ervaring in de zorg en mijn kennis op het gebied van infectiepreventie daar in te zetten. Via de organisatie ‘Artsen van de wereld’ kwam ik bij de Spaanse tak (Medicos de Mundo–MdM) van deze organisatie terecht waar ze een vacature hadden voor een (ebola) infectiepreventie project in Sierra Leone. In oktober 2014 en februari 2015 heb ik twee keer zes weken gewerkt in Koinadugu, de grootste provincie van Sierra Leone met 265.000 inwoners verspreid over een enorm gebied (12.000 km<sup>2</sup>; dit komt overeen met de grootte van de provincies Limburg, Brabant en Gelderland bij elkaar). Ebola had dit afgelegen gebied nog niet bereikt en door het inzetten van preventieve maatregelen moest dat voorkomen worden. Teneinde dit doel te bereiken had de regering samen met buitenlandse hulp een Ebola Response Consortium (ERC) gevormd. Bij aankomst in mijn standplaats Kabala waren de eerste ebolagevallen echter al in de provincie gesignaleerd. Dit werden in de eerste zes weken van mijn verblijf uiteindelijk 96 positieve ebolapatiënten. De uitbraak was op dat moment op zijn hevigst in Sierra Leone. Er moesten voortdurend keuzes gemaakt worden tussen de acute hulp met betrekking tot de uitbraak en de preventie in de andere regio's. In dit stuk geef ik mijn eigen verhaal weer over de uitbraak van ebola in Koinadugu, welke illustratief is voor de manier waarop het ebola virus zich zo snel kon verspreiden in Sierra Leone.

*(Tijdschr Infect 2016;11(1):15-8)*

## Inleiding

Voor de start van de ebola-uitbraak had de provincie een gezondheidsmanagement team dat bestond uit één arts en twee verpleegkundig leidinggevendenden. Onder hun verantwoordelijkheid viel het enige ziekenhuis in Kabala (de provinciehoofdstad) en 71 kleinere gezondheidscentra verspreid over de regio. Het ziekenhuis had maar één arts die ook alle benodigde operaties uitvoerde. De gezondheidscentra werden gerund door community health officers (CHO), die vaak zes centra onder hun hoede hadden. Het overige personeel varieerde van verloskundigen en verpleegkundigen tot vrijwilligers die

konden vaccineren; dit personeel woonde vaak bij het centrum. In deze provincie waren noch behandelcentra voor ebolapatiënten, noch laboratoria voor ebolatesten.

## Start van de uitbraak in de provincie Koinadugu

Ebola werd door slechts één man geïntroduceerd in Koinadugu. Hij had gewerkt in een van de grote steden en kwam ziek terug naar Kumala, zijn thuisdorp, om te sterven. Hij had geen medische hulp gezocht en er was ook geen enkele gezondheidszorgmedewerker betrokken geweest bij zijn ziekte of overlijden. Bij de begrafenis

Correspondentie richten aan: dr. C.D.J. den Heijer, GGD Zuid Limburg, Geleenbeeklaan 2, 6166 GR Geleen t.a.v. afdeling Infectieziektebestrijding, e-mailadres: Casper.denHeijer@ggdz.nl.

Belangenconflict/financiële ondersteuning: geen gemeld.

**Trefwoorden:** ebola, infectiepreventie.

**Keywords:** Ebola, infection prevention.

*Ontvangen 12 augustus 2015, geaccepteerd 28 augustus 2015.*



**Figuur 1.** De verbouwing van een school naar een 'holdingcentrum' met patiënten al aanwezig.

waren wel veel mensen uit het dorp aanwezig. Waarschijnlijk dacht niemand aan ebola. De verdenking ebola kwam pas toen er na een week meerdere mensen ziek werden. De gezondheidszorg in dit dorp bestond alleen uit een klein gezondheidscentrum. Dit centrum had twee kamers, waarvan een de woning van de verpleegkundige was. De ander werd gebruikt voor triage, bevallingen en soms als kort verblijf voor andere patiënten. Het was onmogelijk om de groep zieken op te vangen in dit centrum wat door de verpleegkundige direct gemeld werd aan het dorps hoofd. Niet alleen was er geen telefoon; er was ook geen enkele andere mogelijkheid om (snel) te communiceren met de CHO's; de opties van het dorps hoofd waren daarom beperkt. Hij besloot iedereen die ziek was, en de familieleden die de zieken wilden verzorgen, in de school te isoleren. Ook plaatste hij onmiddellijk een noodoproep naar het managementteam in de provinciehoofdstad Kabala.

### Opzet van regionale coördinatie

Zoals hierboven beschreven waren er op dat moment maar twee artsen aanwezig in Kabala, de arts die aangesteld was voor de coördinatie van de hele provincie en de ziekenhuisarts. De dag dat de melding (van de vele zieken) aankwam in Kabala is er acuut een bijeenkomst georganiseerd met het voltallige managementteam en alle aanwezige organisaties. Het was mijn tweede dag

en in deze bijeenkomst werd besloten meteen van start te gaan met het District Ebola Response Consortium (DERC). Voor de coördinatie van de DERC werd een gepensioneerde arts uit de regio aangewezen. Verder bestond de DERC uit het leger en lokale vertegenwoordigers van buitenlandse organisaties. De enige medische organisatie die toen aanwezig was in Kabala was MdM; ofwel twee expats waaronder ikzelf. De DERC kwam iedere dag bij elkaar en langzaam werd het te voeren beleid duidelijk, mede met de hulp van de nationale ERC. Prioriteit was de opvang van de patiënten en daarna de zorg voor deze mensen. Essentiële onderdelen in de ebolarespons waar nog aan gewerkt moest worden waren het opzetten van surveillanceteams en het aanwijzen van zogenaamde 'contact tracers'. De praktijk wees echter uit dat deze week in totale chaos verliep: er was geen communicatie met het dorp, geen mankracht op alle terreinen en vooral geen gezondheidsmedewerkers ter plekke (niet in Kabala en niet in Kumala). We misten ook nog expertise op het gebied van onder andere logistiek en waterbouw.

### Het isoleren en opsporen van ebola patiënten

De Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, WHO) was in onze regio nog niet aanwezig, maar drie medewerkers werden die eerste dag nog inge-

vlogen naar Kumala vanuit Freetown. Zij startten daar met de bouw van het eerste ebolaopvangcentrum, in de school van Kumala. De dramatische taferelen die ze me hebben beschreven bij het bouwen van deze school waren schokkend; hier zaten bijna vijftig patiënten, met wel of niet besmette familieleden opgesloten. Binnen twee weken werden drie opvangcentra bewerkstelligd met ruimte voor zestig isolatiebedden. Hier verbleven de patiënten totdat de uitslag van de ebola PCR bekend was waarna ze, indien positief, naar de behandelcentra in andere regio's werden vervoerd. We stuurden vanuit Kabala twee van de drie aanwezige ambulances naar Kumala en het gehele analistenteam van het regionale ziekenhuis, zodat de DERC een beeld kreeg van het aantal ebolazieken en overledenen. Inmiddels verzocht de DERC MdM de medische en verpleegkundige supervisie van de drie opvangcentra op zich te nemen; ik werd hierop verzocht om naar Kumala te gaan om dit te regelen. In de praktijk kwam dit er in de eerste weken nog niet van doordat er veel andere prioriteiten waren in Kabala. Eerst hebben we al het ziekenhuispersoneel (in Kabala) dat enige kennis had over ebola, naar Kumala gestuurd. Met hulp van het dorps hoofd heeft Oxfam gezorgd voor veilige slaapplekken voor deze mensen in het dorp. Daarna ben ik in Kabala steeds bezig geweest om meer verpleegkundigen, analisten, ambulancechauffeurs en vrijwilligers voor te bereiden om te werken binnen de ebola-respons, met name in het dragen van de persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM).

De WHO was deze eerste week ook gestart met het formeren van teams in en rond Kumala om contacten van de ebolazieken op te volgen (de 'contact tracers'). Dit was een noodzakelijke stap, omdat veel patiënten uit de eerste groep zieken alweer naar huis waren gevlucht en er moest uitgesloten worden dat er nog zieken thuis waren achtergelaten.

Het leger had inmiddels een 'death and sick alert' telefoonlijn ingesteld. Veel dorpen hadden echter geen telefonisch bereik en er werd daardoor amper gebruik van gemaakt. Hierop werden er door de WHO surveillanceteams gevormd. Deze teams speurden samen met de 'contact tracers' de omliggende dorpen af naar zieken en overledenen. Beide teams bestonden uit lokale jonge mannen (vaak studenten) die kort uitleg kregen over hoe dit werk uitgevoerd moest worden. Door de surveillanceteams werden de doden gemeld bij speciale begrafenis-teams die ze dan veilig konden begraven. De taken voor deze ongeschoolde teams waren niet gemakkelijk, de

dorpen zijn moeilijk bereikbaar en bestrijken een enorm groot gebied. Verder bestaan er zestien etnische groeperingen in Sierra Leone met verschillende talen. Ook moesten ze rekening houden met de enorme maatschappelijke onrust, wantrouwen en angst die ontstond. De coördinatie van deze teams bleef een van de grootste problemen. De WHO had aanvankelijk veel te weinig of niet de juiste mensen beschikbaar, zoals epidemiologen die niet gewend zijn om grote groepen jonge mannen aan te sturen.

### Het Infectiepreventieproject

Terwijl ik de supervisie over moest nemen van de drie opvangcentra in Kumala moest mijn eigen infectiepreventieproject doorgaan. Vooral ook omdat de DERC steeds benadrukte dat we de verspreiding naar de andere dorpen moesten stoppen. Er was ook een grote angst dat de ziekte naar Kabala zou verspreiden waar inmiddels alleen nog maar een amper functionerend ziekenhuis was. Het infectiepreventie project was gericht op de gezondheidsmedewerkers in de 71 gezondheidscentra door de hele regio. Met hulp van achttien door mij getrainde CHO's werden alle centra getraind in ebolapreventie en het gebruik van PBM. Naast het verkrijgen van deze PBM, werden ze ook voorzien van chloor en handwasemmers. We zijn hiermee dichtbij de hotspot van de epidemie gestart in onze regio; in de dorpen rondom Kumala. De negen gezondheidscentra in deze regio liggen enorm afgelegen in een prachtig groen berglandschap. Omdat één centrum niet bereikbaar was per auto, zijn alle middelen er uiteindelijk lopend naar toe gebracht. Iedereen die werkzaam was binnen de gezondheidszorg, van verloskundige tot schoonmaker (in totaal achttien functies) kreeg les in het dragen van de PBM. Veel aandacht ging naar het herkennen van de ebolapatiënt, ofwel een goede triage. Dit laatste was erg uitdagend want de meeste symptomen van ebola zie je ook bij onder andere malaria. De CHO's hadden hun handen vol aan oplossingen bedenken voor vragen zoals: waar plaats je een ebolapatiënt totdat de ambulance komt? Wat doe je met de familie? Waar laat je het (medisch) afval van een ebolapatiënt? Binnen drie weken zijn alle 71 gezondheidscentra met bijna 500 medewerkers bereikt met dit project.

### Discussie

Eén man heeft uiteindelijk gezorgd voor 96 bewezen positieve ebolapatiënten. Door de chaotische situatie is niet bekend hoeveel mensen hiervan overleden zijn. Ook niet hoeveel personen er zijn begraven waar nooit een ebola PCR op gedaan is.

Wat ging er mis? Wat had anders gemoeten? Er zijn langzamerhand rapporten aan het verschijnen en organisaties evalueren hun eigen bijdrage bij deze strijd tegen ebola. Waar ik het zeker mee eens ben is dat deze epidemie zo moeizaam te bestrijden was doordat zij in West-Afrika plaatsvond. Ten eerste werd er van het begin af aan te weinig rekening gehouden met de Afrikaanse cultuur, de tradities en sterke familiebanden. Overledenen werden weggehaald zonder respect voor de rituelen, zieke kinderen werden letterlijk uit de armen van hun ouders gerukt en (zonder familie) op transport gezet naar de opvangcentra. Tijdens mijn verblijf in maart 2015 waren hier al verbeteringen te zien door goede voorlichting over de begrafenissen en kleine veranderingen in het beleid; er mocht toen bijvoorbeeld altijd een ouder mee naar de opvangcentra. Verder hebben de slechte gezondheidszorgstructuur, de bereikbaarheid en ook het niveau van onderwijs in Sierra Leone een grote rol gespeeld. Dit laatste had als gevolg dat er gewoon te weinig deskundigen waren op alle gebieden, maar vooral in de gezondheidszorg zelf. Deskundigheid op gebied van het bestrijden van een epidemie ontbrak soms ook bij de buitenlandse organisaties. Het isoleren van patiënten had de hoogste prioriteit terwijl de andere infectiepreventie-maatregelen eigenlijk gelijktijdig hadden moeten plaatsvinden. En dan bedoel ik vooral het opvolgen van contacten, surveillance en verstrekken van PBM met bijbehorende training in triage. Internationaal ging er bijvoorbeeld veel aandacht naar de behandelcentra en die werden ook snel overal neergezet. Daar was uiteindelijk ook voldoende buitenlands en geschoold personeel voor. Maar juist bij het opsporen van zieken door de surveillance teams en 'contact tracers' ging veel mis. Niet alleen in het veld ontbrak kennis over outbreakmanagement maar ook hogerop in de organisaties waar

de besluitvorming plaatsvond. Het samenwerken van de buitenlandse organisaties met de regering ging moeizaam. De regering zelf reageerde niet adequaat in onze regio, vooral doordat zij in eerste instantie de coördinatie niet op zich nam. Lokale ambtenaren weten dit aan het feit dat er in Koinadugu andere bevolkingsgroepen wonen (stammen). De DERC liet het ook later op cruciale momenten afweten: we hadden dan plots geen geld meer om alle teams te betalen waardoor personeel weer naar huis ging.

Dan is er nog de angst voor ebola die in de Westerse wereld wel heel grote (irreële) proporties aannam. Dit zal zeker een rol gespeeld hebben bij het tekort aan hulpverleners in Koinadugu. In mijn eerste zes weken zijn er amper westerse hulpverleners geweest en daarmee was er een tekort aan geschoolde verpleegkundigen. Ook waren er slechts drie (!) artsen in de gehele regio totdat er in december 2014 een ploeg van Nigeriaanse artsen kwam.

Om af te sluiten wil ik toch zeggen dat het niet slecht gegaan is in Koinadugu. Zonder de buitenlandse organisaties en vooral de mensen die non-stop voor de WHO, Oxfam en MdM zich hebben ingezet was de epidemie in Kumala nog sneller verspreid. Maar vooral ook dankzij alle lokale vrijwilligers, mijn CHO trainers en de gezondheidszorgmedewerkers uit Kabala ziekenhuis.

*De auteur bevindt zich op dit moment wederom in Sierra Leone voor een infectiepreventieproject om een bijdrage te leveren aan de bestrijding van de huidige ebola-uitbraak en eventuele toekomstige uitbraken van infectieziekten.*