



2

Pilot kwaliteitsregistratie traumazorg

5

'Oefening Troje' - Samenwerken onder hoogspanning

7

Ketenavond Suicide: fysiek trauma is nog maar het begin

9

Symposium 'Een terroristische aanslag, wat doet u?'

# Pilot kwaliteitsregistratie traumazorg: werken aan hoge respons

© Natasja Rabouw



Quirine van der Vliet en Stasja Aspers

**Het Traumazorgnetwerk Midden-Nederland is een pilot gestart om de kwaliteit van leven na een ongeval te evalueren bij patiënten van het UMC Utrecht. De ervaren kwaliteit kan een belangrijke indicator zijn voor kwaliteitsverbetering in de uitkomsten van de traumazorg. Met de pilot wordt onderzocht hoe kwaliteitsregistratie het best kan worden uitgevoerd. Arts-onderzoeker Quirine van der Vliet en datamanager Stasja Aspers voeren de pilot uit. Momenteel zijn ze bezig met het verwerken en optimaliseren van de respons: "We bekijken wie we bereiken en op welke manier we dat het beste doen. Dat is relevante informatie."**

Alle traumapatiënten van 18 jaar en ouder die op de Spoedeisende Hulp van het UMC Utrecht komen en aansluitend worden opgenomen, ontvangen een jaar na ontslag per post een vragenlijst om de kwaliteit van leven te meten. Van der Vliet: "De vragen die we voor de huidige evaluatie stellen zijn standaardvragen volgens de EQ-6D. Dat is een wereldwijd geaccepteerde vragenlijst over kwaliteit van leven. Hij is makkelijk en snel in te vullen. De vragenlijst is weliswaar kort, maar wanneer er veel van worden ingevuld wel heel waardevol."

## RESPONS

Het gaat om een grote groep patiënten, ongeveer duizend per jaar, vanaf het jaar 2014. Er zijn al veel brieven gestuurd aan patiënten die na een ongeval terechtkwamen in het ziekenhuis. "We versturen nu ook nog brieven met terugwerkende kracht. Van langer dan een jaar terug", zegt Aspers. "We zijn begonnen met het benaderen van patiënten die een ongeval hadden in 2014. Op dit moment zijn we bij het derde kwartaal van 2016." Op de eerste brievenronde reageerde ongeveer 50 procent van de patiënten, na een herinneringsbrief was de totale respons ongeveer 70 procent.

## TELEFONISCHE BENADERING

In het kader van de pilotfase, benaderen Van der Vliet en Aspers patiënten die niet op de brieven reageren ook nog telefonisch. Aspers: "We kunnen zien wat dat oplevert en beslissen of we deze methode in de toekomst willen blijven gebruiken. Het bellen proberen we maximaal drie keer, op verschillende dagen en tijdstippen."

In de meeste studies geldt een respons vanaf 70 procent als een goede, representatieve sample. Toch zijn de telefoontjes zinvol volgens Van der Vliet. "Voor de evaluatie van kwaliteitsregistratie is het interessant om te weten hoeveel verschil het maakt als je belt. Het is mooi dat je met twee brieven al 70 procent terugkrijgt. Voor ons is het echter ook interessant om te zien of je de respons nog hoger krijgt met telefoontjes. Of je bijvoorbeeld mensen onder de 30 telefonisch beter bereikt dan schriftelijk." Dat laatste lijkt zo te zijn. De groep onder de 30 jaar reageert het minst van alle leeftijdsgroepen op een brief. "De reden waarom mensen niet reageren valt nog niet goed te achterhalen", zegt Aspers. "We vragen als we bellen niet waarom ze niet op de brieven hebben gereageerd. We willen de telefoongesprekken zo kort en feitelijk mogelijk houden." Een gesprek duurt gemiddeld drie minuten.

Aspers en Van der Vliet bereiden zich voor om pijnlijke situaties aan de telefoon te voorkomen. "Je moet het een beetje inkleden", aldus Van der Vliet. "We willen bijvoorbeeld graag weten hoe iemands mobiliteit is. Sommige mensen hebben echter een dwarslaesie en kunnen daardoor nooit meer lopen. Als je dan plompverloren met een vraag komt over lopen, is dat niet prettig."

### VERVOLGSTAPPEN

Van der Vliet gaat de verkregen gegevens uit de pilot analyseren. Ze wil weten wat de cijfers representeren en wie ze representeren. "Als je bijvoorbeeld alleen reacties krijgt van vrouwen ouder dan 70 en mannen van onder de 30, heeft dat gevolgen voor de generaliseerbaarheid." Daarnaast wil ze de Utrechtse evaluatie vergelijken met een soortgelijke

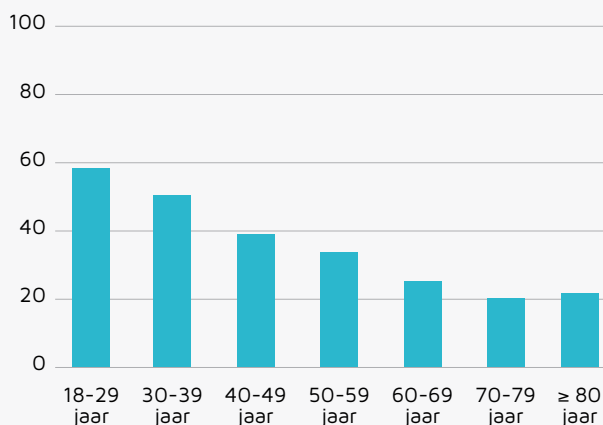
studie in Amerika om te ontdekken of er verschillen zijn in respons. "Ik wil weten of je onderzoeksresultaten uit een geheel andere omgeving kunt kopiëren naar hier. Op basis van onze data kunnen we verschillen in uitkomsten tussen beide landen vergelijken en beoordelen of er ruimte is voor het internationaal uitbreiden van kwaliteitsregistraties als de onze. We hebben straks veel informatie over subgroepen en lange termijn uitkomsten over kwaliteit van leven. Daarmee kunnen we op termijn gerichte voorspellingen over verwacht herstel doen." Aan patiëntgerapporteerde uitkomsten wordt in de gehele gezondheidszorg steeds meer waarde gehecht. Van der Vliet: "Ik denk zelfs dat een dergelijke evaluatie op een gegeven moment de norm zal worden. Het is goed dat we er hier in Utrecht mee aan de slag gaan." (m.m.v. PK)

Quirine van der Vliet werkt sinds 1 september als arts-onderzoeker bij het TZMN. Hiervoor deed ze een jaar onderzoek bij het Harvard Orthopaedic Trauma Initiative in Boston in het kader van haar promotietraject. Ze doet in Utrecht onderzoek naar hoe patiënten met hand- en voetletsel het functioneren en de kwaliteit van leven ervaren en ook naar factoren die hierop van invloed zijn. Tevens voert ze studies uit naar de evaluatie van de zorg rondom ernstig gewonde patiënten.

Stasja Aspers is datamanager traumaregistratie en medewerker onderzoek bij het TZMN. Zij zette vanuit haar functie de hele pilot op. Zij stelde de brief met vragenlijst op, ze zorgt ervoor dat alle traumapatiënten die in het UMC Utrecht opgevangen en opgenomen zijn, benaderd worden en verwerkt de respons.

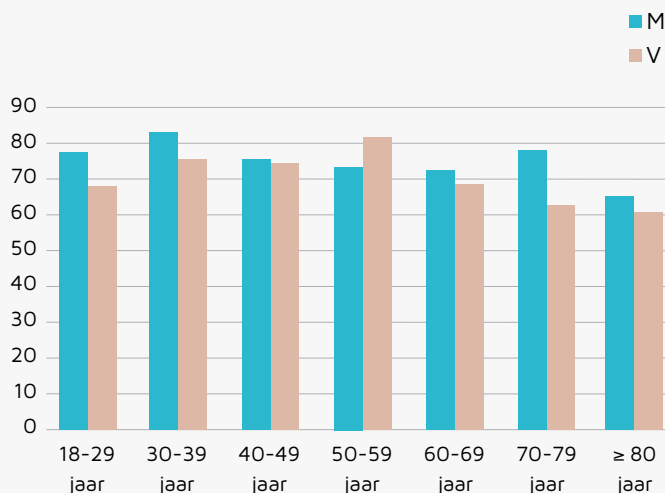
# Voorbeelden van resultaten van de pilot kwaliteit van leven

## Non-respons



Percentage non-responders van alle geïncludeerde traumapatiënten per leeftijdscategorie

## Kwaliteit van leven na ongeval (VAS)



Een onderdeel van de EQ-6D vragenlijst is de Visual Analog Scale (VAS)

# Slapend ziekenhuis wakker geschud

Oorlog, crises, rampen en grote ongevallen; als er een beroep op het Calamiteitenhospitaal wordt gedaan is de urgentie hoog. Het Calamiteitenhospitaal, een nauwe samenwerking tussen het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU), het Centraal Militair Hospitaal (CMH) van Defensie en het ministerie van VWS, is een zogenaamd 'slapend ziekenhuis'.

© Foto: UMC Utrecht



Rampenoefening 'Danger Close'

Doorgaans liggen er geen patiënten, maar als er een grote ramp plaatsvindt, dan is het noodziekenhuis binnen dertig minuten 'klaarwakker' en heeft het 200 bedden paraat. Om bij grote rampen de samenwerking tussen het UMCU en CMH zo optimaal mogelijk te laten verlopen is oefenen essentieel. Zo ook dit jaar. Rampenoefening 'Danger Close' vroeg het uiterste van dienstdoend personeel. De gasexplosie die de ingewanden van het CMH openreet gebeurde slechts op papier. De 155 gewonden die in de chaos op andere plekken moesten worden ondergebracht, verzorgd en geregistreerd, waren acteurs, maar de chaos die hierna ontstond was levensecht.

## FLINKE KLUIF

Zo kwamen slachtoffers omdat het een interne calamiteit betrof niet 'netjes' binnen via de ambulancesluis, maar uit verschillende richtingen binnen het ziekenhuis zelf. Als klap op de vuurpijl viel bovendien het HiX-systeem (patiëntenregistratiesysteem) uit. De opvang en registratie van slachtoffers werd zo flink bemoeilijkt.

"En dat was precies wat we wilden", legt Loek Leenen, hoogleraar traumatologie en medisch manager van het Calamiteitenhospitaal, uit. "Oefeningen als deze geven een realistisch beeld van de praktijk. Door te zien waar processen scheef lopen en beter kunnen, kunnen we ons beter voorbereiden op het echte werk. Al hopen we natuurlijk dat dat niet nodig zal zijn."

## SLACHTOFFERS OP EEN PLEK

Een ander voordeel van het Calamiteitenhospitaal is dat alle slachtoffers van een ramp in hetzelfde ziekenhuis liggen. "Dat werkt psychologisch goed. De patiënten praten met elkaar over wat ze hebben meegemaakt. Zo starten ze eigenlijk al met de verwerking. Daarnaast is het ook prettig voor familie. Het is regelmatig voorgekomen, zoals bij de Hercules-ramp, dat ouders voor het ene kind in een ander ziekenhuis moesten zijn dan voor het andere kind. Reguliere ziekenhuizen hebben immers niet de capaciteit om in korte tijd vele (zwaar) gewonde patiënten op te vangen. Wij kunnen dat wel." (UMC Utrecht)

# Samenwerken onder hoogspanning

Wat gebeurt er als er in de provincie Utrecht een dodelijke infectieziekte uitbreekt? Welke zorgpartijen komen er dan in actie? En hoe werken ze optimaal met elkaar samen? Dat was de insteek van 'Oefening Troje', de grootschalige crisissimulatie die in november 2017 plaatsvond in de regio Midden-Nederland. Een oefening die rustig begon met een persoon met griepverschijnselen...



Langzaam werd duidelijk dat het niet alleen om een griep epidemie ging, maar tegelijkertijd ook om een grote uitbraak van de dodelijke infectieziekte SARS. Mondkapjes die oprakten, bestormde apotheken, ambulances die de hoeveelheden patiënten niet meer konden vervoeren: het waren ingrediënten die zorgden voor extra druk op de ketel. Meer dan 300 personen waren vier avonden in touw om de crisis naar een goed einde te begeleiden. De deelnemende organisaties hadden zich goed voorbereid op crisissomstandigheden, maar nu werd gekeken hoe er onderling in de regio wordt samengewerkt tijdens een ernstige infectieziekte crisis.

Frank Rosier van Het Netwerkcentrum is met een team maanden bezig geweest met de voorbereiding van de oefening en kijkt tevreden terug: "De deelnemers waren enthousiast over deze manier van oefenen. De grootschaligheid zorgde ervoor dat ze echt goed konden kijken naar de onderlinge samenwerking. Ook de rol van het online oefenportaal met fictieve berichtgeving van landelijke en regionale media en Twitter zorgde voor een extra dimensie. De deelnemers hebben het leuk gehad, maar het belangrijkste is natuurlijk dat er veel is geleerd. Onder deze omstandigheden werd de noodzaak tot samenwerking echt heel duidelijk. En het werd

ook duidelijk dat het dan belangrijk is om elkaar goed te kennen. Hoe werken de processen bij een andere organisatie? Wat kunnen wij wel of juist niet van elkaar verwachten?"

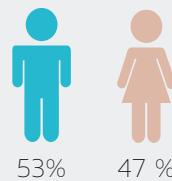
Naast de GGD en de GHOR namen diverse ziekenhuisorganisaties, de GGZ (Altrecht), huisartsen, apothekers, instellingen voor ouderenzorg en de RAVU deel. Zij deden dat vanuit hun eigen locatie. Tijdens de oefening konden zij terugvallen op de centrale responsecel: een groep van circa 42 mensen die diverse partijen vertegenwoordigde en die de deelnemers van informatie kon voorzien. Hiervoor waren onder andere vertegenwoordigers van het RIVM en het ministerie van VWS aanwezig, maar ook van de politie en de brandweer. De deelnemers zaten goed in hun rol en de oplopende spanning was regelmatig tastbaar. Een speciale rol hierbij had het communicatieteam dat met tweets en lastige persvragen de druk verder opvoerde.

De komende maanden wordt de oefening uitgebreid geëvalueerd. Deelnemende zorginstellingen ontvangen een individuele evaluatie en er zal een overkoepelend verslag voor de hele zorgketen gepresenteerd worden. De gezamenlijke leerpunten zullen vervolgens onder regie van GGD/GHOR en TZMN opgepakt worden. (CM)

# Uit de traumaregistratie Midden-Nederland: Patiënten behandeld en opgenomen als gevolg van een TS-poging

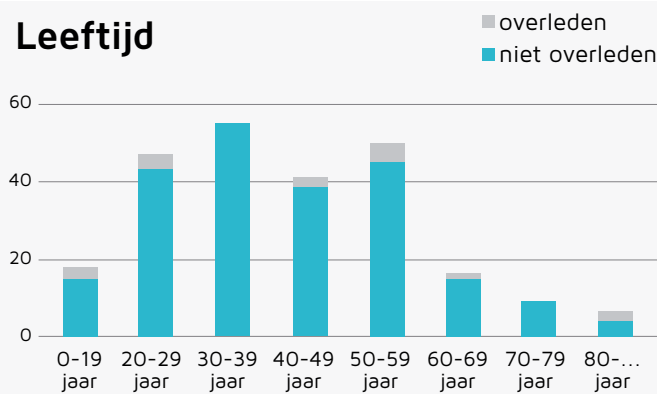
2012-2016

**224** patiënten kwamen op de SEH terecht als gevolg van een poging tot zelfdoding.

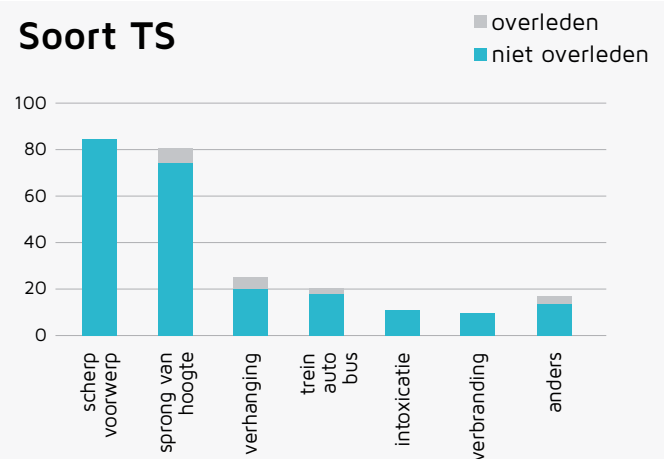


**68%** werd opgevangen in het traumacentrum.

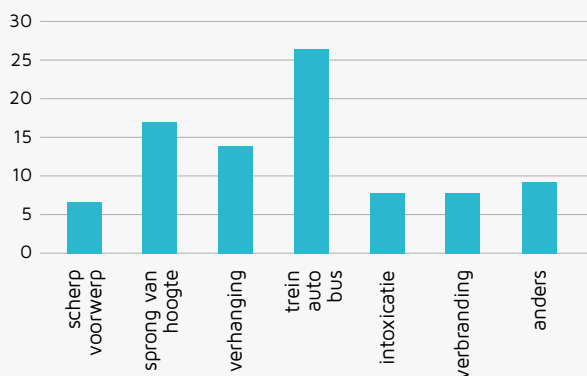
## Leeftijd



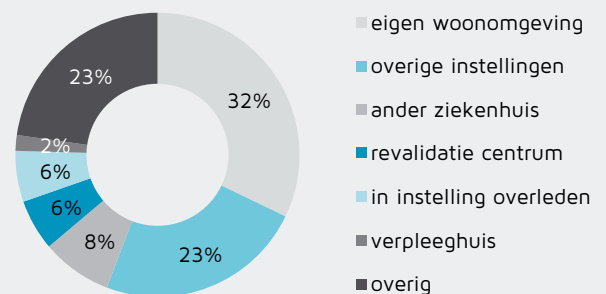
## Soort TS



## Gemiddelde ISS



## Ontslag



**30%** is ernstig gewond.

Gemiddelde ISS van overleden patiënten: **27**

**92%** van alle patiënten die via de SEH opgenomen werden in een ziekenhuis, overleefde de TS-poging.

Landelijke cijfers: In 2016 kwamen 14.000 mensen in het ziekenhuis terecht als gevolg van een zelfmoordpoging. Wat betreft het aantal zelfdodingen staat Nederland op de 24e plaats van de 50 in Europa. (Bron: CBS)

# Suïcide: fysiek trauma is nog maar het begin



Een meisje ligt op de snelweg. Eerst wordt gedacht dat ze uit een auto is gevallen, later blijkt dat ze van een viaduct is gesprongen. Suïcidepoging. Deze komen helaas vaker voor en in oktober werd er een ketenavond aan het thema gewijd. De cijfers zijn indrukwekkend: per jaar denken 410.000 mensen aan zelfmoord. Er worden ieder jaar 94.000 zelfmoordpogingen gedaan, waarvan er 14.000 in het ziekenhuis belanden. Tot slot zijn er jaarlijks 1894 daadwerkelijke zelfmoorden. Een heel groot deel overleeft dus, mede dankzij het handelen van de spoeddiensten.

Zo ook het meisje uit de gepresenteerde casus. Maar dit was niet haar eerste zelfmoordpoging en ook hierna heeft ze er alweer twee gedaan. Volgens verpleegkundig specialist ggz Tim van Nesselrooij gaat dat helaas vaker zo. "Psychische stoornissen spelen een rol in ongeveer de helft van de gevallen. Dan kun je iemand dus wel fysiek oplappen, maar suïcidaal gedrag is niet zo makkelijk uit te bannen. Er wordt door de overheid wel veel geïnvesteerd in het voorkomen van suïcide, bijvoorbeeld met het anonieme telefoonnummer 113. 113 online biedt ook trainingen aan, zo kunnen hulpverleners in de ziekenhuizen leren om te gaan met mensen die zelfmoordgedachten hebben."

## MACHTSSTRIJD

Psychiater Klijn maakt onderscheid tussen incidentele en habituele suïcidaliteit. De achtergrond en daarmee ook de hantering van beide is verschillend. Zij legt uit dat habitueel suïcidaal gedrag een gewontereactie is op emotionele stressoren. "Op deze manier maakt de patiënt zijn of haar hulpverleners verantwoordelijk voor gedragsgevolgen. Er dreigt na een zelfmoordpoging een fikse machtsstrijd." Die moet niet worden aangegrepen om de macht van de hulpverlener eens flink te laten gelden, betoogt zij. Integendeel. "De beste aanpak is autonomiebevorderend hoogrisicobeleid", zegt Klijn. Wel in de gaten houden dus, maar niet aan banden leggen. Een dwangopname is niet altijd te vermijden, maar soms is het regelrecht gevaarlijk.

Ook een lastig punt is psychiatrie tijdens een revalidatietraject. De samenwerking in dat kader kan nog beter, zegt AIOS revalidatiegeneeskunde van de Hoogstraat Floor Verheul. Psychiatrische comorbiditeit kan lastig zijn tijdens een revalidatietraject. Een revalidatiecentrum is niet gespecialiseerd in psychiatrische problematiek. Wel is er de mogelijkheid externen (bijvoorbeeld de psychiater, huisarts of ambulante teams) bij te betrekken. Echter blijft het vaak moeilijk de patiënt met ontslag te laten gaan wanneer deze fysiek klaar is voor ontslag. Vaak is de psychiatrische problematiek een beperkende factor. De samenwerking met anderen voor een goede overgang kan nog beter. Vooral wanneer de revalidatie erop zit, maar er nog steeds een zelfmoord risico bestaat, is na ontslag verdere begeleiding nodig. (PK)

# Regionaal Zorgnetwerk ABR Utrecht krijgt gezicht

**Begin 2017 werden de eerste stappen gezet voor de inrichting van het regionaal zorgnetwerk antibiotica resistentie. Regionale netwerken zijn belangrijk bij het tegengaan van verspreiding van antibiotica resistente micro organismen. Waar staat het netwerk nu?**

Na het informeren van bestuurders van de zorginstellingen, huisartsen, medewerkers van de GGD, apothekers, en RAVU, is gestart met het opbouwen van een netwerk rond contactpersonen van organisaties en beroepsgroepen. Omdat netwerken pas goed functioneren als iedereen elkaar kent en weet te vinden, werd op 26 september voor de contactpersonen een werkconferentie georganiseerd. Circa 60 professionals maakten kennis met elkaar en met de doelen en taken van het netwerk. Zij vergrootten hun kennis over antibiotica resistentie en gingen dieper in op twee van de aandachtsgebieden van het zorgnetwerk: antibiotica resistentie in ver-

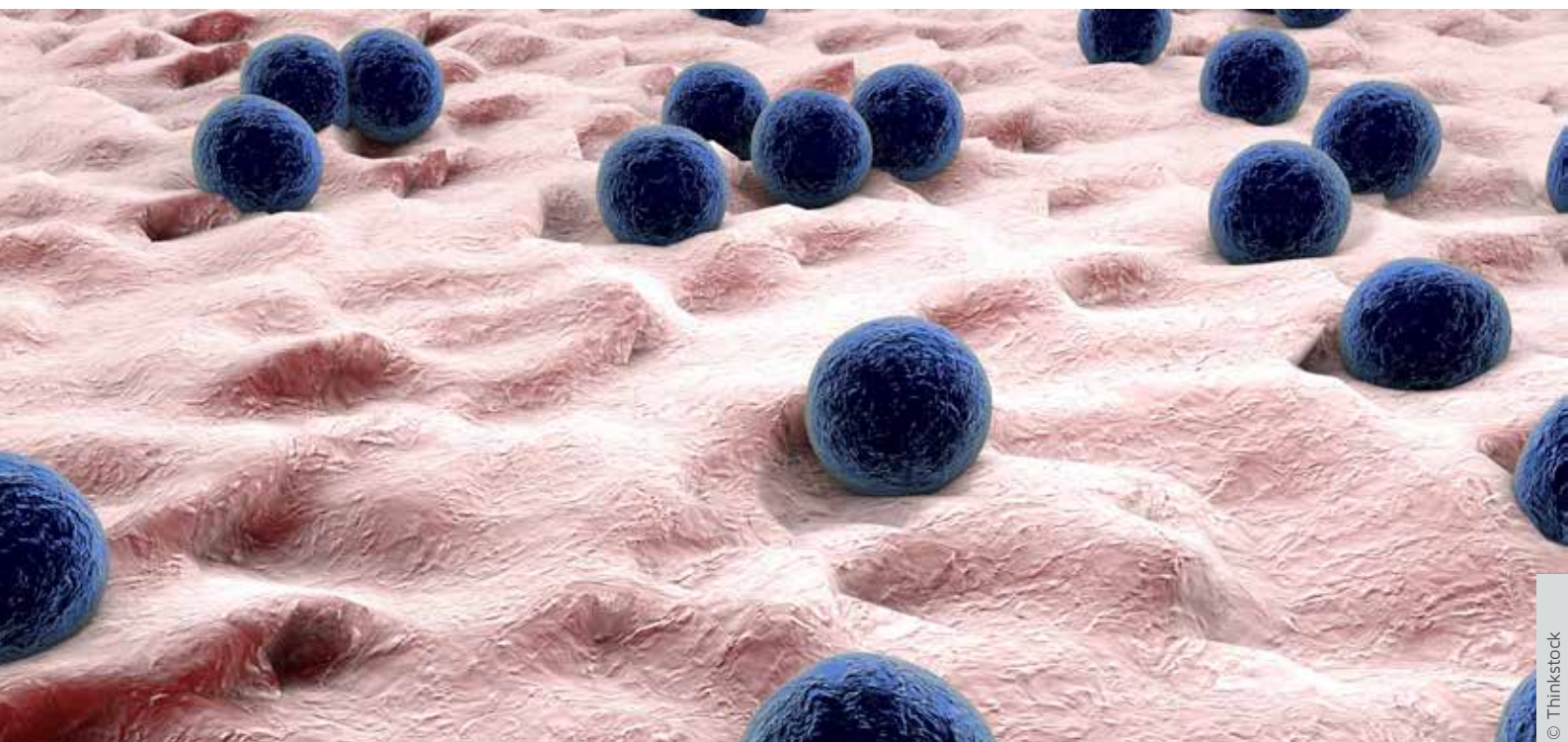
pleeghuizen en de noodzaak en complexiteit van transmurale werkafspraken. Over het voorkomen van antibioticaresistentie in verpleeghuizen is nog weinig bekend. Daarom bereidt het RIVM samen met de netwerken onderzoek voor naar dragerschap van Bijzonder Resistente Micro-organismen (BRMO) bij cliënten van verzorgingsinstellingen. Met de deelnemers aan de werkconferentie werden opzet en betekenis van dit soort **punt prevalentie onderzoeken** (PPO) besproken.

Al voor de oprichting van het zorgnetwerk werkte een Regionaal BRMO-team in onze regio aan het verhogen van bewustzijn over antibiotica-

resistentie. Dit team stelde onder meer transmurale afspraken op over communicatie tussen professionals over patiënten. De deelnemers aan de conferentie bespraken knelpunten bij de implementatie en discussieerden over wederzijdse verantwoordelijkheden.

Zo krijgt het netwerk zijn gezicht en worden er nu stappen gezet om bestrijding van ABR in onze regio te verbeteren.

Wilt u meer weten over het zorgnetwerk Antibiotica Resistentie Utrecht? Lees dan het uitgebreide artikel op [www.traumazorgnetwerkmn.nl](http://www.traumazorgnetwerkmn.nl)





# Symposium 'Een terroristische aanslag, wat doet u?'

Een terroristische aanslag in Nederland, volgens velen is het niet de vraag óf maar wannéér dit gaat gebeuren. Niet een aantrekkelijk vooruitzicht en als het ooit zover komt dan kunnen we er maar beter klaar voor zijn. Vanuit deze gedachte werd op 2 november 2017 het eerste symposium over de medische aspecten bij de opvang en behandeling van slachtoffers van een terroristische aanslag georganiseerd in de regio Midden-Nederland.

Er zijn natuurlijk al cursussen die deelaspecten behandelen van dit onderwerp. Maar wat moet je als behandelaar nu concreet doen bij patiënten die slachtoffer zijn geworden van een terroristische aanslag? Waar moet je op letten en welke technieken pas je toe? De aard van het letsel is anders dan je gewend bent en er is ongetwijfeld sprake van chaos. Er is mogelijk ook een dreiging van meer incidenten, misschien wel in het

Tijdens het symposium 'Een terroristische aanslag, wat doet u?' kwamen deze en andere dilemma's aan bod. Enkele van de sprekers waren Prof. L. Leenen uit het UMCU Utrecht, Dr. H. Veen van het Internationale Rode Kruis en een medewerker van de Dienst Speciale Interventies. De behandelde onderwerpen waren wondballistiek, een introductie wapens en munitie en Chemische, Biologische, Radiologische, Nucleaire en Explosieve (CBRN-E) gevaren. Ook Damage Control technieken voor op de eerste hulp en operatiekamer en eigen veiligheid & ethiek kwamen aan bod. Verder was er een demonstratie carrousel waarbij de deelnemers kennis konden maken met het Calamiteiten-hospitaal, de CBRN-tent en 'hands-on' uitleg kregen over wapens, munitie en zelfbeschermingsmiddelen.

De bijeenkomst was zeer goed bezocht en wordt in december in Rotterdam en medio volgend jaar weer in Utrecht herhaald onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging van Traumachirurgie en het Internationale Rode Kruis. Tevens zal worden gekeken of dit concept ook toegepast kan worden in de andere traumaregio's in Nederland, de actualiteit kunnen we helaas niet negeren. (GG)

eigen ziekenhuis. En wat doe je als er niet één of twee, maar twintig of vijftig of misschien wel tweehonderd slachtoffers zijn?



# Stop de bloeding, red een leven!

Bij grootschalige incidenten en aanslagen blijkt dat de verwondingen vaak samen gaan met ernstig en levensbedreigend bloedverlies.

Wanneer omstanders, opgeleid als hulpverleners, in staat zijn deze bloedingen adequaat te stelpen, verhoogt dit de overlevingskansen van de slachtoffers aanzienlijk.

© Foto's: Marlous Verheul



In de Verenigde Staten is in oktober 2015 een grootschalige campagne gestart om niet-medici en ook medici te trainen in het stelpen van bloedingen. Dit initiatief is naar Nederland gehaald door Dr. Leo Geeraedts, traumachirurg in het VUmc en voormalig arts bij het Mobiel Medisch Team.

In de Traumaregio Utrecht bleek behoefte te zijn om ook aan te sluiten bij dit initiatief. Op 7 november heeft de eerste groep van acht deelnemers bij het Mets-centrum in Bilthoven een pilot 'train de trainer' gevolgd. De groep is in drie uur geleerd om burgers te trainen in het aanleggen van tourniquets, het stelpen van bloedingen door middel van

hemostatische gazen én het aanleggen van een zogeheten Israëliisch verband. De acht zijn allemaal geslaagd voor de training en vanaf nu inzetbaar voor het geven van deze training. In de loop van 2018 leiden we meer mensen op als trainer. Belangstellenden kunnen zich melden bij Marlous Verheul: [m.l.m.verheul@umcutrecht.nl](mailto:m.l.m.verheul@umcutrecht.nl) (MV)

# Agenda

## DECEMBER

**11 december**

Focusgroep Crisisbeheersing  
& OTO, Meander Medisch  
Centrum

**12 december**

Ketenavond 'Kindertrauma'

## MAART

**6 maart**

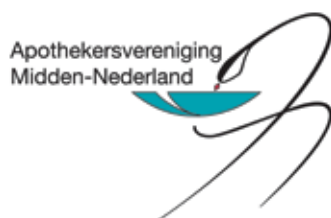
Focusgroep POSH,  
Diakonessenhuis

## APRIL

**16 april**

Focusgroep Verloskunde

## Ketenpartners



## Colofon

### Redactie

Daniëlle van Boxtel  
Natasja Rabouw  
Lukas van Spengler

### Met medewerking van

Stasja Aspers  
Gioya Bouwman  
Marleen Dijkman  
Dennis van Doodewaard  
Geertje Govaert  
Leonie Jansen  
Petra Kruijt  
Carien Mulder  
Marlies Scheper  
UMC Utrecht  
Marlous Verheul

### Ontwerp en opmaak

Design & Producties,  
Marketing & Communicatie  
UMC Utrecht

### Drukwerk

Drukkerij De Bondt

[www.traumazorgnetwerkmn.nl](http://www.traumazorgnetwerkmn.nl)  
[traumazorgnetwerk@umcutrecht.nl](mailto:traumazorgnetwerk@umcutrecht.nl)

# “We leerden elkaar kennen op de ambulance”

Reggie en Nicolette Diets leerden elkaar kennen toen zij als stagiaire met hem meeliep op de ambulance. Nu is dit stel alweer drieëntwintig jaar bij elkaar, waarvan achttien jaar getrouwd. En ze werken allebei nog steeds in de acute zorg. Soms zien ze elkaar alleen even aan de keukentafel, als de een thuiskomt en de ander net weggaat. Ze proberen wel hun agenda's op elkaar af te stemmen, maar het werk speelt nu eenmaal een grote rol in hun leven. “Het scheelt dat we van elkaar weten hoe het is.”

Reggie Diets is regionaal opleidingscoördinator voor de ambulancezorg Gelderland-Midden en heeft twee functies binnen de GHOR: Officier van Dienst Geneeskundig (OvdG) en Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg (ACGZ). Nicolette Diets is physician assistant ambulancezorg bij de RAVU en OvdG voor de veiligheidsregio's Utrecht en Gelderland-Midden. Beiden hebben hun roots liggen in Utrecht, waar ze elkaar leerden kennen. Nicolette: “Een oom van mij werkte samen met de vader van John van Engelen. Ik studeerde hbo-v en zo ritselde mijn oom een stageplek bij de Ambulancedienst Regio Utrecht. Toen ik daar net kwam, kreeg John een rit naar de andere kant van het land. Niet zo leuk voor een stagiaire, dus ik werd voor de rest van de dienst doorgeschoven naar een vriend. Die vriend was Reggie.”

Reggie glimlacht. “Later had ze behoefte aan nog een dienst en ik ging haar ook nog begeleiden bij haar scriptie. Zo is onze relatie begonnen.” Het is een fijne bijkomstigheid dat ze begrijpen wat het werk vergt. Reggie: “Nicolette weet niet anders dan dat ik met mijn telefoon naast mijn hoofd slaap en dat de pieper elk moment kan gaan. Voor haar is het net zo.”

Ze hebben drukke levens, maar proberen wel zo veel mogelijk samen te eten. Dan nemen ze de dag door. Ze kunnen ook goed sparren. Omdat Nicolette ook OvdG is voor de regio Gelderland-Midden, heeft ze soms Reggie nodig als algemeen commandant. “Dan bel ik hem niet rechtstreeks, maar doe ik het via de meldkamer. Op het moment dat iets in de hiërarchische structuur valt, moet je de werkafspraken volgen.”



© Dennis van Doodewaard | Media Ambulancezorg Gelderland-Midden

## TWEE REGIO'S

Reggie en Nicolette zijn het erover eens dat de officier van dienst een grote meerwaarde heeft. “De incidenten waar je bij komt, zijn dingen met veel ellende”, zegt Reggie. “Ongevallen met dodelijke afloop, ernstig gewonden, kinderen, mishandelingen, noem maar op. Dat maakt de impact groot. Maar wij kunnen dat wel relativiseren.” Nicolette beaamt dat. “Je krijgt al een plaatje bij wat je hoort van collega's ter plaatse. Als je er komt, is het zaak om je niet te laten meeslepen in de patiëntenzorg. Dan raak je het overzicht kwijt. In de rol van OvdG ben je ter plaatse met name bezig met de coördinatie van de hulpverleners in samenwerking met de overige officieren van dienst van de brandweer en politie. Daarnaast speelt de psychosociale zorg een belangrijke rol. Ik vraag bij een melding hoeveel mensen er staan die eventueel getuige zijn geweest van het incident, in verband met het opstarten van nazorg.”

Omdat ze in twee regio's werken, kennen ze de verschillen. “Utrecht heeft veel stedelijk gebied, snelwegen, knooppunten”, zegt Reggie. “Infrastructuur is een grote uitdaging. Dat geldt trouwens in Gelderland-Midden ook, maar om een andere reden. Het is een uitgestrekt gebied, helemaal van Nijkerk tot aan Babberich. Er zijn twee officieren van dienst per 24 uur om dat te bestrijken.” Ze vinden het jammer dat er niet meer bovenregionaal wordt gekeken naar de inzet van OvdG's. Met ambulances gebeurt dat wel. Maar dat er een OvdG is in Veenendaal die snel ter plaatse kan zijn bij een ongeval in Ede, daar wordt niet naar gekeken. “Daar is nog verbetering in mogelijk”, zeggen ze. Zoals dit stel in elk geval laat zien: twee veiligheidsregio's op één kussen, daar komt niemand tussen. (PK)