



3 Onverwacht hoog risico op decubitus bij traumapatiënten

5 Aangezichtstraumatologie: opereren op de vierkante millimeter

Nicolette Rigter nieuwe DPG

MRMI cursus 23-25 juni

7

9

Gegarandeerde zorg voor thuiszorgpatiënten in acute situaties

© Foto: RAVU

Door een samenwerkingsverband met de drie grootste thuiszorgorganisaties in de provincie Utrecht zorgt de RAVU in de avond, nacht en weekenden voor acute thuiszorg. Hierdoor krijgen thuiszorgpatiënten altijd gegarandeerde zorg in acute situaties.



Soms is het nodig om patiënten alsnog naar het ziekenhuis te vervoeren

hoeven nu niet meer naar acute thuiszorgproblemen.” Daarnaast heeft het een nieuwe functie gecreëerd: de ambulancezorg begeleider (AZB). AZB'ers beschikken over een diploma ziekenverzorgende/VIG (niveau 3) en hebben meerdere jaren ervaring als ziekenverzorgende. Er zijn steeds twee AZB'ers op één auto. Afwisselend vervullen ze de chauffeurstaak en de uitvoerende taak. “Als ze geen acute thuiszorg verlenen, worden ze ingezet bij laagcomplex patiëntenvervoer”, aldus Van Engelen.

Het kabinetsbeleid is erop gericht ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Hierdoor neemt de behoefte aan thuiszorg toe. Een groot deel van de thuiszorg is te plannen. Maar soms doen zich buiten de reguliere werktijden acute situaties voor waarin de zorg niet uitgesteld kan worden. Volgens de gemaakte afspraken neemt de RAVU die onuitstelbare zorg voor haar rekening, waarbij getracht wordt zoveel mogelijk het probleem in de thuisomgeving op te lossen.

DOELMATIGER ZORG

Iedere thuiszorgorganisatie is zelf verantwoordelijk voor het leveren van acute thuiszorg. “In de hele provincie Utrecht gaat het gemiddeld in totaal

om zes oproepen per nacht”, vertelt Ineke de Kam, projectmanager Geïntegreerde Aansturing Ambulante Functies bij de RAVU. “Om de oproepen te beantwoorden, had iedere thuiszorgorganisatie voorheen een dienstauto met bemanning paraat. Dat kon efficiënter.” In overleg met de drie grootste thuiszorgorganisaties in de provincie Utrecht nam de RAVU de acute thuiszorg in de avond, nacht en weekenden van hen over, waardoor de doelmatigheid enorm verbeterde.

PROTOCOL

Op werkdagen van 16.00 tot 08.00 uur en in het weekend handelen speciale ambulances alle acute thuiszorgvragen af. Het gaat om zorg die niet uitgesteld kan worden

tot de volgende dag. In de meeste gevallen betreft het valincidenten, problemen met katheters of stoma's en incontinentieproblemen. “De klant belt naar de eigen thuiszorgorganisatie”, aldus De Kam. “Aan de hand van een protocol wordt getoetst of RAVU moet uitrukken.”

SPECIALISTISCH TEAM

De RAVU is momenteel de enige ambulancedienst in Nederland die ook acute thuiszorg aanbiedt. “Het is een win-winsituatie”, zegt John van Engelen, manager Meldkamer Ambulancezorg. “Het is kostenbesparend voor de thuiszorgorganisaties en haalt de druk van de A-auto's af. Ambulances die gereserveerd zijn voor spoedritten

ZORGEN

De Kam en Van Engelen hebben wel zorgen over de groei van de ouder worden de mens. “Doordat ouderen steeds langer thuis moeten blijven wonen, zien we sinds 2015 een sterke toename van het aantal hulpvragen. Dat levert schrijnende gevallen op. We hebben AZB'ers die haast niet meer bij een patiënt weg durven gaan. Want wie zorgt er dan voor de patiënt?” (MvV)

Onverwacht hoog risico op decubitus bij traumapatiënten

Wereldwijd worden patiënten met verdenking op wervelkolomletsel geïmmobiliseerd. Daardoor wordt onbedoelde schade als een dwarslaesie voorkomen. Eén van de negatieve effecten echter is het ontstaan van decubitus. Hoewel decubitus voornamelijk in verband gebracht wordt met ouderen en chronisch zieken, blijken ook traumapatiënten een hoog risico op het ontwikkelen van (materiaal-gerelateerde) decubitus te lopen.



Wietske Blom-Ham ontvangt haar bul

Hoe vaak komt decubitus voor bij traumapatiënten die geïmmobiliseerd waren met een harde plank, een harde kraag en laterale blokken? En welke risicofactoren spelen een rol in de ontwikkeling van decubitus bij traumapatiënten die verdacht worden van wervelkolomletsel? Dat waren de twee centrale vragen in het promotieonderzoek van Wietske Blom-Ham. Op 16 juni jl. verdedigde zij met succes haar proefschrift.

Op de spoedeisende hulp van het UMC Utrecht onderzochten Blom-Ham en haar

collega's 342 traumapatiënten die preventief geïmmobiliseerd waren. Ze keken specifiek naar decubitus veroorzaakt door nekkraag en blokken. 75% van de patiënten bleek een categorie 1 decubitus te ontwikkelen. "Hoewel categorie 1 decubitus reversibel is, kan het zich gemakkelijk verder ontwikkelen naar een ernstigere categorie."

Van de 254 traumapatiënten die opgenomen werden, ontwikkelde 28,3% decubitus, waarbij 33,1% werd veroorzaakt door de kraag.

Verhoogde leeftijd, verhoogde ISS-score en verlaagde EMV-score blijken risicofactoren te zijn.

EXPERTGROEP

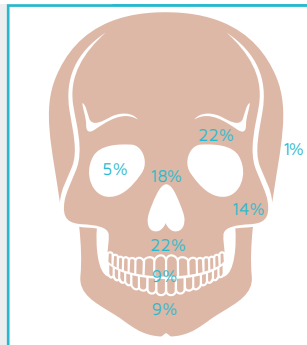
"Omdat decubitus gevolgen heeft voor zowel de medische als verpleegkundige zorg, moeten we consensus bereiken over wat nu de beste manier van immobiliseren is, zowel prehospital als hospital." Blom-Ham pleit daarom voor het opzetten van een – liefst wereldwijde – expertgroep op dat gebied. (MvV)

Uit de traumaregistratie Midden-Nederland: Aangezichts- en cervicaal letsel

2011 - 2015

1777 patiënten met aangezichtsletsel.

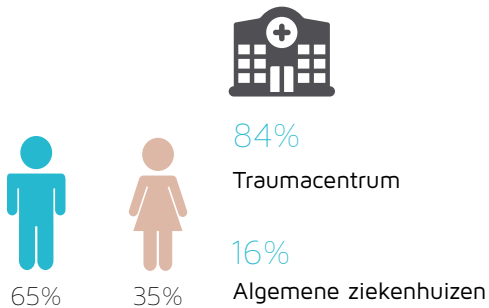
Dat was **7,3%** van alle opgevangen traumapatiënten



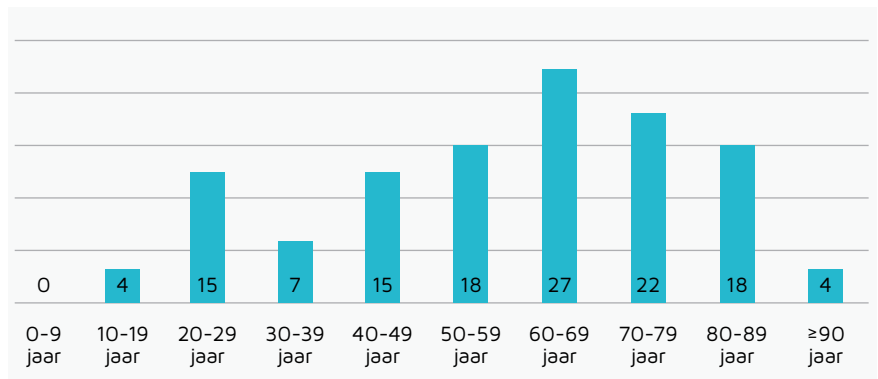
oogkas	636	22%
oog	137	5%
oor	18	1%
jukbeen	392	14%
neusbeen	519	18%
bovenkaak	616	22%
mond, tong en tanden	261	9%
onderkaak	269	9%

130 patiënten met zowel aangezichts- als cervicaal-letsel. **0,5%** Dat is van alle opgevangen traumapatiënten.

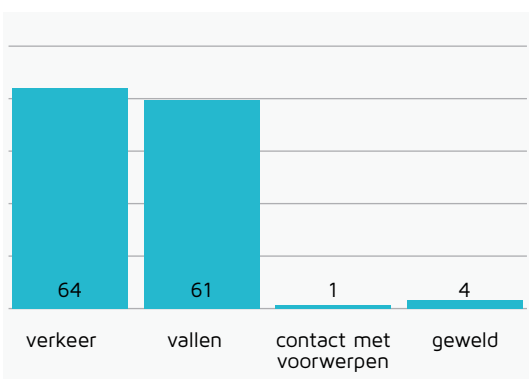
67% van de patiënten was ernstig gewond. De gemiddelde ISS-score was 22.



Leeftijd



Ongevalsemechanisme



Van de patiënten met letsel als gevolg van een verkeersongeval was **72%** ernstig gewond.

Van de patiënten die na een val werden opgenomen was **59%** ernstig gewond.

Aangezichtstraumatologie: opereren op de vierkante millimeter

Tijdens de tweede ketenavond van 2016 stonden aangezichtsletsels centraal. Aangezichtsletsels kunnen op veel verschillende manieren ontstaan: door vuurwerk dat in iemands gezicht ontploft, door verkeersongevallen of bijvoorbeeld door de trap van een paard.

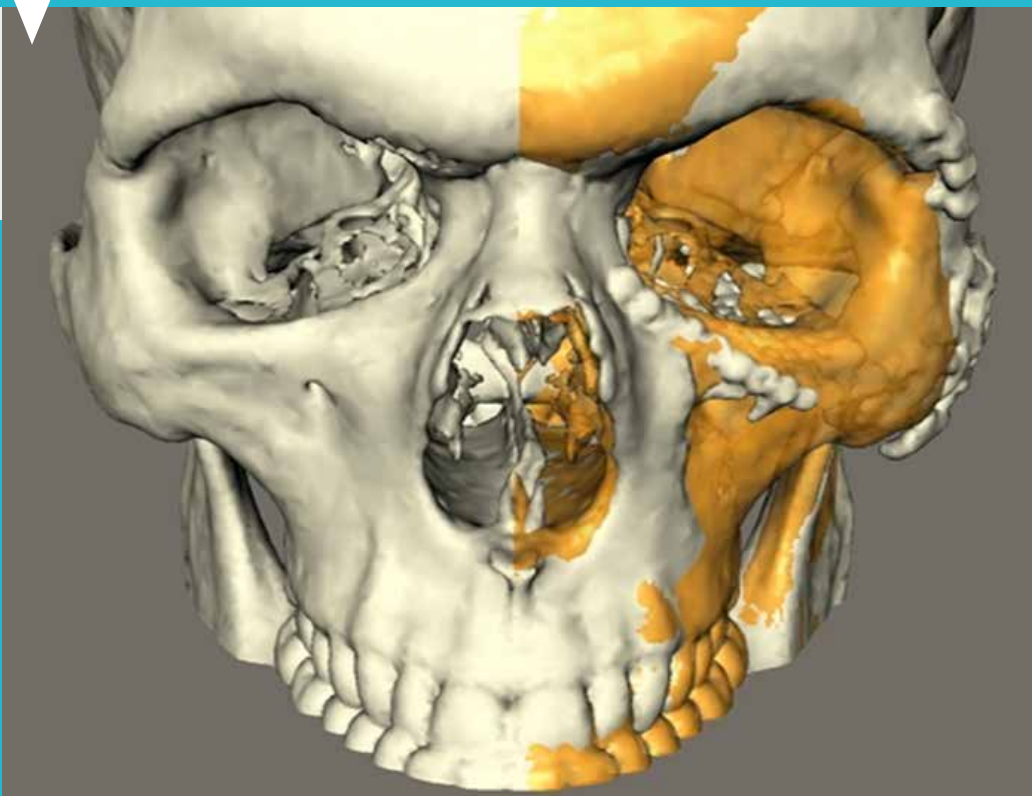
“Paarden trappen altijd in de roos”, aldus Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurg Nard Janssen. “Midden in het gezicht, en richten daarmee grote schade aan.” De ambulancedienst is meestal de eerste ketenpartner die met een slachtoffer met aangezichtsletsel wordt geconfronteerd. Zij zijn bedacht op een bedreigde ademhaling (door bloeding van maxillaire vaten;

RAVU geldt aangezichtsletsel als contra-indicatie voor het aanbrengen van een nek-kraag. Dat staat op gespannen voet met de regel dat bij klinische twijfel op cervicaal letsel altijd preventief geïmmobiliseerd moet worden. “Een nekkraag aanbrengen mag best”, aldus Janssen. “Je maakt daarmee niet meer kapot dan al kapot is.” Vanwege de bedreigde ademhaling wordt een patiënt met aangezichtsletsel – indien mogelijk – halfzittend naar het ziekenhuis vervoerd.

3D FACE LAB

De meeste aangezichtsletsels bij volwassenen komen voor aan de neus, de jukbeenderen en de onderkaak. “Bij kinderen ligt het iets anders. Zij hebben nog geen bijholtes met lucht om de klap op te vangen. Een klein sneetje in de huid kan al duiden op een fractuur. Artsen hebben nog te weinig aandacht daarvoor.” Uiteindelijk komt het meestal wel goed met een aangezichtsletsel. “Een MKA-chirurg is gespecialiseerd in opereren op de vierkante millimeter.” Daarnaast zorgt de goede doorbloeding in het gezicht voor een snelle genezing. En wanneer uitgebreid herstel van het aangezicht nodig is, biedt het 3D Face Lab in het UMC Utrecht ondersteuning bij de reconstructie van het gezicht. (MvV)

© Foto: Nard Janssen



multiple mandibulafracturen; aspiratie van prothese en gebitselementen en mondbo-demhematomen), bedreigde circulatie (door bloeding in takken van de arteria carotis externa) en mogelijk cervicaal letsel. Bij ambulancedienst

Groen licht voor ambulances

Dankzij innovatieve apparatuur krijgen ambulances van de Regionale Ambulance Voorziening Utrecht (RAVU) voortaan groen licht op kruispunten op provinciale wegen.

© Foto: RAVU



Groen licht bij spoedritten

De ambulances van de RAVU zijn sinds 1 april 2016 uitgerust met apparatuur waarmee ze de verkeerslichten kunnen beïnvloeden. Bij spoedritten –

met zwaailichten en sirenes – krijgen ze automatisch groen licht als de verkeerslichten naderen. Ze hoeven dus niet meer door rood te rijden.

Dankzij deze nieuwe techniek wordt het risico op verkeersongevallen waar ambulances bij betrokken zijn een stuk kleiner. Hierdoor wordt het verkeer voor ambulances en andere weggebruikers veiliger. “Naast veiligheid heeft het systeem ook een positief effect op de snelheid waarmee ambulances bij patiënten kunnen zijn”, aldus Jack Ver-sluis, directeur van de RAVU. De provincie Utrecht en de RAVU hebben allebei de helft geïnvesteerd in de installatie van de nieuwe apparatuur. (MvV)

Als iedere seconde telt...

Omdat het verschil tussen leven en dood soms een kwestie van minuten of zelfs seconden is, rukt de brandweer sinds kort ook uit bij reanimaties.

© Foto: RAVU



“Als iedere seconde telt, is het van belang zo snel mogelijk te starten met reanimeren. Het maakt niet uit of de politie, de burgerhulpverlening of de brandweer dat doet. Als er maar een goede basic life support kan worden gegeven en als er maar zo snel mogelijk een AED gebruikt kan worden”, zegt John van Engelen, manager Meldkamer Ambulancezorg bij de RAVU.

Uit een pilot met meerdere brandweerposten in de Veiligheidsregio Utrecht is gebleken dat de brandweer vaak eerder ter plaatse kan zijn dan de ambulancedienst. Daarom worden bij een melding met het vermoeden op reanimatie niet alleen twee ambulances, maar ook de dichtstbijzijnde brandweerpost gealarmeerd. De brandweer kan dan alvast starten met reanimeren, inclusief het gebruik van een AED. Daarna neemt de ambulancedienst de reanimatie over. “Het is geen competitie. Het is het leveren van de meest adequate basic life support-zorg voor de patiënt. Dankzij de regeling met de brandweer redden we levens.”

(MvV)

Nicolette Rigter nieuwe DPG

Per 1 mei 2016 is Nicolette Rigter benoemd als Directeur Publieke Gezondheid (DPG) van GGD regio Utrecht. Rigter was de afgelopen vijf jaar DPG van GGD IJsselland. Daarvoor was zij onder meer werkzaam bij waterbedrijf Vitens. Zij volgt Peter Bos op, die de functie de afgelopen twee jaar vervulde naast zijn functie als algemeen directeur van de Veiligheidsregio Utrecht

Onze afspraak begint vijftien minuten te laat. Een journalist belde een GGD-arts met vragen over zwemmers die met leptospirose opgenomen waren in Meander Medisch Centrum in Amersfoort. De arts wilde even overleggen met Rigter over welke informatie wel en niet naar buiten mocht in verband met de privacy van betrokkenen. "De GGD is een organisatie van professionals", aldus Rigter. "Die kennen hun vak. Daar moet je je niet mee bemoeien als je er niet van bent. Maar professionals ondersteunen bij zaken die niet tot hun primaire proces horen zodat zij hun werk goed kunnen doen, vind ik heerlijk."

Directeur Publieke Gezondheid

Om Nederland beter voor te bereiden op grootschalige uitbraken van infectieziekten en andere rampen en om adequaat in te spelen op de ontwikkelingen in een snel veranderende maatschappij, werd in 2012 de functie Directeur Publieke Gezondheid (DPG) ingevoerd. Een DPG geeft leiding aan twee organisaties: de GGD en de GHOR en is dus verantwoordelijk voor zowel de reguliere als de opgeschaalde publieke gezondheidszorg.

© Foto: Waterspiegel



UITDAGING

De overstap van GGD IJsselland naar GGD regio Utrecht (GGDrU) kwam op een logisch moment. In IJsselland was Rigter de eerste DPG. "Ik ben begonnen met de GGD meer op de kaart te zetten." Er werd een bedrijfsplan gemaakt en uitgevoerd en Rigter was aan het nadenken over een volgende stap bij GGD IJsselland toen ze werd benaderd voor de functie van DPG in de regio Utrecht. Een aanbod dat ze graag aanvaardde. "GGD regio Utrecht is het resultaat van het samengaan van twee GGD'en per januari 2014 als gevolg van de Wet op de veiligheidsregio's. Het is best ingewikkeld om twee GGD'en samen te voegen tot één en daar is tijd voor nodig. Alle ingrediënten zijn aanwezig om er een succes van te maken. Ik zet mijn kennis en ervaring dan ook graag in om van GGDrU een zichtbare, zelfbewuste en krachtige regionale organisatie te maken."

NOG GENOEG TE DOEN

Het 'smoel geven' aan de GGDrU is slechts één van de uitdagingen waarvoor Rigter zich gesteld ziet. Wat te denken van vraagstukken op het gebied van de Jeugdgezondheidszorg; de landelijke aanpak van antibioticaresistentie waarvoor minister Schippers de regio Midden-Nederland als één van de pilotregio's heeft aangewezen en het ondersteunen van gemeenten bij het zo gezond mogelijk houden van de bevolking? En dat alles in een continu veranderende samenleving waarin de belangen van het individu niet altijd stroken met die van het collectief. Er is dus genoeg te doen en Rigter heeft er zin in: "Je moet mij niet hebben om op de winkel te passen." (MvV)

Wordt het niet hoog tijd voor een GHOR voor dieren?



Hulpverleners redden een kat na een overstroming

In tijden van natuurrampen, zoals een bosbrand, dijkdoorbraak of overstroming, gaat de eerste aandacht uit naar de veiligheid en gezondheid van de bevolking in het getroffen gebied. Maar wat is er geregeld voor de dieren? Een eerste rondgang langs de verschillende partijen leert dat er voor gezelschapsdieren, bedrijfsmatig gehouden dieren en wilde dieren in een rampgebied slechts zeer beperkt afspraken zijn gemaakt. Om een eerste aanzet te geven op de vraag hoe in Nederland met dergelijke crisissituaties om te gaan, organiseerde de IRAS divisie Veterinary Public Health van de faculteit Diergeneeskunde op 31 maart jl. de paneldiscussie 'Hoog tijd voor een GHOR voor dieren'.

Het panel bestond uit experts van verschillende belanghebbende organisaties als de Veiligheidsregio Utrecht, de GGD regio Utrecht, de NVWA, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Diergeneeskunde, de ministeries van Economische Zaken en Defensie en de faculteit Diergeneeskunde. Zij sprake over de (on)mogelijkheden van een GHOR voor dieren.

ZELFREDZAME BURGERS

Net als mensen moeten dieren beschermd worden tegen (natuur)rampen en daar waar mogelijk dienen passende maatregelen getroffen te worden om dit te bereiken. Volgens het panel moet er een organisatievorm zijn die aan deze behoefte kan voldoen. Hoe die organisatievorm er dan uit moet zien, is lastig aan te geven. Bewoners in getroffen gebieden zullen vaak op eigen initiatief gaan bewegen en daarmee mogelijk leiders die vanuit de overheid zijn opgesteld negeren. Ook zullen bewoners misschien weigeren te evacueren als ze hun dieren achter moeten laten. De overheid kan hen dan niet dwingen.

LOGISTIEK

Als je dieren wilt gaan evacueren, moet je vooraf weten om hoeveel dieren het gaat (soort-specifiek), waar ze zich bevinden en wat hun gezondheidsstatus is. Op basis hiervan kan beslist worden of dieren wel of niet verplaatst gaan worden en zo ja, door wie; waarom; wanneer; waarheen en waarmee. Deze informatie kan ook gebruikt worden voor eventuele alternatieven, waarbij economische factoren een rol spelen. Versnelde afvoer richting slachthuis of doden op bedrijf en afvoer als kadavers zouden dan als opties kunnen gelden.

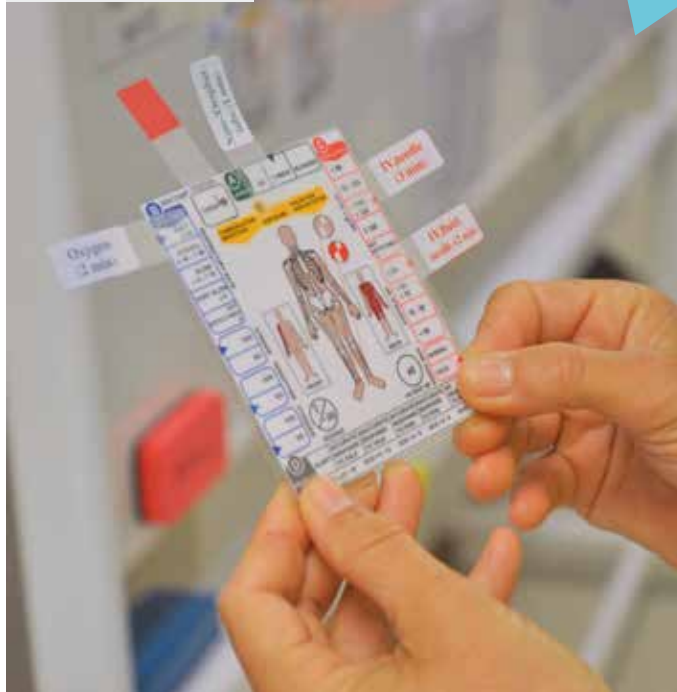
STRUCTUUR ONTBREEKT

Op dit moment ontbreekt een organisatiestructuur die voorbereid is op dergelijke calamiteiten met het dier als primair aandachtspunt. Tijdens het seminar van het Kennisnetwerk Zoönosen Midden-Nederland op 8 juni jl. werd getracht een dergelijke structuur te ontwikkelen. Dat blijkt nog niet zo eenvoudig. "Wil een dierenarts zijn kaartenbak wel delen?", aldus een van de deelnemers aan het seminar. "Is evacuatie niet veel meer een taak van de dierenbescherming?" "Waarom moeten de dieren überhaupt geëvacueerd worden?" Allemaal vragen die aantonen dat er een lacune is. Hoe de lacune opgevuld kan worden, wordt begin november bekeken. Dan vindt op Marken een grootschalige crisisoefening (crisisoefening Waterwolf) plaats, waarbij ook het evacueren van dieren beoefend gaat worden. (MvV)

MRMI cursus 23-25 juni

Van 23 tot en met 25 juni jl. vond in het Calamiteitenhospitaal de jaarlijkse Medical Response to Major Incidents (MRMI) cursus plaats. In deze cursus wordt de hele keten van rampenopvang real-time met reële scenario's gesimuleerd. Deelnemers komen uit heel Nederland.

© Foto's: Gioya Bouwman



De cursus is bedoeld voor iedereen die betrokken is bij de prehospital en hospital respons tijdens een groot incident of ramp en bestaat uit twee delen. Op dag 1 zijn er lezingen en praktische trainingen. Dag 2 en 3 staan in het teken van twee grootschalige simulatie-oefeningen waarbij alle deelnemers actief

worden ingezet in hun eigen werkteerrein.

GROOTSCHALIGE INCIDENTEN

Met een indrukwekkende presentatie over de noodzaak van voorbereiding op rampen zette Xavier LeSaffre, als medicus betrokken bij de prehospital respons tijdens de

aanslagen van Parijs, op dag 1 de toon voor de cursus.

Op dag 2 en 3 werden de deelnemers geconfronteerd met twee grootschalige incidenten met veel slachtoffers. Naast deelnemers uit de medische keten deden ook vertegenwoordigers van gemeente, politie en brandweer mee aan de oefening. Hoewel de oefening medisch georiënteerd is, zagen zij een grote meerwaarde. Zij kregen meer inzicht in de medische processen en behoeften, aldus een deelnemer van de politie.

Door de goede inzet van alle spelers heeft er, zeker tijdens de tweede oefening, een uitstekende en goed gecoördineerde respons plaatsgevonden. Leerpunten betroffen met name de communicatie in de keten: welke informatie hebben ketenpartners minimaal van elkaar nodig om adequaat te functioneren? (MH)



Helikopterplatform UMC Utrecht weer in gebruik

Op 8 september jl. was de officiële heropening van het helikopterplatform op het dak van het UMC Utrecht. Het platform was enkele jaren gesloten vanwege verbouwingen van onder meer het IC-centrum. Het platform is het afgelopen jaar aangepast aan de laatste eisen en met een nieuwe vergunning weer in gebruik genomen.

© Foto: Lukas van Spengler



Het UMC Utrecht vervult als traumacentrum een belangrijke rol in de opvang van ongevalsslachtoffers. Het is

het centrum waar in principe alle multitraumapatiënten uit de regio naar toe worden gebracht. Tijdens de verbou-

wingen landde de helikopter van het Mobiel Medisch Team (MMT) in een nabijgelegen weiland. Door de afstand tussen dit weiland en het UMC Utrecht werd het MMT niet optimaal gefaciliteerd.

Met het platform voor traumahelikopters en de centrale ligging is het UMC Utrecht nog beter in staat om de patiënt en het MMT op te vangen. Vanaf het platform op het dak is binnen het ziekenhuis een directe verbinding naar de spoedeisende hulp, de operatiekamers, de intensive care en het Calamiteitenhospitaal. Het traumateam van het UMC Utrecht kan hierdoor nog sneller de juiste zorg bieden aan een per helikopter vervoerde patiënt. (DvB)

Werkwijze bij inzet traumahelikopter

Wanneer het bij een 112-melding met een zorgvraag noodzakelijk is dat een arts ter plekke komt, kan een traumahelikopter worden ingezet. Deze vervoert de arts naar de patiënt. Meestal rijdt de arts vervolgens met de patiënt in de ambulance naar het ziekenhuis. De helikopter vliegt hier ook naartoe om de arts weer op te halen, zodat het Mobiel Medisch Team (MMT) weer opnieuw inzetbaar is. Een patiënt kan ook met de helikopter naar het ziekenhuis vervoerd worden. Hier staat dan – net als bij een binnenkomst per ambulance – een medisch team klaar om de patiënt op te vangen en de juiste zorg te geven. Het aantal keer dat een patiënt per helikopter wordt vervoerd neemt langzaam toe. Dit gaat – mede door drukte op de Nederlandse wegen en sluitingen van SEH's – veelal sneller dan vervoer over de weg en is net zo veilig. In 2015 werd 7% van de patiënten waaraan het MMT ter plaatse hulp heeft geboden met de helikopter vervoerd.

Agenda

SEPTEMBER

19 september

Focusgroep Crisisbeheersing & OTO

20 september

ROAZ Kerngroep

OKTOBER

3 oktober

Bijeenkomst patient journeys

3 oktober

Focusgroep Verloskunde

4 oktober

Focusgroep POSH

6 oktober

Ketenavond 'Gecompliceerde Letsels', UMC Utrecht

10 oktober

Zoönosen in de spreekkamer

25 oktober

ROAZ

NOVEMBER

2 november

Symposium 'Improving trauma care'

12 november

Oefening Calamiteitenhospitaal

15 november

HMIMS

17 november

Focusgroep Crisisbeheersing & OTO

22 november

ROAZ Kerngroep

Ketenpartners



Colofon

Redactie

Daniëlle van Boxtel

Natasja Rabouw

Marlène van Vijfeijken

Met medewerking van

Heidi Euverman

Mark Haverkort

Ontwerp en opmaak

Multimedia, marketing & communicatie

UMC Utrecht

Drukwerk

Drukkerij Libertas Pascal

www.traumazorgnetwerkmn.nl
traumazorgnetwerk@umcutrecht.nl

VERPLEEGKUNDIG MELDKAMERCENTRALIST SYBRAND PRINS

“Ik moet wel de goede beslissingen nemen”

Sybrand Prins werkt als verpleegkundig meldkamercentralist bij de RAVU. Als verpleegkundige specialiseerde hij zich in de hartbewaking en werkte hij acht en een half jaar als oproepkracht bij de ambulancedienst. Hij volgde de opleiding tot ambulanceverpleegkundige en maakte vier jaar geleden de overstap naar de meldkamer. Op de Meldkamer Ambulancezorg in Utrecht werkt Sybrand in een team van vijftieng centralisten. Voor het werk moet je volgens Sybrand stressbestendig zijn, goed kunnen communiceren en ook samenwerken. Met name bij grotere incidenten. “Dan moet je duidelijk van elkaar weten wie wat doet.”

Sybrand vindt het mooie van werken in de zorg “dat je op een eenvoudige manier iets voor een ander betekent. Dat je, door aandacht en bepaalde handelingen, er echt voor een ander kunt zijn.” Hij ervaart dit ook zo als meldkamercentralist. Meer nog dan in het ziekenhuis of op de ambulance. “Want je bent er direct bij, als eerste. Je kunt door jouw manier van praten en het stellen van vragen hulp bieden en er zijn voor de patiënt. Jij bepaalt op dat moment wat er gaat gebeuren en hoe het verder met hem zal gaan.” Dat is volgens Sybrand af en toe pittig. “Ik moet wel de goede beslissingen nemen.”

VERWERKEN VAN MELDINGEN

Nu hij wat langer als meldkamercentralist werkt, blijven de heftige meldingen minder hangen. Sybrand herinnert zich nog zijn eerste 112-melding van een groot ongeval. “Het ging om een ongeluk met meerdere auto’s waarbij één persoon overleden was. Het was een ravage. De melder bleef gelukkig rustig en deed precies wat ik vroeg. Ik zag er achteraf nog beelden van, die bevestigden dat het heel ernstig was. Dat maakte indruk.” Voor verwerking is er een BedrijfsOpvangTeam. Bij vervelende meldingen is het goed om het van je af te praten, vindt Sybrand. “Als je een rotmelding hebt gehad of het liep niet helemaal lekker, dan kun je dat ook even delen met een collega die op dat moment geen melding in behandeling heeft. Dat helpt.”

HULP BIEDEN

Er zijn voor de ander betekent voor Sybrand ook dat hij er is voor de melder die hij aan de lijn krijgt. Zo belde een vrouw voor een kindje dat aan het stikken was in een stukje brood.



© Foto: RAVU

Sybrand: “Meteen was duidelijk dat het om een spoedgeval ging en ik stuurde direct een ambulance. De vrouw had veel stress en begon te hyperventileren. Ik heb haar begeleid en rustiger laten worden. Zij kon toen zelf ook wat voor het kind betekenen. Uiteindelijk heeft zij het kind kunnen helpen voordat de ambulance kwam. Ik ondersteunde haar door de telefoon.” Het is belangrijk om een melder, die in paniek belt, te kalmeren. “Dan krijg je de juiste informatie en kan de melder mogelijk iets voor de patiënt doen. Bij panieksituaties geeft Sybrand meteen in het begin van het gesprek aan dat hij gaat helpen. “Want dat doe ik immers, wat de volgende stap ook is. Of er nu een ambulance komt, ik contact maak met de huisarts of duidelijk advies geef. Ik help. Ik geef aan dat ik begrijp dat de spannende situatie voor onrust zorgt. Als je dat aangeeft, als je een stukje begrip toont, dan wordt een beller al kalmer.” De centralist moet de regie hebben in een gesprek. “Zo kun je het beste hulp bieden en bepalen welke zorg nodig is.”

INLEVEN

Sybrand probeert zich altijd te verplaatsen in de situatie waarover de melding gaat. “Je krijgt een beeld bij wat je hoort. Voor mij is het dan alsof ik zelf ter plekke ben. Dat helpt. Je kunt niet vanaf een afstand alleen maar de melder aanhoren en informatie in het systeem intikken. Je moet daar als het ware even naartoe.” Na het op weg sturen van de ambulance, het geven van instructies en ondersteuning aan de melder, beëindigt Sybrand het gesprek en laat hij de melding los. “Ik vertrouw erop dat de verpleegkundigen op de ambulance datgene, wat ik begonnen ben, oppikken. Ik heb dan gedaan wat ik kon.” (DvB)