



3 ABR-zorgnetwerk gaat van start

5 Nieuwe traumafellows  
in de regio

Samenwerking neurologen

7

203 variabelen voor  
militaire traumaregistratie

9

# Uit het ROAZ

Op zowel bestuurlijk, tactisch, als operationeel niveau hebben alle partners binnen het ROAZ de opdracht om de acute zorg te borgen en te verbeteren. Momenteel is er in het ROAZ veel aandacht voor de toegankelijkheid van de acute zorg en voor het vervoer van verwarde personen binnen de acute psychiatrie.

© Foto: UMC Utrecht



Andere actuele onderwerpen binnen het ROAZ zijn: het netwerk antibiotica resistentie, de regionale oefening infectieziekten bestrijding en de implementatie van intra-arteriële behandeling bij herseninfarcten. In deze nieuwsbrief leest u hier meer over.

De problematiek van de toegankelijkheid van de acute zorg, en dan met name voor kwetsbare ouderen, kreeg het afgelopen jaar landelijk aandacht. Meerdere factoren hebben invloed op de toegenomen druk op de acute zorg. Dit vraagt bij de aanpak om meerdere initiatieven.

Inzicht in de regionale drukte is een vereiste voor de juiste aanpak. Het ROAZ besloot in 2015 tot het uitvoeren van een onderzoek naar de drukte en het vollopen van SEH's in onze regio. Dit onderzoek krijgt een vervolg met een rapportage van gegevens uit heel 2016.

Voor de zorg aan ouderen ervaren de huisartsen en de ziekenhuizen problemen met de instroom en uitstroom naar verpleeg- en thuiszorg. In december jl. vond een eerste bijeenkomst plaats met vertegenwoordigers van huisartsen en van de verpleeg- en thuiszorg. Hieruit bleek dat voor beide diverse obstakels zijn. Met de knelpunten die beïnvloedbaar en aan te pakken zijn door de partijen zelf, gaan we in onze regio aan de slag.

Eind 2016 zijn de verschillende plannen en initiatieven binnen onze regio ondergebracht in één project: 'Toegankelijkheid acute zorg Midden-Nederland'. Naast bovenstaande acties zijn onder meer het delen van (keten)informatie en de aanpak van het tekort aan gespecialiseerd verpleegkundig personeel in dit project opgenomen.

## VWS

VWS heeft alle ROAZ-en het afgelopen halfjaar tweemaal verzocht om de aanpak in de regio te beschrijven. Op 25 januari bezocht het VWS-praktijkteam 'Zorg op de juiste plek' onze regio om knelpunten te bespreken. Alle ROAZ-en hebben de opdracht om in mei een update te geven van de regionale aanpak.

## ACUTE PSYCHIATRIE

Het afgelopen jaar liet de politie landelijk weten het vervoer van verwarde personen niet langer te blijven faciliteren. Het gaat om verwarde mensen, bij wie de politie na een 112-melding ter plaatse komt, maar die geen strafbaar feit hebben gepleegd of gevaarlijk zijn. In onze regio is de afspraak dat de politie deze personen naar de crisisdienst vervoert voor beoordeling. De politiecel wordt zoveel als mogelijk vermeden. De politie wil dit vervoer niet meer uitvoeren. Dit vraagt om nieuwe regionale vervoersafspraken. Verschillende partijen vanuit de GGZ, RAV, huisartsen, GGD en openbaar bestuur zijn in overleg om dit in onze regio goed uit te werken. (DvB)

# ABR-zorgnetwerk gaat van start

Antibioticaresistentie is een wereldwijd probleem waar de WHO zelfs een actieplan voor heeft. Maar de aanpak is ook een regionale uitdaging. Op dit moment is de samenwerking tussen betrokken partijen in de regio onvoldoende om ABR goed te kunnen bestrijden. Minister Schippers heeft daarom besloten om regionale zorgnetwerken antibioticaresistentie (RZN ABR) op te richten, op basis van de huidige ROAZ-regio's, om daar verandering in te brengen.

## 'Het probleem staat hoog op onze agenda'

Nicolette Rigter, directeur publieke gezondheid bij de GGD regio Utrecht en stuurgroep voorzitter van het ABR-zorgnetwerk Utrecht: "Het is mijn taak om er samen met de andere leden van de stuurgroep voor te zorgen dat de professionals die in onze regio met ABR te maken hebben, het belang van goed antibioticagebruik en infectiepreventie inzien en de benodigde kennis en kunde hebben. Ik ben er vanuit de GGD bovendien voor verantwoordelijk dat bij grote ongevallen en rampen verschillende organisaties één hulpverleningsketen vormen. Bij ABR is een ketenaanpak ook essentieel en gaat het niet alleen om de bestrijding van uitbraken, die gelukkig zeldzaam zijn, maar ook om preventie.

In 2014 is al gestart met het regionaal BRMO-team Utrecht, een voorloper van het huidige ABR-zorgnetwerk. Daarin werkten we intensief samen met diverse ketenpartners in de aanpak van ABR in de regio. Daarnaast heeft de GGD een wettelijke taak in de bestrijding van uitbraken, verheffingen of incidenten met een zorgwekkende verspreiding van infectieziekten én resistente micro-organismen. Het is dus zeker iets wat hoog op onze agenda staat."

© Foto: Olga Reukova



Dit betekent concreet dat partijen in het regionale zorgnetwerk Utrecht intensiever gaan samenwerken om te zorgen dat informatieoverdracht volledig is, wanneer een patiënt met een BRMO bijvoorbeeld van een ziekenhuis naar een verpleeghuis gaat en vice versa. Verder gaat het vooral om het verbeteren van infectiepreventie, bevorderen van goed gebruik van antibiotica en deskundigheidsbevordering. De eerste stap is om samen met huisartsen en professionals die werken in ziekenhuizen en ouderenzorg te bekijken hoe dit in de regio Utrecht het best aangepakt kan gaan worden.

### STUURGROEP

De stuurgroep van het ABR-zorgnetwerk Utrecht bestaat uit Nicolette Rigter van GGD regio Utrecht, Hilde Dijkstra van Meander Medisch Centrum, Hiltjo Graafland van LHV Kring Midden-Nederland en Eliane Thewessen van AxionContinu. Daarmee zijn de GGD, ziekenhuizen, huisartsen en verpleeg- en verzorgingshuizen vertegenwoordigd. De voorstellen voor de aanpak in het regionale zorgnetwerk ABR Utrecht zullen in mei aan het ministerie van VWS worden aangeboden. Daarna wordt een startconferentie georganiseerd voor alle betrokken partijen in de regio en kan het regionale zorgnetwerk aan de slag. (PK)

# Met techniek oplossing bedenken voor probleem van de patiënt

Een man komt tijdens het grasmaaien met zijn been in een klepelmaaier en raakt daarbij zijn linkerbeen kwijt. Een vrouw wordt na een frontale aanrijding uit de auto geslingerd en wordt met toenemende onrust en naar later blijkt groot intra-abdominaal letsel naar het ziekenhuis vervoerd. Een man rijdt tijdens een motortocht met lage snelheid tegen een paaltje en loopt daarbij een hoge dwarslaesie op. Over deze bijzondere casuïstiek ging de laatste ketenavond van 2016.

© Foto: Quido de Valk



Verschillende ongevalsmechanismen, verschillende letsels, maar één gemene deler: alle patiënten worden na behandeling in het ziekenhuis opgenomen in een revalidatiecentrum. Daar moeten ze leren omgaan met de gevolgen van hun ongeval. "Patiënten hebben in eerste instantie hoge verwachtingen als ze in De Hoogstraat komen", vertelt revalidatietechnicus Quido de Valk. "We kunnen niet altijd aan die verwachtingen voldoen." Toch gaan medewerkers van de afdeling revalidatietechniek tot

het uiterste om met behulp van techniek een oplossing te bedenken voor het probleem van de patiënt. "We richten ons op individuele oplossingen", aldus De Valk. "Als iets niet te koop is, kunnen wij het ontwikkelen. Iedere situatie is anders. Er is dus veel behoefte aan individueel aangepaste hulpmiddelen, waarbij we vooral zoeken naar praktische oplossingen."

## AANSLUITEN BIJ DE VRAAG VAN DE PATIËNT

Wat is belangrijk voor de patiënt? Die vraag staat altijd

centraal. De gekozen oplossing hoeft niet ingewikkeld te zijn. "Het kan ook heel eenvoudig zijn, zoals het dikker maken van een handvat." De Valk werkt nauw samen met de patiënt en het behandelteam. "De patiënt zit vaak naast de werkbank terwijl wij een aanpassing maken. Dan kijken we of de aanpassing werkt. Het is essentieel in de revalidatie dat patiënten zelf meedenken en keuzes kunnen maken."

(MvV)

# Nieuwe traumafellows in de regio

**MARLIJN BOOIJ-TROMP** werkt sinds 1 januari als Fellow Traumachirurgie in het Diaconessenhuis. Zij studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Ze volgde de opleiding tot chirurg in het Medisch Centrum Alkmaar en het VUmc. Daarna werkte ze in het UMC Utrecht.

© Foto: Marlijn Booij-Tromp



© Foto: Willem Maarten Bosman



**DR. WILLEM MAARTEN BOSMAN** werkt per 1 januari in het St. Antonius Ziekenhuis. Hij is opgeleid in de regio Leiden en was werkzaam in het Alrijne Ziekenhuis en in het LUMC. In 2011 heeft hij zijn proefschrift over een experimentele behandeling van abdominale aneurysmata met succes verdedigd bij de Universiteit Leiden. Tijdens zijn differentiatie tot traumachirurg heeft hij twee stages gedaan in de VS: in het R Adams Cowley Shock Trauma Centre in Baltimore en in het Massachusetts General Hospital in Boston.

**DR. PAUL VAN KOPEREN** studeerde geneeskunde in Utrecht. Tijdens zijn promotie in het AMC in Amsterdam deed hij onderzoek naar de behandeling van perianale fistels. Zijn opleiding tot traumachirurg heeft hij gedaan in het Gelre Ziekenhuis in Apeldoorn en het AMC. In 2016 heeft hij een jaar als traumachirurg, fellow gewerkt in het Diaconessenhuis in Utrecht. Vanaf 1 januari 2017 werkt hij als traumachirurg, fellow in het UMC Utrecht.

© Foto: UMC Utrecht



© Foto: UMC Utrecht



Na de medicijnenstudie in Leiden is **PATRICK SCHOUWENBERG** opgeleid tot algemeen chirurg met als aandachtsgebied acute chirurgie, prehospital opvang (Notarzt) en chirurgische intensive care in onder andere 's werelds oudste traumacentrum: Bergmannsheil Bochum in Duitsland. In Nederland zal Schouwenberg zich inzetten voor een optimale interdisciplinaire samenwerking tussen de snijdende deelgebieden en de intensive care.

# Visitatie en levelindelingsgesprekken

Een level 1 Traumacentrum heeft specifieke taken zoals het coördineren en onderhouden van een traumazorgnetwerk en traumaregistratie. In de Landelijke Beraadsgroep Traumachirurgie is afgesproken dat de traumacentra elkaar gaan visiteren op deze taken.

Onderdeel van regionale traumasystemen is dat voor iedereen zichtbaar is op welk niveau de ziekenhuizen traumazorg kunnen leveren. Hiertoe gaat het Traumazorgnetwerk Midden-Nederland dit jaar gesprekken voeren met de ziekenhuizen in onze regio over de levelindeling.

# Hogeschool Hoofddocent Acute Zorg

Het Instituut Verpleegkundige Studies (IVS) van Hogeschool Utrecht combineert praktijkgericht onderzoek en nauwe samenwerking met het werkveld.

Met ingang van 1 maart werkt Wietske Blom-Ham bij het IVS als Hogeschool Hoofddocent Acute zorg. In deze nieuwe functie gaat zij zich bezighouden met zaken op het snijvlak van onderwijs, onderzoek en de praktijk binnen de acute zorg. Daarbij is de verbinding tussen deze werkvelden een heel belangrijk aspect. Wetenschappelijke ontwikkelingen worden vertaald richting het werkveld en onderwijs. Wietske combineert haar nieuwe baan met haar werk als verpleegkundige op de afdeling Spoedeisende Hulp.

# Prehospitale triage app

Wanneer een patiënt bij een ongeval betrokken is, beslissen de ambulancemedewerkers naar welk type ziekenhuis de patiënt vervoerd wordt. Deze prehospitale triage is grofweg gebaseerd op drie onderdelen: vitale parameters, zichtbaar letsel en de aard van het ongeval.

Patiënten met ernstig letsel hebben de grootste overlevingskans als zij naar een traumacentrum worden vervoerd. De gevolgen van ondertriage zijn groot: patiënten lopen verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit en een slechtere uitkomst op de lange termijn. Traumachirurg Mark van Heijl en zijn onderzoeksteam beogen de triagemethodiek te verbeteren en hebben een predictiemodel voor het voorspellen van ernstig letsel ontwikkeld en gevalideerd. Het Innovatiefonds Zorgverzekeraars heeft subsidie toegekend om het model te integreren in een app en om het in de praktijk te testen.

# Samenwerking neurologen

Vanaf 1 januari jl. is intra-arteriële trombectomie (IAT) als behandeling voor een acuut herseninfarct opgenomen in de basisverzekering. Regionale samenwerking en goede logistiek zijn belangrijk in het succesvol implementeren en uitvoeren van IAT. Het Strokenetwerk Midden-Nederland speelt hierin een grote rol.

© Foto: Jan Freriks



Jaap Kappelle, neuroloog in het UMC Utrecht en voorzitter van het Strokenetwerk Midden-Nederland: "Bij een IAT haalt de interventieradioloog met een slangetje dat via de lies wordt opgeschoven een stolsel uit de verstopte slagader in de hersenen." Recent wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat deze methode duidelijk meerwaarde heeft ten opzichte van het alleen toedienen van een infuus met een stolsel oplossend middel. Naar schatting 10% van de patiënten met een herseninfarct komt voor IAT in aanmerking. Kappelle: "De behandeling moet plaats kunnen vinden binnen zes uur na de start van de eerste symptomen en de afgesloten slagader moet toegankelijk zijn voor de behandeling. Het is belangrijk dat patiënten met een mogelijk infarct zo snel mogelijk naar een ziekenhuis gebracht worden en dat een CT-scan en bloedvatfoto's gemaakt worden."

In onze regio voeren het UMC Utrecht en het St. Antonius-ziekenhuis de behandeling uit. Zij hebben 24/7 een interventieradioloog en de juiste middelen beschikbaar. Wanneer een ander ziekenhuis een patiënt ontvangt en vaststelt dat het een kandidaat is voor de behandeling, dan wordt deze patiënt overgeplaatst. Met voorrang, want elke minuut telt.

"Hierover hebben we afspraken gemaakt in het Strokenetwerk. Het is ook nodig dat we goed samenwerken met de ambulancevoorzieningen. Het liefst zien wij dat de ambulance wacht na de overdracht van een patiënt in een algemeen ziekenhuis. Als blijkt dat de patiënt overgeplaatst moet worden, dan kan dat direct."

Het doel van het Strokenetwerk is om de zorg voor patiënten met een herseninfarct of hersenbloeding te optimaliseren en stroomlijnen. "We streven ernaar dat we uiteindelijk dezelfde protocollen gebruiken voor dezelfde ziekten." Een belangrijk verbeterpunt is het delen van beelden. Kappelle: "Wanneer we deze digitaal al vooruit kunnen sturen, winnen we waardevolle tijd. In het netwerk bespreken we de mogelijkheden."

Dit jaar gaat een onderzoek van start waar de ambulancezorg bij betrokken is. "Mogelijk is er betere genezing als patiënten met een beroerte al voor ze in het ziekenhuis komen bepaalde medicatie krijgen. We gaan dit samen de ambulancezorg onderzoeken. Ik vind het mooi dat we hierin kunnen samenwerken."

(DvB)

Strokenetwerk Midden-Nederland is een samenwerkingsverband van neurologen tussen 8 ziekenhuizen: St. Antonius Ziekenhuis, Diakonessenhuis, St. Jansdal, Meander Medisch Centrum, Ziekenhuis Rivierenland, Tergooi, UMC Utrecht en Zuwe Hofpoort Ziekenhuis.

# Calamiteitenhospitaal bij ramp of aanslag: van chaos naar orde

De dreiging van rampen heeft altijd bestaan en zal altijd blijven bestaan. De voorbereiding op rampen en grootschalige incidenten is door de jaren heen veranderd. Concentratie van gewonden na een grote ramp of aanslag in het daartoe gespecialiseerd Calamiteitenhospitaal in Utrecht heeft duidelijke voordelen ten opzichte van de traditionele spreiding van slachtoffers over meerdere ziekenhuizen. Deze conclusie trekt Mark Haverkort van het UMC Utrecht in zijn proefschrift waarop hij op 9 november 2016 promoveerde.

© Foto: UMC Utrecht



Het risico van grote incidenten in de Nederlandse maatschappij neemt toe. Daardoor stijgt de noodzaak voorbereid te zijn op de opvang van een plotselinge en chaotische toestroom van patiënten.

## ORDE IN DE CHAOS

“Wij willen in Nederland óók tijdens een noodsituatie aan iedereen de best mogelijke zorg bieden”, zegt arts-onderzoeker Mark Haverkort. “Door de inzet van het Calamiteitenhospitaal als buffer creëren we orde in de chaos en zorgen we ervoor dat de

juiste patiënt op het juiste moment op de juiste plaats terecht komt. Daarnaast zorgt centrale opvang voor continuïteit van de zorg in de regio én faciliteren we een adequate informatievoorziening richting verwanten, overheden, publiek en de media.”

## EXPERTISECENTRUM

Het Calamiteitenhospitaal is al 25 jaar paraat om grote groepen slachtoffers op te vangen. “Vorbereiding toont iedere keer opnieuw uitdagingen en techniek geeft steeds nieuwe mogelijkheden.” Er-

varing en expertise wordt op peil gehouden door continu mensen op te leiden, te trainen en door te oefenen met ketenpartners. “Daarnaast doen we praktijkervaring op door daadwerkelijke openstellingen. En we doen wetenschappelijk onderzoek naar paraatheid in rampenopvang.” Zo heeft het Calamiteitenhospitaal zich ontwikkeld tot een expertisecentrum waar zorginstellingen kennis kunnen halen. “Juist omdat we er dagelijks mee bezig zijn, kunnen we de paraatheid continu optimaliseren.” (MvV)



# 203 variabelen voor militaire traumaregistratie

Tijdens het Battlefield Casualties (BFC)-onderzoek waar kapitein-arts Thijs van Dongen samen met collega's aan werkte, bleek dat het verzamelen van data erg complex en tijdrovend was. Er bestond niet één enkele database met alle benodigde informatie. Daarom besloot hij in kaart te brengen welke data van belang zijn in de traumaregistratie om goed onderzoek te kunnen doen. Het werd een van de kernpunten van zijn proefschrift. Op 16 februari jongstleden promoveerde hij.

© Foto: Ministerie van Defensie



Het BFC-onderzoek ([www.bfcnl.nl](http://www.bfcnl.nl)) is de grootste onderzoeks-evaluatie van de militair-medische keten ten tijde van de Afghanistanmissie. "Alle zieken en gewonden uit Afghanistan zijn in kaart gebracht. Deze gegevens zijn tevens gebruikt om een database te creëren als basis voor onderzoeken. Maar bij het opbouwen van die database liepen we ertegenaan dat de traumaregistratie vaak onvolledig is, versnipperd, en niet eenduidig." Om erachter te komen welke informatie belangrijk is maakte Van Dongen een inventarisatie van tien traumaregistratiesystemen, nationaal en internationaal, militair en civiel. "Omdat we gelukkig relatief weinig gewonden hebben, hebben we ervoor gekozen om dit breder te maken dan de Nederlandse krijgsmacht alleen. Met schaalvergroting heb je meer data ter beschikking en kun je beter onderzoek doen."

Maar dan moet wel iedereen op dezelfde manier registreren. En dat is nu niet het geval. "Het grootste verschil zit in het aantal en type variabelen. Amerikanen hebben meer middelen beschikbaar en loggen ruim 600 variabelen. Waar kleinere landen zoals Nederland alleen noteren of er een traumateam is geactiveerd ja of nee, staat er bij hen ook bij op welk tijdstip dat gebeurde en hoelang de opvang duurde, wie het hoofd van het traumateam was, et cetera. Niet al die informatie is even relevant voor onderzoek. Door het toch allemaal te vragen, loop je het risico dat de database onvolledig wordt omdat mensen geen tijd vinden om hem in te vullen." Op basis van

de overeenkomsten in de tien traumaregistratiesystemen en inzichten van zijn medeauteurs (De Graaf, Huizinga, Champion, Hoencamp en Leenen) heeft Van Dongen een lijst gemaakt van welke variabelen essentieel zijn. Het werden er ruim 200. "Die lijst is niet uitputtend, maar het is een basispakket waarvan wij vinden dat het een goede dataset oplevert."

## KLOPPEND HART

Voor de prehospital fase is belangrijk in het onderzoek en dus ook de registratie, want in die fase kunnen de meeste levens worden gered. "Amerikaans onderzoek heeft aangetoond dat 87 procent van de dodelijke slachtoffers vallen voordat een hospitaal bereikt is", zegt Van Dongen. "Die fase is dus van levensbelang, maar ook het moeilijkst om hier direct te registreren." In een noodsituatie staat het registreren van zaken als de precieze bloeddruk of de zuurstofsaturatie logischerwijs niet hoog op het prioriteitenlijstje. "We hopen dat hierin een slag wordt gemaakt dankzij technologie. Die ontwikkeling gaat gelukkig heel snel. We willen niet dat de registratie het primaire proces verstoort."

Van Dongen gaat verder met zijn carrière, met als doel chirurg te worden bij Defensie. Hij blijft betrokken bij de BFC-groep en het bouwen aan een solide (internationale) database voor traumaregistratie. "Het verbeteren van de zorg voor gewonden bij Defensie gaat me aan het hart, dus zal ik het niet loslaten." (PK)

# TZMN jaarverslag 2016

De waarde van het regionaal organiseren van de verschillende acute zorgketens wordt meer en meer erkend. Dat blijkt uit de activiteiten die in 2016 bij het Traumazorgnetwerk Midden-Nederland en de collega-regio's werden ondergebracht.

Bijvoorbeeld de organisatie van bijeenkomsten ten behoeve van het landelijk Kwaliteitskader Spoedzorg en de vorming van het regionale zorgnetwerk antibioticaresistentie. In ons jaarverslag 2016 valt hier alles over te lezen. (LVS)



## CRISISBEHEERSING EN OTO

# CRM training wordt vervolgd

In 2016 is in opdracht van de focusgroep Verloskunde een pilot van vijf multidisciplinaire Crisis Resource Management (CRM) trainingen uitgevoerd.



© Foto: Nelly Kurver

De CRM training is geëvalueerd. De gebruikte scenario's zijn door de deelnemers als erg positief beoordeeld. Acute zorg, leiderschap en communicatie vormen een mooie synergie tijdens de trainingen. Inhoudelijk valt er nog winst te halen door een betere afstemming met de dagelijkse gang van zaken in een ziekenhuis. Naar aanleiding van de bevindingen van de deelnemers zijn er wat aanpassingen in de scenario's gemaakt. Voor dit jaar zijn in het najaar opnieuw vijf trainingen ingepland.

## CRISISBEHEERSING EN OTO

# Oefening Cybercrime

De digitale gijzeling van het Presbyterian Medical Center (USA) vormde voor het St. Antonius ziekenhuis de aanleiding om dit risico te oefenen.

Speciale aandacht ging bij de oefening uit naar het online digitale nieuwsplatform. Hier werden de deelnemers real-time bestookt met interne en externe berichtgeving over de digitale gijzeling. De impact van de verstoring werd steeds groter door het niet-beschikbaar zijn van onder andere patiëntinformatie en uitval van diverse medische ondersteunende systemen. Een leerpunt was met name het zorgen voor een actueel beeld van de verstoring. Een eyeopener was dat het gevaar van cybercrime ook uit de eigen organisatie kan voortkomen en niet altijd afkomstig hoeft te zijn uit de buitenwereld. (MvN)



© Foto: Mark van Not

# Agenda

## APRIL

**3 april**

Focusgroep Verloskunde, WKZ

**4 april**

HMIMS, Calamiteitenhospitaal

**18 april**

Ketenavond 'Hypothermie'

## MEI

**23 mei**

Focusgroep Crisisbeheersing & OTO, Diakonessenhuis

**30 mei**

Kerngroep ROAZ, UMC Utrecht

## JUNI

**6 juni**

Focusgroep POSH

**7 juni**

Seminar Kennisnetwerk  
Zoönosen Midden-Nederland

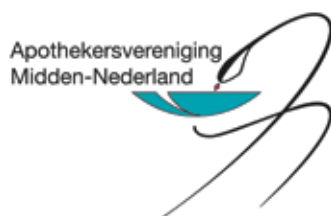
**8 juni**

MRMI, Calamiteitenhospitaal

**27 juni**

ROAZ, UMC Utrecht

## Ketenpartners



## Colofon

### Redactie

Daniëlle van Boxtel

Natasja Rabouw

Lukas van Spengler

### Met medewerking van

Marlijn Booij-Tromp

Willem Maarten Bosman

Mark van Heijl

Paul van Koperen

Petra Kruijt

Mark van Not

Patrick Schouwenberg

Marlène van Vijfeijken

### Ontwerp en opmaak

Multimedia, marketing & communicatie

UMC Utrecht

### Drukwerk

Drukkerij Libertas Pascal

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

HS GHOR PETER BOONSTRA

# “Een beeld hebben van wat jij kunt doen.”

Bij rampen en crises in onze regio staan professionals met verschillende expertises klaar om deze aan te pakken. Peter Boonstra is bijna drie jaar Hoofd Sectie GHOR (HS GHOR) bij de Veiligheidsregio Utrecht. Een HS GHOR vertegenwoordigt en coördineert de geneeskundige hulpverlening tijdens crises. Dit doet hij samen met onder meer de brandweer en politie in het regionaal operationeel team (ROT). Peter: “Samenwerken met alle ketenpartners en verbinding creëren binnen de hulpverlening. Dat is nodig voor de beste aanpak. Daar geloof ik heel sterk in.”

Naast HS GHOR is Peter manager bij de GGD regio Utrecht en eindverantwoordelijk voor de tuberculosebestrijding. “De functies vullen elkaar goed aan. Voor beide ben ik bezig met netwerken, contacten leggen en samenwerken. Met het verschil dat je bij crises te maken krijgt met meer onvoorspelbaarheid en chaotische situaties.” Het werk als HS GHOR bestaat veelal uit oefenen en prepareren. “Ik volg continu wat er gebeurt in de samenleving. Als er ergens een brand is of een infectieziekte uitbreekt, dan maak ik een beeld voor mezelf. Ik bedenk wat dat mogelijk betekent voor ons en hoe ik mijn rol zou pakken als wij er hier mee te maken krijgen. Dit doen we ook met het team van HS GHOR om ons voor te bereiden.”

## FLEXIBEL OPSCHALEN

Het ROT komt bijeen vanaf fase GRIP-2, bij incidenten die duidelijk invloed hebben op de omgeving, met bestuurlijke dilemma's waar advies voor nodig is. In deze fase heeft Peter nog niet hoeven werken. “Toch zijn er incidenten die niet om een volledige opschaling vragen, maar wel om extra coördinatie vanuit enkele expertises. We schalen dan flexibel op.” Zo werd Peter ingeschakeld na een schietincident in een wijk. “Veel omstanders waren getuige van het incident. We bepaalden gezamenlijk de aanpak van de nazorg. En welke partijen, zoals Slachtofferhulp, we moesten inschakelen.” Bij een brand, met een kind als slachtoffer, werd Peter door de commandant ter plaatse gebeld om de situatie te bespreken. “Eén van de vragen hierbij ging over de nazorg voor medewerkers die bij dit heftige incident hulp verleenden. Hoe konden we hen faciliteren en begeleiden?” Soms zijn er acties nodig om mogelijk bijkomende effecten van een crisis te voorkomen.



© Foto: VRU

Zoals bij een grote brand in Nieuwegein. Peter: “Ik werd opgeroepen voor een flexibel ROT. Er werden verschillende scenario's geschetst van wat er kon gebeuren bij het bestrijden van de brand. Eén scenario was dat de wind zou draaien en de rook zou neerslaan. Dat zou effect hebben op het St. Antonius Ziekenhuis. Ik heb dit met het ziekenhuis gecommuniceerd, zodat zij zich op dit risico konden voorbereiden. De wind bleef gunstig. Toch was het goed dat ik het ziekenhuis inlichtte en zij maatregelen konden nemen, voor als de rook wel hun kant op was gekomen.”

## DRIVE

Als HS GHOR werkt Peter in situaties waar het nodig is om in korte tijd afwegingen te maken en besluiten te nemen. Actiegericht en onder druk. “We kijken goed hoe je dat het beste kunt organiseren. En hoe je dat met anderen moet doen.” Daar gaat het volgens Peter om. “Bij elke crisis moet je een beeld hebben van wat jij kunt doen. Dat zie ik sterk terug bij onze hulpdiensten. Of het nou een brandweerman is, een politieagent of een ambulanceverpleegkundige. Zij komen in situaties die zeer onvoorspelbaar zijn, maar ze hebben een goed beeld van wat zij kunnen betekenen. En waar hun grenzen liggen. Of waar hun hulpvraag ligt, zodat anderen hen kunnen bijstaan. Samen betekenen je iets voor anderen. Op momenten dat het erop aan komt. Dat is een omgeving waarin ik graag werk.” Bij crises gaat het soms om leven en dood. Om situaties die impact hebben op mensen. Peter: “Ik vind het van belang om daar iets in te kunnen betekenen. Dat is mijn drive.”

(DvB)