

---

# Een GGZ-professional op de 112-meldkamer: niet eenvoudig, wel de-escalatie van meldingen 'verward gedrag'

---



Bauke Koekkoek  
Alain Kool  
Femke Pijnenburg  
Jan Krol en  
Peter van den Berg

---

## Inleiding

Sinds de politie in 2011 is gestart met het registreren van overlast door 'verwarde personen', is het aantal meldingen in deze categorie (E33) flink toegenomen. Dat zorgt voor druk bij vooral 112 en in mindere mate bij het 'geen spoed'-nummer 0900-8844. Hoewel de oorzaken voor deze toename nogal diffuus zijn (Koekkoek, 2019), is wel duidelijk dat burgers tegenwoordig vooral de politie bellen bij het zien van onbegrepen gedrag. Nader onderzoek laat zien dat gevaar bij lang niet alle meldingen voorliggend is en er heel vaak een sociaal of gezondheidsprobleem is. Hoewel 112-centralisten [1] dit ook beseffen, sturen zij bij gebrek aan een direct beschikbaar alternatief toch vaak de noodhulp - twee agenten in een surveillancewagen - naar de situatie. Zowel de capaciteit van 112 als die van de noodhulp wordt dus zwaar belast. Buiten kantoor tijden is het probleem het grootst omdat andere zorg- en dienstverleners dan niet beschikbaar zijn. Er is dus alle reden om te onderzoeken of de druk op de politie via slim handelen verminderd kan worden.

## Een passende reactie op meldingen

Landelijk wordt er al geruime tijd gediscussieerd over een nationaal meldnummer voor 'verward gedrag', dat door zorgprofessionals moet worden bemenst. Zowel praktisch als inhoudelijk is dit ingewikkeld: in iedere gemeente of regio is de zorg anders georganiseerd - op dit moment zijn er meer dan honderd meldpunten, los van het nationale nummer. Ook suggereert het melden van een situatie bij 'de zorg' dat er direct of structureel iets gaat gebeuren. Maar zowel de organisatie als de capaciteit van de zorg lijken daartoe momenteel niet toereikend. Uit eerder onderzoek weten we dat veel van de 'verwarde personen' al ergens in de zorg 'bekend' zijn. Er is dus niet zozeer behoefte aan een *nieuwe* 'dienst' maar aan integratie van informatie en samenwerking tussen *bestaande* diensten. Omdat vaak heel onduidelijk is wat men in een acute situatie met iemand met verward gedrag aan moet, is een specifieke 'verward gedrag'-centralist op de 112-meldkamer mogelijk een oplossing. Deze kan schakelen tussen de andere centralisten (politie, ambulance en huisartsenpost), de mensen die bellen en (professionals werkzaam bij) zorginstellingen.

[1] Aanvankelijk werd voor deze professional de naam 'triagist' gebruikt, maar in de meldkamer is de term 'centralist' meer bekend en daarom is gedurende de pilot deze term meer in gebruik geraakt.

## Doel en aanpak

Hoewel het eenvoudig lijkt om een zorgprofessional 'op de meldkamer te zetten', is het dat niet. Het samen laten werken van diensten en professionals uit verschillende domeinen is complex. Pragmatische keuzes lijken handig op de korte termijn maar kunnen op de lange termijn leiden tot 'eilandjes' en 'gedoe'. In dit artikel willen we daarom inzicht geven in een aantal afwegingen, ervaringen en resultaten in een pilot - om zo het ontwikkelproces van andere meldpunten te ondersteunen. We maken daarvoor gebruik van data uit het registratiesysteem dat daadwerkelijk wordt gebruikt in het werkproces, aangevuld met observaties (in de meldkamer en tijdens teambesprekingen) en interviews met betrokkenen (centralisten en verwijzers). Hiervoor zijn gegevens uit de periode september 2018 (start) tot eind december 2019 gebruikt.

## De pilot in midden Gelderland

Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden (VGGM) nam het initiatief om een zorgprofessional met ervaring in de acute psychische zorg in te zetten op de 112-meldkamer. Dit is gedaan in samenwerking met politie, huisartsenposten, geestelijke gezondheidszorg en ambulancezorg. Deze samenwerking is later uitgebreid met verslavingszorg, sociale wijkteams, een zorgverzekeraar en cliëntvertegenwoordiging. VGGM omvat zowel de veiligheidsregio als de GGD-regio Gelderland-Midden: grofweg het centrale deel van Gelderland met 15 gemeenten en in totaal ruim 670.000 inwoners. Gebaseerd op het eerdere meldingenpatroon werd het meldpunt in eerste instantie zeven dagen per week tussen 15 en 23 uur bemenst. In de nacht waren er duidelijk minder meldingen en tijdens kantoortijden is de reguliere hulpverlening beschikbaar. In de toekomst worden de openingstijden van het meldpunt mogelijk verruimd: in het weekend ook overdag en alle dagen tot mogelijk 01 uur (i.p.v. 23 uur).

De zogenoemde 'verward gedrag'-centralist zit fysiek in de 112-meldkamer en is direct te bereiken door zowel 'binnen' (centralisten van politie, ambulance en brandweer), als 'buiten' (huisartsenpost en een aantal geregistreerde verwijzers) maar niet rechtstreeks door melders of mensen met verward gedrag zelf. De centralist beschikt over een elektronisch systeem waarin hij/zij een aantal gegevens over de beller, de situatie en de afhandeling ervan noteert - en waarin eerdere meldpuntcontacten kunnen worden teruggevonden. De centralist heeft ook inzicht in een eventueel dossier bij de regionale GGZ-instelling, en kan bij de huisartsenpost, verslavingszorg, OGGZ en politie om meer achtergrondinformatie vragen. Zo kan dus achterhaald worden of de persoon mogelijk in zorg is, en of er mogelijk binnenkort een afspraak met een vaste, eigen hulpverlener gepland staat.

---

### Box 1: Het werkproces in detail

De centralist neemt de telefoon aan en:

1. vraagt via welke organisatie de melding binnen komt.
2. vraagt welke persoon de melding doet bij die organisatie
3. noteert gegevens cliënt
  1. inhoudelijke informatie: aard van de melding; klachten/gedrag; vraag/verzoek van de melder; tijdsbestek waarin er volgens de organisatie iets moet gebeuren
4. noteert wanneer cliënt bekend is: zorgcontext
5. neemt het telefonisch gesprek met de melder/cliënt over bij een hoge urgentie
6. noteert het telefoonnummer van de melder/cliënt en geeft de bellende organisatie aan dat de melder/cliënt teruggebeld zal worden
7. maakt een noodzakelijkheidsafweging voor het verzamelen van aanvullende informatie
8. vraagt indien mogelijk altijd toestemming/instemming aan de patiënt voor het verzamelen van aanvullende informatie
9. gaat in gesprek met cliënt

10. vult na afloop een veiligheidsscore (Brøset) [2] en een urgentiescore (GGZ-triagewijzer) [3] in
11. komt tot een verwijzing/advies (ca. 15 mogelijkheden, afhankelijk van urgentie en aard)
12. doet bij acute verwijzing naar anderen (bv. crisisdienst, Spoedeisende Hulp [SEH] of politie) een directe overdracht
13. informeert bij een niet-acute verwijzing eventuele andere betrokkenen via mail
14. registreert alle eigen acties in informatiesysteem meldpunt

[2] De Brøset Violence Checklist is een instrument om het risico op agressie en geweld in te schatten

[3] De urgentiescore (en reactietijd) lopen als volgt: U1 (max. 15 minuten), U2 (max. 1 uur), U3 (max. 4 uur), U4 (max. 24 uur) en U5 (max. 3 dagen)

#### Box 2: De centralist

Het team van het meldpunt bestaat uit mensen met ervaring in de geestelijke gezondheidszorg. In eerste instantie is gekozen voor sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, in een later stadium van de pilot is dit verruimd. Op dit moment bestaat het team deels uit SPV-en van de crisisdienst van de regionale GGZ-instelling, die de functie van centralist hebben naast hun functie in de crisisdienst. Een ander deel heeft elders ervaring opgedaan en werkt helemaal of ook deels voor het meldpunt. Aanvankelijk waren de centralisten in dienst van VGGM, ondertussen vallen zij en het meldpunt organisatorisch onder de grote regionale GGZ-aanbieder (Pro Persona).

Tabel 1: meldingen in periode 17-9-2018 t/m 31-12-2019

Meldingen algemeen	Aantal	% (aantal)
aantal meldingen	2585	
gemiddeld aantal meldingen per maand	167	
Mensen achter meldingen		
aantal unieke personen	1780	
één melding		83%
twee of meer meldingen		17%
Patroon meldingen over tijd		
gemiddeld aantal meldingen per dienst	6	
gemiddeld aantal telefoongesprekken per dienst	28	
Tijdstip van meldingen		
tijdens kantooruren (15-17)		13%
buiten kantooruren (17-23)		85%
buiten openingstijden (23-15)		2%

Instroom van meldingen	Aantal	% (aantal)
Huisartsenpost (HAP)		56%
Politie		25%
Ambulance		7%
Anders		12%
Cliënt bekend in GGZ		
In behandeling	1019	62%
Niet in behandeling	529	32%
Onbekend	104	6%
Uitstroom van meldingen		
Crisisdienst	1008	39%
Terugverwijzing eigen zorgverlener	467	18%
Zelfzorgadvies	270	14%
Huisartsenzorg	153	9%
Advies aan professional	92	6%
Overig	57	3%
Politie	42	2%
SEH	32	2%

#### De meldingen: instroom en uitstroom

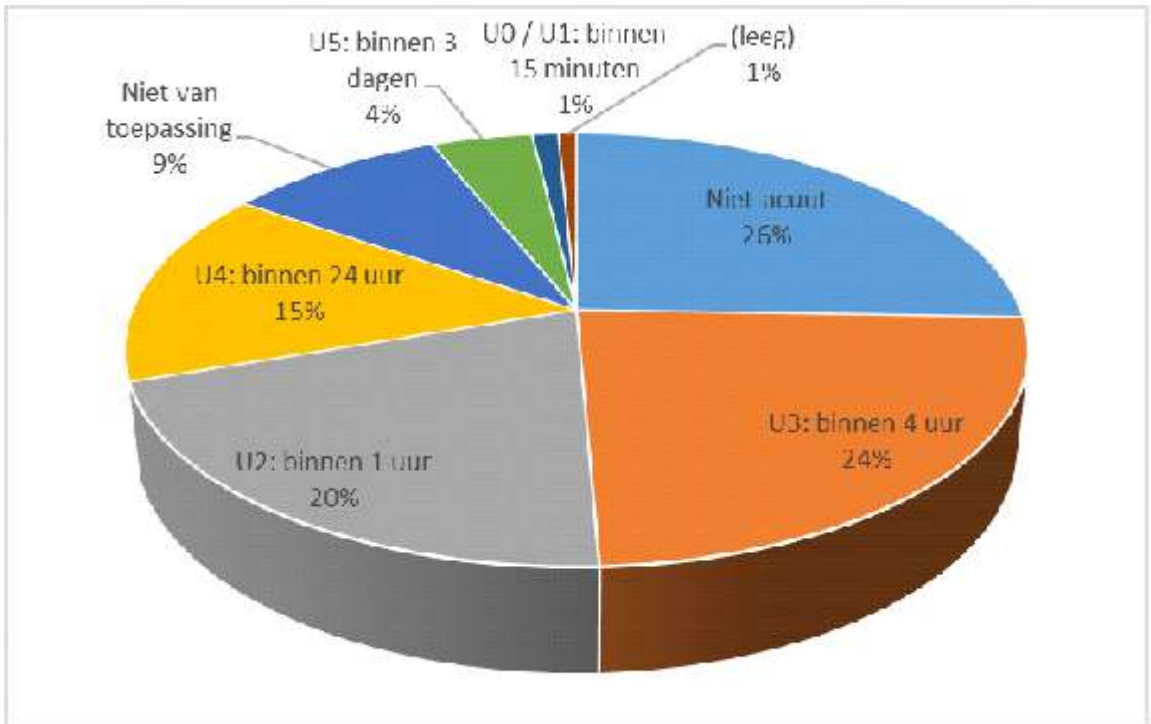
Vooral buiten kantooruren wordt het meldpunt gebeld, iets vaker (87%) dan op basis van de openingsuren verwacht zou mogen worden (75%). De meldingen zijn evenredig verspreid over de weekdays, in het weekend is het iets drukker. Suïcidaliteit (29,5%) is veruit de meest voorkomende reden voor contact, gevolgd door: achterdochtig of vreemd gedrag (13,9%), drugs of alcoholgebruik (12,1%), angst of paniek (8,8%), agressie (7,7%), somberheid of wanhoop (7,4%) en een grote categorie 'anders' (20,6%). Onder die laatste categorie valt van alles van meldingen van uitputting in iemands omgeving tot vergeten medicatie.

De meest voorkomende verwijzer is de HAP (56%). Het grootste deel van de aangemelde mensen is actueel in behandeling bij de GGZ (61%). Van de meldingen door de politie (25%) komt slechts 8% bij hen terug, van de meldingen van de ambulance-centralisten komt er geen een terug. Duidelijk is daarmee dat het meldpunt in ieder geval voorziet in het verlagen van de druk op de capaciteit van de nooddiensten/centralisten. Meldingen van de HAP komen twee keer vaker (16%) terug bij hen.

Respons op meldingen door professionals: de aard van het werk van de centralist  
Uit tabel 1 blijkt dat er veel verschillende meldingen en vragen bij de centralist terecht komen, en dat diens respons ook divers is. Gedurende de pilot werd duidelijk dat zich grofweg twee typen professionals ontwikkelden: de 'centralist pur sang' die vooral schakelt en doorverwijst naar de juiste persoon of dienst, en aan de andere kant de 'centralist/crisisinterventor' die telefonisch al een aantal acties uitvoert, en daardoor mogelijk voorkomt dat er moet worden doorverwezen naar andere diensten of personen.

Dankzij de registratie van de urgentiegraad van een melding, zowel bij binnenkomst, als bij beëindiging van de triage, hebben we enig zicht op of de aanpak van de centralist de melding minder urgent maakt. Ervan uitgaand dat op een melding altijd binnen een kwartier (U1) tot maximaal een uur (U2) moet worden gereageerd, is dat na interventie van de centralist nog maar voor 21% van de meldingen het geval. Nog 24% vraagt binnen vier uur actie, de resterende 55% kan de volgende dag of later worden opgevolgd.

Afbeelding 1: urgentie melding na interventie door centralist verward gedrag



#### Ervaringen van professionals: verwijzers en andere centralisten

Cijfermatig voldoet het meldpunt dus in een behoefte en slaagt het erin om de urgentie van meldingen te verlagen. Of dat ook leidt tot positieve effecten voor burgers konden we in dit project niet nagaan, wel in welke mate het meldpunt leidt tot ontlasting van andere diensten. Uit interviews met centralisten huisartsenpost, politie en ambulance (de grootste verwijzers) blijkt hierin wel verschil te bestaan.

Op de meldkamer zelf heeft het meldpunt vooral te maken met de centralisten van ambulance en politie. Die laatste zijn daarover vrij positief. Over de nabijheid en samen ervoor staan: "sommige dingen kun je ook gewoon helemaal aan hen overlaten. (...) Ik merk heel erg dat je toch, ook dat hangt per persoon af, maar je krijgt toch veel meer inzage in wat zij in godsnaam aan het doen zijn. Want normaal is het alleen een stem aan de telefoon die zegt 'nee, ze is niet gek genoeg'. Dat is heel frustrerend. En nu kan je het er gewoon over hebben, van 'we kunnen het nu niet, want...' en 'we kunnen dit wel'. Daarom vind ik het ook zeker wel een toevoeging, want het is warm contact en ik denk dat dat wel heel belangrijk is." Er is ook gelegenheid van elkaar te leren: "De mensen van het meldpunt hoor je ook praten, dus wat dat betreft leer je daar zeker van. Als je ondersteuning nodig hebt, of als ze een melding om wat voor reden dan ook niet over kunnen pakken, dan overleg je gewoon even." De een is daarin actiever dan de ander: Sommigen komen ook naar je toe om terugkoppeling te geven.

Dat is heel belangrijk voor politiemensen. (...) We horen nooit iets terug en nu wel en dat is heel goed. Ik denk dat dan de bereidheid van de politie om een stapje meer voor hun te doen ook groter wordt. (...) Dan hoor je 'ik heb dit gedaan en dat heb ik allemaal gedaan'. Ik denk dat dat toch een hele hoop onvrede meeneemt. Soms kunnen ze iemand ook gewoon niet opnemen. En andersom ook, als zij denken van waarom gaat de politie niet rijden, dan kan ik je dat precies uitleggen.

De ambulance-centralisten zijn ook positief. Over tijdwinst en samenwerking: "Ja, en dat is een groot voordeel van het meldpunt verward gedrag. Normaal gesproken ben ik met een medische klacht ongeveer 2 minuten bezig en met een verward persoon ben ik misschien wel 10 minuten bezig. Kan ik dus ook geen andere lijnen aannemen. Maar zij zitten nu naast ons, dus die kan ik souffleren, dan kan ik zeggen 'een ogenblikje, ik ga je even iemand anders aan de telefoon geven'. De nabijheid is hierbij weer belangrijk: "we geven de melding door maar soms is het heel handig om elkaar ook heel even te spreken om de kleur van de melding door te geven. (...) De lijntjes zijn kort en zij weten wat de mogelijkheden in de GGZ zijn. Ik weet dat niet. En: Het kan ook zo zijn dat we een melding naar ze doorzetten en dat toch blijkt dat er iets anders gedaan moet worden dan zit je naast elkaar en dan kan je even overleggen van 'hoe kunnen we dit het beste aanvliegen'? Dat is intercollegiaal overleg. Er is waardering voor de deskundigheid: Als ik dan de collega's van het meldpunt verward gedrag zie, die hebben dan, zeker de oud gedienden, die hebben een bult ervaring waar je U tegen zegt. Die zijn vergelijkbaar met hoeveel ervaring ik heb met de medische kant, de ambulancekant.

De centralisten van de HAP, die dus niet fysiek in de meldkamer zitten, moesten wennen aan de nieuwe constructie. Aanvankelijk leek er weinig tijdwinst: "Ik denk het niet want je doet natuurlijk nog steeds de overdracht. Of ik die nou aan de crisisdienst doe of aan het meldpunt, ik denk dat dat qua tijd niet uitmaakt.". Reden daarvoor is dat er sowieso veel uitgevraagd moet worden: "Je kunt niet zeggen 'u heeft verder geen klachten, oké..' Je moet het duidelijk uitvragen met gerichte vragen en bijvoorbeeld ook medicatiegebruik e.d.. Dat maakt dat het gewoon veel tijd nodig heeft.". Anderzijds merken zij dat het meldpunt laagdrempelig te bellen is en snel advies geeft waarmee de assistentes vaak weer verder kunnen. Ook als de centralist wel zelf belt kan het zijn dat de cliënt daarna 'terug komt' bij de assistente en dat de huisarts alsnog moet gaan kijken. Aanvankelijk werd dit als lastig ervaren door de HAP maar na enige tijd is er wederzijds overeenstemming ontstaan over wie wat wanneer doet - en weegt de laagdrempelige consultatiefunctie zwaarder.

## Bespreking

### *Bevindingen uit de pilot*

In cijfers en ervaringen van professionals is de centralist 'verward gedrag' op de 112-meldkamer een succes. De functie is voor velen al niet meer weg te denken. De meest opvallende bevinding is dat het meldpunt meer is dan een 'schakelpunt' - alleen al door de melding aan te nemen (en niet eens per se door te zetten naar anderen) neemt de urgentie van bijna alle meldingen af. Enerzijds wordt daardoor de druk in de gemelde situatie en op de betrokkenen verminderd, anderzijds wordt er minder gebruik gemaakt van de acute capaciteit van vooral politie en ambulance. Zeker wanneer mensen al bij hulpverlening bekend zijn is dit vaak een voordeel. Doordat iemand de cliënt 'kent' kan passender worden gereageerd dan door onbekende professionals die ieder moment weer bij een volgende urgente situatie geroepen kunnen worden. We kunnen met enige voorzichtigheid stellen dat het meldpunt een de-escalerende werking heeft in urgente situaties en leidt tot minder gebruik van de inzet van nooddiensten.

Een tweede positieve bevinding is dat professionals die gebruik maken van het meldpunt minder (tijds)druk ervaren en terloops meer zicht krijgen op de problematiek die schuil gaat achter verward gedrag.

Ook wordt voor hen inzichtelijker wat de (on)mogelijkheden van de zorg zijn om dingen direct op te lossen. Er is hier wel een duidelijk verschil tussen politie en ambulance-centralisten (die naast de meldpunt-centralist zitten) en de HAP-centralisten (die op afstand zitten). Hoe meer men elkaar kent, ziet en hoort, hoe beter de samenwerking, het wederzijds begrip en het leren van elkaar.

### *De rol van de centralist*

Aanvankelijk werden vooral crisisdienst-SPV-en ingezet als centralisten - professionals die gewend zijn om (telefonisch) te interveniëren in acute situaties. De hypothese dat zij vanwege die ervaring vaker de-escalerend zouden werken dan andere centralisten is niet bevestigd. In de loop van de onderzochte periode nam het aantal anders opgeleide/werkzame HBO-professionals toe maar bleef het aantal interventies dat resulteerde in minder urgentie gelijk. Waarschijnlijk heeft het werkproces (zoals beschreven in box 1) op zichzelf al een de-escalerende werking. De keuze in de landelijke richtlijn om hiervoor HBO-professionals met ervaring in de acute psychische zorg (ook telefonisch!) te zoeken, lijkt dan ook goed te verantwoorden.

Ondanks de mooie bevindingen blijkt het werk van de centralist niet eenvoudig: er moeten relatief grote beslissingen genomen worden, zonder dat daarover met een collega (uitgebreid) overlegd kan worden. Voor professionals die gewend zijn in een grote zorgorganisatie te werken met veel hiërarchische overlegstructuren is dit soms wennen, en dat lukt niet iedereen. Zelfstandigheid, doortastendheid, durf en een systemische blik op de gemelde situatie, de mensen daarin en de sociale kaart zijn minimaal benodigde vaardigheden. Voor professionals die gewend zijn bereikbaarheidsdiensten te doen en daarin veel op pad te zijn, kan het minder aantrekkelijk zijn om gedurende acht uur vast op één plek te zitten.

### *Organisatorische inbedding*

In deze pilot werd het meldpunt geïnitieerd en georganiseerd door een organisatie die zowel de GGD als de Veiligheidsregio omvat, waardoor het direct goed gepositioneerd was in de acute zorg- en veiligheidsketen. Door de fysieke locatie in de 112-meldkamer, en daarmee de directe aansluiting bij de nooddiensten, kwamen ook collegiale contacten (elkaar leren kennen op niet-spoed momenten) op gang. Getuige de langere aanlooptijd die de HAP nodig had, is het de vraag of de samenwerking tussen organisaties op dezelfde wijze gelukt was als het meldpunt op een andere locatie had gezeten. De inbedding in meldkamer en GGD/Veiligheidsregio hielp in dit project in ieder geval om een gezamenlijk gevoel van verantwoordelijkheid te doen ontstaan - versterkt door o.a. de rol van de ambulance-centralisten in het regelen van vervoer van mensen met verward gedrag. Of die gezamenlijkheid behouden blijft nu het meldpunt exclusief onder een uitvoerende zorginstelling valt, zal de toekomst uitwijzen.

### *Bredere context*

Maatschappelijk is er een duidelijke roep om meer (snel beschikbare) expertise bij 'verward' of onbegrepen gedrag. Lang niet altijd is duidelijk of dat gedrag inderdaad 'psychisch' is, of een andere achtergrond heeft, of dat er van alles door elkaar loopt. In veel gevallen is een brede scope nodig om richting te geven aan acute vragen van politie, huisartsen, ambulancepersoneel en anderen. Vooralsnog lijken professionals in de acute psychiatrie die scope het meest te hebben. Mede daarom is in de generieke module acute psychiatrie (GMAP; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling, 2017) een aantal veranderingen in de acute keten genoemd, waaronder de introductie van de GGZ triagefunctie zoals hier beschreven. Dat deze functie geld kost spreekt vanzelf, zeker als die 24/7 beschikbaar moet zijn (in plaats van acht uur per dag zoals hier). Vooralsnog is er echter een probleem met de bekostiging van de vernieuwde acute keten, omdat die - niet verrassend en niet alleen door de triagefunctie - een stuk duurder blijkt dan eerder. Hoeveel geld we willen en kunnen uitgeven aan acute zorg is vooral een maatschappelijke vraag.

In een eerdere publicatie over een SPV op de meldkamer werd geconcludeerd dat de inzet niet efficiënt was, waarbij echter niet beschreven is ten opzichte van welke norm of meetlat (Wierdsma et al., 2018). Acute zorg is heel vaak niet of beperkt 'efficiënt' omdat er relatief veel geld wordt uitgegeven aan beschikbaarheid van professionals die niet voortdurend aan het werk zijn - maar de samenleving wel verwacht dat ze er zijn als het wel nodig is.

## Conclusie

Een ketenbreed meld- en adviespunt zoals hier georganiseerd en beschreven kan leiden tot de-escalatie van urgente situaties, reductie van gebruik van acute voorzieningen en tot meer kennis, begrip en samenwerking tussen publieke diensten in moeilijke situaties rond verward gedrag. In de plannen en uitvoering ervan is veel aandacht nodig voor samenwerking, veiligheid, verantwoordelijkheden en verwachtingen tussen betrokken partijen - zomaar iemand ergens 'neerzetten' vanuit één zorginstelling is onverstandig.

---

## Literatuur

- Koekkoek, B. (2019). De kwestie verwarde personen: naar een andere benadering van onbegrepen gedrag. Tiel: LannooCampus.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2017) Generieke module Acute psychiatrie Utrecht. [www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie](http://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie).
- Wierdsma, A., van Strien, Y., den Hollander, P., & Reijssen, A. V. (2018). Komt een 112-melding bij de politie: Triage op de politie-meldkamer bij personen met verward gedrag. Tijdschrift voor Veiligheid, 17(4), 21-33.

## Personalia

- Dr. Bauke Koekkoek is sociaalpsychiatrisch verpleegkundige en epidemioloog, werkzaam in de Arnhemse crisisdienst en als lector Onbegrepen gedrag en Samenleving bij de Hogeschool Arnhem en Nijmegen en Politieacademie.
- Alain Kool is veiligheidskundige en als vakspecialist GHOR werkzaam bij Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden. Eerder voerde hij het hier beschreven project uit en verzamelde daarvoor data.
- Femke Pijnenburg is bedrijfskundige en nu werkzaam bij Pro Persona. Eerder voerde zij het hier beschreven project uit en verzamelde daarvoor data bij de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden.
- Jan Krol is sociaalpsychiatrisch verpleegkundige en werkzaam als centralist 'verward gedrag' op de 112-meldkamer, en als voorwacht in de Arnhemse crisisdienst.
- Peter van den Berg is Physican Assistant en werkt in die functie in een huisartsenpraktijk in Ede. Eerder was hij werkzaam bij de ambulancezorg, adviseerde hierover en was projectleider van het hier beschreven project.