

# Themadag: Zijn hulpverleners en zorginstellingen Brabant voldoende voorbereid op extreem geweld?

Donderdag 20 juni 2019, themabijeenkomst crisisbeheersing & OTO

## Aanleiding themadag

Zorgverleners en zorginstellingen krijgen steeds meer te maken met allerlei vormen van extreem geweld. Dit extreme geweld kan veroorzaakt worden door mensen met verward gedrag, door mensen met extremistische standpunten of door gewelddadigheden met een terroristisch motief. Zorgverleners op straat en in zorginstellingen moeten zich bewust zijn van deze toenemende dreiging en zich adequaat hierop voorbereiden. Met de vorige themadag nog in onze gedachten en de toenemende mate van risico's en verhoogde dreigingsbeeld, is er reden genoeg om de schijnwerpers op dit onderwerp te richten. Hoe moet men zich bijvoorbeeld voorbereiden op incidenten zoals in Parijs of Utrecht en zijn zorginstellingen targets voor extreem geweld? Diverse sprekers zijn bereid gevonden om hier verder op in te gaan.

## Presentaties

### Presentatie 1 Is de Brabantse acute zorg voorbereid op een terroristische aanslag? (Mark van den Baar)

Voordat Mark met zijn presentatie begint, vraagt hij of er een vrijwilliger in de zaal is. De vrijwilliger die zich aanmeldt doet een jas aan met een filter bus en moet aangeven wanneer zij problemen ondervindt.

Mark is militair chirurg het MMC en neemt ons mee om de volgende vraag te beantwoorden: "Is Brabant nu voorbereid op een terroristische aanslag?" Volgens Mark moet dit uit elkaar worden getrokken; is het ziekenhuis als organisatie voorbereid op een terroristische aanslag en is het personeel van het ziekenhuis voorbereid op een terroristische aanslag? Mark geeft aan dat het bij de ziekenhuizen niet slecht geregeld is. Denk hierbij aan de voorbereidingen prehospital, het ZiROP en het personeel is veerkrachtig. Toch is er ruimte voor verbetering. Zo zijn er de bekende communicatieproblemen bij ZiROP oefeningen en mogelijke knelpunten op het gebied van decontaminatie van patiënten.

De juiste kennis van de tweede lijn is aanwezig, maar de uitvoering vormt soms nog een probleem bij het decontamineren. Zo zijn er decontaminatiepakken beschikbaar in een aantal ziekenhuizen, maar het is moeilijk om de werkzaamheden lang vol te houden in deze pakken. Dit blijkt wel bij de vrijwilliger, die in de zaal aanwezig was met een jas en filterbus. Kort nadat de presentatie is begonnen, geeft zij aan dat het ademen lastiger begint te worden en dat zij het erg warm krijgt. We hebben dus nagedacht over hoe we patiënten kunnen decontamineren, maar niet goed op lange termijn. Men moet verder gaan nadenken of we zaken moeten veranderen, wat kunnen we verbeteren, hoe gaan we met patiënten omgaan die niet luisteren etc. Hulpverleners willen graag helpen, maar moeten niet vergeten goed aan henzelf te denken. Zonder hulpverleners kunnen mensen ook niet geholpen worden.

De eerste stap is om meer awareness te creëren over hoe we zaken anders zouden kunnen organiseren. Zo spreekt Mark over internationale trainingssessies die specifiek voor ziekenhuizen zijn opgezet met als thema terroristische aanslagen. Niet iedereen hoeft getraind te worden, maar zorg ervoor dat de juiste functionarissen worden opgeleid.

Mark vervolgt zijn presentatie waar CBRN-aanvallen kunnen plaatsvinden: kwetsbare gebieden, treinstations, vliegvelden, concertzalen, voetbalstadions, maar ook ziekenhuizen. Diverse voorbeelden van CBRN aanvallen worden besproken, zoals de SARIN aanslag in Tokio, de aanval met mosterdgas in Irak-Iran. Ook wordt aangegeven dat de kennis van behandeling van schot- en blastwonden naar een hoger niveau kan worden getild.

Dus, is de Brabantse acute zorg voorbereid op een terroristische aanslag? Mark geeft aan dat, ondanks alle voorbereidingen, ziekenhuizen niet goed zijn voorbereid. Indien zich een incident voordoet, proberen we dit in zo goed mogelijke banen te leiden, maar er is ruimte voor verbetering. Hier moeten we met ons allen goed over nadenken. Het is een kwestie van tijd voordat er een CBRN aanval Nederland

treft. Tevens moet er beter worden geleerd en conclusies worden verbonden aan knelpunten die naar voren komen (denk bijvoorbeeld aan communicatie).

### **Presentatie 2 Vormen van extreem geweld en risicoanalyse Brabant (spreker AIVD)**

De kerntaak van de AIVD en de MIVD is het in kaart brengen van het dreigingsbeeld in Nederland. Maar welke informatie heeft de AIVD hiervoor nodig en hoe kan dit gedeeld worden? Hoe groot is de kans op een terroristische aanslag in Nederland en wat gebeurt er allemaal achter de schermen? De AIVD is zowel een inlichtingendienst als een veiligheidsdienst. In andere landen zijn deze diensten juist vaker gescheiden. De AIVD werkt samen met andere organisaties om scenario's op te stellen en hier op te reageren. Tevens wordt gekeken naar aanslagen in andere landen en hoe hier geleerd van kan worden. De actuele dreigingen in Nederland zijn het jihadistische terrorisme, internationale ontwikkelingen, (opkomende) cybersabotage en spionage. Indien er een behoorlijk vermoeden bestaat, moet er gehandeld worden. Dit vermoeden wordt vastgesteld door zoveel mogelijk informatie te verzamelen. Indien van toepassing wordt deze informatie doorgegeven aan opsporingsinstanties.

De AIVD gaat in grote lijnen op de volgende manier ter werk: 1) melding 2) beoordeling 3) exploiteren naar ambtsbericht (met name OM) 4) aanhouding. Meldingen komen over het algemeen van burgers/politie/organisaties. De functie van de wijkagent en zijn netwerk is in Nederland hierbij van grote meerwaarde. Om zicht te krijgen op potentiële aanslagen wordt naar de volgende factoren gekeken: Identiteit, Netwerk, Potentie, Intentie, Doelwitselectie, Aanslagmiddelen, Modus Operandi en tijd/plaats. Maar wat als dit niet vastgesteld kan worden? Moet het signaal dan worden gelaten voor wat het is en hopen op een goede afloop of moet er met het summiere signaal naar de betreffende organisatie worden gegaan? In het voorbeeld van de spreker gaf deze aan dat de AIVD uiteindelijk naar de organisatie is gegaan met het signaal, zodat deze 'passende' maatregelen kon treffen.

Hoe meer inlichtingen er zijn, hoe concreter/voorspelbaarder het scenario is en hoe hoger de dreiging. Belangrijke factoren hierbij zijn intentie en capaciteit. Tevens ging de spreker in op mogelijke aanslagmiddelen (van meest voorkomend naar minst voorkomend): slag of steekwapen, vuurwapen, auto of vrachtwagen in combinatie met een ander wapen, explosief, brandbom. Ook werd de doelwitselectie benoemd (van meest voorkomend naar minst voorkomend): soft targets, politie, militairen, combinatie politie en soft target, anderszins). De AIVD kan aanslagplegers categoriseren in drie groepen. Dit in combinatie met capaciteit/doelwitten en de middelen en gevolgen speelt mee in het bepalen van het dreigingsniveau.

Maar is de gezondheidssector een doelwit voor jihadistische aanslagen? Volgens de spreker is het antwoord nee; niet meer of minder dan willekeurige andere targets in de publieke ruimte. Daarbij moet er wel bijzondere aandacht uitgaan naar CBRN-stoffen in de ziekenhuizen (wie heeft hier toegang toe) en naar jihadistische patiënten (uit een strijdgebied).

### **Presentatie 3 Juridisch kader optreden zorgverleners en beveiligers in buitengewone Omstandigheden (Wilma Duijst)**

Wilma geeft aan dat de volgende belangen meespelen binnen het juridisch kader: de veiligheid van hulpverleners en bevolking, voorkomen van nieuwe aanslagen, beperken van de gevolgen, Informeren bevolking en het Identifieren (dodelijke) slachtoffers. Dit laatste is essentieel en moet uiterst zorgvuldig gebeuren om geen paniek te veroorzaken.

Er zijn vele wetten in Nederland, waaronder de wet rampen en zware ongevallen. Deze wet stelt eenieder verplicht tot het verschaffen van veiligheid technische informatie over: oorsprong, omvang, en gevolgen. Tevens moet er een beschrijving van maatregelen worden verschaft aan de bevolking bij een ramp of crisis. Een andere wet is de wet van de veiligheidsregio's. Het college van Burgemeester & wethouders is belast met de organisatie van: brandweerbijstand, rampenbestrijding en crisisbeheersing, en geneeskundige hulpverlening. De burgemeester heeft hier informatie over nodig, zodat hij/zij de informatie kan doorgeven aan de bevolking en aanwijzingen kan geven. Ook verschaft hij/zij informatie aan personen die betrokken zijn bij rampenbestrijding/crisisbeheersing op het gebied van: informatie over ramp/crisis, risico's voor de gezondheid, voorzorgsmaatregelen hulpverleners en informatie zodat de hulpverleners in staat zijn op adequate wijze uitvoering te geven aan hun taken. De veiligheidsregio

kan deze informatie gebruiken bij de coördinatie. De informatie aan de bevolking kan echter in gedoeerde mate worden verschaft in het belang van de staatsveiligheid. Staatsveiligheidsbelang staat dan boven aan. Hulpverleners moeten snel en adequaat informatie met elkaar delen, zodat zij hun taak goed kunnen uitvoeren. Wanneer een noodtoestand wordt uitgeroepen, kan dit de grondrechten beperken (Vrijheid van godsdienst, Vrijheid van meningsuiting, Vrijheid van verenigen/vergaderen/betogen, Huisrecht en Briefgeheim).

De minister van Defensie kan de noodtoestand uitroepen. Hierbij kan van iedereen informatie worden gevraagd of gevorderd worden. Tijdens een noodtoestand hebben zorgverleners nog steeds het beroepsgeheim. Hetzelfde geldt voor informatie uit dossiers. Zo spreekt Wilma ook over daders en dat het evenwicht verschuift; psychiatrie en misdrijf, misdrijf en psychiatrie en verschoningsrecht. Hier kunnen hulpverleners zich op beroepen. Voorbeelden worden aangehaald waarbij het beroepsgeheim in het geding komt, denk hierbij aan Tristan van der V. die God wilde straffen door mensen pijn te doen.

Maar wat als een dader in beeld zou zijn? Blijven we ons dan beroepen op het beroepsgeheim of verschoningsrecht? De zorg moeten we natuurlijk toegankelijk houden, maar wat als het uit de hand dreigt te lopen, willen we dan dat het recht op geheimhouding slagvaardig optreden in de weg staat?

Wanneer er slachtoffers zijn, zijn er een aantal kernvragen die men moet stellen: Wie was aanwezig? Wie heeft het overleefd? Wie is er dood? Zoals al eerder is aangegeven, is het identificeren van slachtoffers essentieel. Identificatie van overledenen/niet aanspreekbare patiënten kan op de volgende manier worden gedaan: Info van vóór incident (duidelijk gezien/van melders), Info na incident (van hulpverleners) en door het checken, samenwerken en informatie te combineren.

Medische hulpverleners beschouwen identificatie dus als een zwaarwegend belang (reden om beroepsgeheim te verbreken) samenwerking is essentieel bij de identificatie. Het kernwoord hierbij is informatie. Het beroepsgeheim staat wel boven iemands burgerplicht. Wel kan er sprake zijn van conflict van plichten. Wilma ziet ook een verschuiving van maatschappelijk druk, met name door dreigingen (terroristische aanslag of einzelgänger) en een hoop discussie. Dit heeft uiteindelijk gezorgd voor wettelijke aanpassingen. Denk aan verschaffen van informatie aan hulpverleners om de mentale gesteldheid van een dader in te kunnen schatten. Delen van informatie met politie (met convenanten). Dus, de hulpverlener heeft een beroepsgeheim, maar er zijn uitzonderingen: 1) wettelijke plicht 2) toestemming patiënt 3) conflict van plichten. Als dit laatste het geval is, dan moet de politie ook informatie verschaffen en moet worden ingeschat of de veiligheid in het geding is.

#### **Presentatie 4 (Harold Veen) Hoe kan de veiligheid van hulpverleners op straat worden geoptimaliseerd?**

Harold begint zijn presentatie door drie foto's te laten zien van patiënten die nog een wapen in hun lichaam hebben (mortier/raket/kogel). De zaal wordt gevraagd na te denken welke het gevaarlijkste is om te behandelen. In principe kan iedereen naar binnen lopen in een ziekenhuis. Wanneer er een aanslag wordt gepleegd, wie houdt dan de hulpverleners veilig? "Wat voor maatregelen gaan we nu nemen om als ziekenhuis veilig te zijn?"

Geweld gaat samen met de middelen die aanwezig zijn. Hoe meer wapens er zijn, hoe meer en intensiever deze kunnen worden gebruikt. In NL zijn we nog enigszins gespaard gebleven met terreuraanvallen. Geweldsincidenten met terroristische achtergrond zijn zeldzaam als je dit vergelijkt met bijvoorbeeld dodelijke incidenten in het verkeer.

In Nederland is men momenteel bezig met het organiseren van teams met speciale trainingen voor incidenten waar meer risico's aan vast zitten om slachtoffers te kunnen helpen. Volgens Harold geldt namelijk dat: "Medische instellingen wel een target zijn" en dat de "triage bemoeilijkt kan worden". De spreker weet dan ook te vertellen dat het WHO binnenkort een nieuw systeem gaat introduceren.

Daarnaast geeft hij aan dat blasts moeilijke uitdagingen zijn voor arts en slachtoffer. "Dit zijn technisch ook echt moeilijke patiënten." Ook moet er meer CBRN awareness komen, omdat dit voor de hulpverlening moeilijke slachtoffers zijn. Het blijft dus belangrijk om CBRN te blijven oefenen, al zal je nooit helemaal voorbereid kunnen zijn. Het zou dus nuttig zijn om cursussen aan hulpverleners te geven hoe wapens werken en hoe hiermee om te gaan.

Harold benoemt daarna een ethisch dilemma; moeten slachtoffers namelijk voor daders worden

behandeld? Maar wie is nu de dader en wie is slachtoffer? Harold geeft aan dat medici zijn medici zijn en geen rechters. "We behandelen op basis van medische prioriteit. Als emoties zouden meespelen, zouden uitkomsten veelal anders zijn." Al met al, veilige hulpverlening gaat dus om: securing acces vs lockdown (beveiliging van de ziekenhuizen, maar het moet nog wel werkbaar zijn), patient and public sanitisation, securing mortuary, embedding ordance. En wat doe je nu met patiënten met wapentuig in het lichaam? Expertise inwinnen van wapendeskundige en niet aankomen voordat het wapentuig is verwijderd. Daarna sluit Harold de presentatie af met: "It's about the victims, not about us" Het is niet fraai, maar als de sleur er inzit of je hebt een vervelende persoon, denk dan even terug aan de patiënt die uw hulp nodig heeft.

### **Presentatie 5 (Pascal Kastelijn) Terrorismegevolgbestrijding vanuit regionaal perspectief (actuele ontwikkelingen)**

Pascal neemt ons in een vogelvlucht mee bij de actuele en regionale ontwikkelingen. Uit onderzoek blijkt dat burgers zich het meest zorgen maken om: 1) Terrorisme 2) Spanningen tussen bevolkingsgroepen. Programma terrorismegevolgbestrijding & extreem geweld is daarom ook opgezet. Doel van dit programma richt zich op: bijzondere aspecten, verantwoordelijkheid reguliere lijnorganisatie, afstemming binnen de keten, eenduidigheid mono/multi in Brabant. Het programma is echter niet eindverantwoordelijk, dat blijven de instanties zelf.

Een van de ontwikkelingen betreffen de Incident respons teams in Brabant. De IRT geeft onder andere op de volgende terreinen gespecialiseerde respons: 1) Infectie A ziekte, 2) CBRN incidenten (warme zone). Dit IRT team wordt geschoold en uitgerust met benodigde materialen. Een uitdaging (en discussiepunt) hierin ligt in het dragen van extra beschermingsmiddelen. De verschillende veiligheidsregio's gaan hier elk anders mee om.

Dus zijn hulpverleners en Zorginstellingen in Brabant voldoende voorbereid op extreem geweld? We weten elkaar heel snel te vinden en geven elkaar informatie. We oefenen met elkaar en leren van elkaar. We kunnen alleen maar beter worden. Het is belangrijk om verwachtingen uit te spreken, loop scenario's met elkaar door en in geval van knelpunten; spreek deze met elkaar door. "Het is niet erg dat er verschillen zijn, maar het is belangrijk dat we deze van elkaar weten en kunnen duiden."

## Workshops

### **Workshop 1 (Simon Visser) Pre-hospitaal terrorismegevolgbestrijding in hoofdstedelijk risicogebied. Organisatie, materiaal, uitrusting en opleiden**

Naar aanleiding van de aanslagen in Parijs en Brussel moeten ambulancezorgprofessionals en andere functionarissen werkzaam op de spoedeisende hulp zich gericht voorbereiden op hun handelen tijdens terroristische aanslagen. Het gaat hier voornamelijk om het optreden in de zogenaamde 'warme zone'. Wat kunnen we leren van onze Amsterdamse collegae die in een hoog risicovol gebied werkzaam zijn en die hiervoor speciale trainingen in Londen hebben gevolgd?

Simon geeft aan dat sommige zaken overgelaten moeten worden aan specialistische teams. Hij haalt tevens de afkorting 'threat' aan die staat voor: Threat suppression (hot zone), Hemorrhage (hot zone), Rapid evacuation from (hot zone), Assessment by medical providers (warm zone), Transport to care (coldzone). Het is echter niet mogelijk om cirkels te trekken om deze zones. Tijdens een incident zijn samenwerking en communicatie essentieel om een dynamisch beeld te creëren van de situatie. Theorie vs praktijk blijft dus nog lastig, waar ligt bijvoorbeeld de grens van de zones?

Bij de RAV in Amsterdam hebben ze een speciaal S.O.R.T team opgezet (Special Operations Response Team). Dit team is gespecialiseerd (materieel/uitrusting/opleiding) op het gebied van: grote evenementen/terreurgevolgbestrijding/grootschalige geneeskundige bijstand. Het is het eerste team in NL en staat op het punt om te worden uitgeroeld. Het is echter geen zelfstandig team, maar staat onder leiding van OvD-G. Deze besluit wanneer wel of niet de warm-zone wordt betreden. Het S.O.R.T team komt echter niet in de hotzone (wel in de warmzone). De uitrusting wordt ook alleen gedragen wanneer dit nodig is.

De OTO van SORT is intensief. Zij sluiten bijvoorbeeld aan bij het IBT van de politie/DSI. Hier

leren zij onder andere hoe het is om in een vuurlinie te kunnen handelen. Wanneer het mensen teveel wordt (wanneer mensen zich realiseren dat zij echt in een gevaarlijke situatie terecht komen), zijn mensen ook vrij om te stoppen. Technologie en innovatie wordt ook steeds meer gebruikt. Zo heeft de brandweer diverse tools om branden te blussen, maar kunnen dit soort apparaten wellicht ook worden gebruikt om slachtoffers te vervoeren?

De uitgangspunten van het SORT zijn onder andere: 1) Bij extreem geweld moeten er keuzes worden gemaakt. Ze wegen dus af wie het beste hulp kan krijgen en wie de meeste overlevingskans heeft 2) Ze houden zich aan de standaard procedures. Het SALT-principe uit Amerika, wordt gehanteerd, deze bestaat uit een combinatie van snelle triage met essentiële levensreddende handelingen. SALT voldoet tevens aan Hartford consensus. Ook moet er een afweging worden gemaakt waar de hulp de meeste meerwaarde heeft (do the most for the most). Triage in de warme zone is voor de SORT anders dan wanneer zij zich in de cold zone bevinden, dan gaat het normale triage proces in werking.

### **Workshop 2 (Juul Gouweloos) Psychosociale nazorg voor hulpverleners bij ernstige gebeurtenissen**

Na heftige gebeurtenissen hebben hulpverleners de neiging weer snel over te gaan tot de orde van de dag. Hulpverleners kunnen echter zelf ook fysiek en mentaal in de problemen komen. Het is belangrijk hier oog voor te hebben en elkaar goed in de gaten te houden, zeker omdat hulpverleners veelal in teamverband werken. Mocht het misgaan, dan moet professionele hulp worden ingeroepen. Tijdens deze workshop wordt ingegaan wat de organisatie daaraan zelf kan doen en welke expertise daarbij kan worden ingeroepen.

Juul geeft aan dat psychosociale hulpverlening het een erg breed onderwerp is, van preventie tot aan hulp bij de ontwikkeling van gevolgen van schokkende gebeurtenissen. Maar wat verstaan we nu onder schokkende gebeurtenissen en hoe bied je in de eerste fase ondersteuning aan deze mensen en met welke middelen? De definitie van een schokkende gebeurtenis is wanneer het; 1) onverwacht; 2) overweldigend; 3) levensbedreigend; 4) Chaos; 5) gevoel van intense machteloosheid plaatsvindt. Het ervaren van een schokkende gebeurtenis kan dus ook plaatsvinden wanneer de persoon in kwestie een soortgelijke gebeurtenis al eerder heeft meegemaakt. Bijvoorbeeld een reanimatie. Bij de ene reanimatie heeft de persoon in kwestie 'nergens' last van, terwijl de andere reanimatie als een schokkende gebeurtenis kan worden ervaren.

Voorbeelden van schokkende gebeurtenissen zijn agressie of aanrandingen. Dit kan als schokkend worden ervaren, omdat wij als mens een aantal vanzelfsprekendheden hebben (illusies): 1) Voorspelbaar; 2) Beheersbaar; 3) Onkwetsbaar; 4) Rechtvaardig. Door de schokkende gebeurtenis worden deze illusies aangetast en men realiseert zich dat zij kwetsbaar zijn. Bij een PTSS bestaan deze illusies niet meer wordt ook wel gedacht. Vertrouwen in de wereld moet worden hersteld. Soms is het verstandig om als leidinggevende even te wachten met het gesprek met de medewerker. Welke copingstyle gebruikt de medewerker (dit kan verschillen) en nemen de klachten ook daadwerkelijk af?

### **Workshop 3 (Frank Sturmans) Effecten van Chemische-, Biologische-, Radiologische-, Nucleaire-middelen en Explosieven (CBRN-e)**

Weet u wat u moet doen bij verdachte pakketjes? Hoe te handelen bij een bommelding? Welke maatregelen kun/moet je treffen binnen een zorginstelling? Wat zijn adequate (persoonlijke) veiligheidsmaatregelen? Wanneer moet je ontruimen en welke instanties moet je inschakelen voor hulp? Deze en andere vragen beantwoordt een ervaringsdeskundige van de Explosieven Opruimingsdienst Defensie.

Tijdens deze workshop haalt Frank vele casussen aan; verdachte pakketjes, bommeldingen en hoe moet er gehandeld worden wanneer dit soort meldingen komen? Vaak gaat het de daders niet om de bom zelf, maar de secundaire gevolgen hiervan. Wanneer er bijvoorbeeld glasscherven in een bom zitten, dan geeft dit, naast de explosie, nog veel meer schade. Het gevaar van een (bom)melding kan zijn dat hulpverleners zich op een ding gaan focussen, maar er kan gevaar omheen zitten (extra bom in de buurt/tweede dader).

Zo wordt onder andere de Jumbo Groningen casus aangehaald. Bij deze Jumbo vond afpersing

plaats. Toen er een verdachte box werd het advies gegeven om de box vast buiten te zetten. Achteraf bleek dat er TATP in de box zat (springstof). TATP in combinatie met de juiste stoffen maakt een heel krachtig explosief. In de terroristen wereld is er een persoon die het kan bedenken, maken en uitvoeren. Het bedenken en uitvoeren van de plannen wordt echter wel verdeeld over meerdere functionarissen. De leiders die het plan bedenken, zorgen ervoor dat iemand anders het uitvoert, zodat zijn zelf niet gepakt worden en/of gevaar lopen.

In Nederland hebben ook recente CBRN-e incidenten plaatsgevonden. Denk hierbij aan plofkraak, handgranaten of incidenten met wapenopslag. Zo komt het vaak voor dat er handgranaten worden gevonden. De trend ontstaat dat de granaten niet perse zijn bedoeld om te doden, maar om angst op te wekken om iemand te chanteren. Door de toenemende spanningen tussen de twee partijen, kan dit dus uit de hand lopen. We moeten goed voor ogen hebben dat, indien zich een explosie voor de zorginstelling voordoet, hoe dit dan is geregeld. Hoe ga je borgen dat je niemand binnenkrijgt die meelift met een groep mensen die hulp zoeken?

#### **Workshop 4 (Teun van Egmond) Specifieke kenmerken een behandeling van schot-, blast en scherfwonden**

Bij terroristische aanslagen zijn er altijd veel slachtoffers met zeer ernstig letsel. Een goede triage, een snelle afvoer en een deskundige behandeling in daartoe goed geoutilleerde ziekenhuizen kan levens redden. Tijdens deze workshop wordt specifiek ingegaan op de effecten en behandeling van slachtoffers met schot-, blast-, brand en scherfwonden. De lessen uit de recente aanslagen in Parijs en Brussel worden hierin meegenomen.

Wat als je een slachtoffer op de SEH binnenkrijgt met veel open wond(jes)? Het is belangrijk om als hulpverlener goed aan jezelf te denken. Hulpverleners moeten hier dus de juiste maatregelen voor treffen. Er zijn acute en lange termijn gevolgen die kunnen optreden na een aanslag.

In Nederland geldt in principe dat, indien je iets aan je longen hebt, dan ga je naar een ziekenhuis. Hier kan dan professionele zorg worden geboden. In oorlogsgebieden geldt dit echter niet zo. Hier zijn er beperkte middelen waarmee behandeld kan worden, dan moet er echt goed worden gekeken waar de zorg het beste kan worden gelegd (kans op overleving/wat voor zorg is er in dat land). Naast de wonden die men meteen kan zien, kunnen er ook bij een blast inwendige verwondingen zijn (darmen). Bij blast en explosies geldt: 'don't treat the weapon, treat the patient'.

Volgens Teun "bestaan er geen steriele vormen van geweld". Het ontwikkelen van PTSS in dit soort situaties is hierbij dan ook niet ondenkbaar. Wanneer je als team hier aan werkt, dan ligt de eerste prioriteit om de persoon in kwestie in leven te houden. Achteraf doet dit veel met je als mens. Communicatie met collega's is hierbij essentieel en benoem wat goed is gegaan/wat het met je doet/wat in de toekomst beter kan. "We kunnen niet iedereen in leven houden, maar we moeten het zo goed mogelijk doen!" zegt Teun dan ook. Teun wil ons graag de volgende dingen meegeven: 1) Is het veilig, scene and patient and care provider, 2) Threat the wound, not the weapon (core business) (ABCD wordt uitgevoerd), 3) The patient cannot hear you, 4) Blast = injuries and blast (er kan meer spelen dan dat je in eerste instantie denkt), 5) Look for hidden injuries after blast en 6) Resuscitate longe rafter blast.

#### **Workshop 5 (Luc Bije) Hoe kan de veiligheid en weerbaarheid van het personeel binnen zorginstellingen worden verbeterd en welke mogelijkheden kan de organisatie daartoe bieden?**

Zorgcontinuïteit moet worden gewaarborgd, ook onder buitengewone omstandigheden. Welke voorzorgsmaatregelen moeten zorginstellingen nemen om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren in een zo veilig mogelijke omgeving? In het Rijnstate Ziekenhuis is dat een van de speerpunten van het interne veiligheidsbeleid.

Deelnemers van deze workshop werken in groepjes samen en proberen met elkaar te formuleren op welke wijze zij de veiligheid en de weerbaarheid binnen de organisatie kunnen verbeteren, welke thema's zij hierin mee willen meenemen, welke functionarissen zij hiervoor nodig hebben en welke argumenten zij willen gebruiken om dit te onderbouwen kijkend naar tijd/budget/draagvlak). De deelnemers komen uit diverse takken van sport, wat het juist erg interessant maakt om dit soort thema's

met elkaar te spreken. Je moet je ook van binnen wapenen wat incidenten zoals aanslagen of geweld met je kan doen. Het zal en mag geen routine worden.

## Highlights

In Nederland zijn we tot heden gelukkig nog niet echt blootgesteld aan grootschalige incidenten. Dit kan morgen echter veranderen. We zien dus ook dat de klassieke terreurdaden een switch aan het maken zijn naar CBRN-e aanslagen. Een kleine 200 potentiële gevaarlijke personen worden door de AIVD 24/7 in de gaten gehouden, echter is lang niet iedereen op de radar. Agressie richt zich helaas vaak ook op hulpverlening. Aanscherping van planvorming (OTO) is hierbij essentieel. Het is vaak balanceren tussen privacy en veiligheid, maar het kan helpen om de stempel ramp/crisis hierop te zetten. Het is echter lang geleden dat de noodtoestand in Nederland is afgeroepen. Lessons learned worden ook bijna niet geborgd, wie is hier nu verantwoordelijk voor? Regionaal, maar ook nationaal. De nazorg bij dit soort aanslagen zijn ook erg belangrijk, zoals in een van de workshopen is aangehaald. Incidenten kunnen een grote impact hebben op mensen. Al met al een erg inspirerende dag.