

Ed Spoelder

kapitein-ter-zee-arts,
anesthesioloog, MMT-arts
Lifeline 3, Koninklijke Marine,
Radboudumc Nijmegen

dr. Marcel de Leeuw

kapitein-luitenant-ter-zee-arts
reservist, anesthesioloog, MMT-
arts Lifeline 1, Koninklijke Marine,
Amsterdam UMC, locatie VUmc

Antoinette Gelton-Schiebroek

senior beleidsmedewerkster
GHOR, veiligheidsregio Haaglanden

Jeroen van den Berg

teamleider Dienst Speciale
Interventies, Landelijke Eenheid,
Nationale Politie

CATEGORIE 'NIET-OVERLEEFBAAR LETSEL' STELT ZWARE EISEN AAN MEDISCH LEIDERSCHAP

Terroristische aanslag vergt 'oorlogstriage'

Medische hulp na een aanslag vereist een andere aanpak dan de reguliere ambulancezorg. De categorie T4 moet in zo'n geval toegevoegd worden aan de triagesystematiek. Dat betekent: geen energie steken in slachtoffers die niet te redden zijn. Dit vraagt beslissingsbevoegdheid en medisch leiderschap.

Een grootschalig excessief grof geweldsincident gericht tegen willekeurige en argeloze burgers trof in maart van dit jaar de stad Utrecht. Nederland was – naar aanleiding van de recente aanslagen in een aantal Europese landen – al enige tijd voorbereid op een dergelijk incident. De specifieke aard van het letsel, de hoeveelheid slachtoffers en de voortdurende dreiging vragen om een specifieke medische respons.

Sinds januari 2016 wordt bij grote incidenten met veel slachtoffers gewerkt volgens het Grootschalige Geneeskundige Bijstand (GGB)-model.¹ Dit model moet in staat zijn om op een kwalitatief goede manier 250 gewonden te triëren, te stabiliseren, te behandelen/verzorgen en te transporteren voor verdere behandeling. Het scenario is een incident met vooral mechanisch letsel en beschrijft wat betreft de primaire triage alleen T1-, T2- en T3-slachtoffers (zie tabel 1).

Momenteel wordt hard gewerkt aan een revisie van deze leidraad. In onze optiek is het belangrijk onder bepaalde omstandigheden over te gaan op zogenaamde 'oorlogstriage': T4 (niet-overleefbaar letsel) als extra categorie. Dit is zowel een operationeel besluit als een besluit dat wordt genomen op basis van klinische expertise.

Groepsoverleving

Een *mass casualty incident* kenmerkt zich door een acute disbalans in zorgvraag en zorgaanbod. Aanvankelijk bestaat er een direct tekort aan ambulances voor het vervoer van slachtoffers naar ziekenhuizen. Reguliere ambulancezorg richt zich initieel op stabilisatie van een individueel slachtoffer. Tijdens een *mass casualty incident* zal een ambulanceteam moeten kiezen voor 'scoop and run': vaststellen welke slachtoffers, met welke prioriteit, naar welk ziekenhuis vervoerd moeten worden. Dit gebeurt door middel van triage en in goed overleg met betrokken meldkamers. Tijdens een *mass casualty incident* geldt het principe van groeps-

1. CLASSIFICATIE SLACHTOFFERS

T-classificatie (primaire triage)		P-classificatie (secundaire triage)	
	overleden		overleden (RTS 0-2)
T4	niet-overleefbaar letsel		
T3	geen of minimaal letsel	P3	RTS 12
T2	ernstig letsel	P2	RTS 10-11
T1	direct levens- bedreigend letsel	P1	RTS 3-10

Primaire en secundaire triage volgens de T- en de P-classificatie, RTS = revised trauma score

2. REVISED TRAUMA SCORE (RTS)

	Glasgow Coma Scale	systolische bloeddruk	ademhalings- frequentie
4	13-15	> 89 mmHg	10-29/min
3	9-12	76-89 mmHg	>29/min
2	6-8	50-75 mmHg	6-9/min
1	4-5	1-49 mmHg	1-5 min
0	3	0	0

Een patiënt kan op de Glasgow Coma Scale, op systolische bloeddruk en op ademhalingsfrequentie 0, 1, 2, 3 of 4 punten scoren. Het totaal daarvan (0-12) is de revised trauma score (RTS). Hoe lager de score, hoe ernstiger het letsel.



In november werd voor het eerst in Nederland een grootschalige terreuroefening op straat in Amsterdam gehouden.

overleving: hulpverleners kiezen voor de best mogelijke uitkomst van de totale groep slachtoffers en niet die van het individu. In de reguliere situatie zou ieder slachtoffer, hoe zwaar gewond ook, worden vervoerd naar het ziekenhuis. Bij een *mass casualty incident* bestaat dan de kans dat de inzet voor slachtoffers die zo zwaar gewond zijn dat de overlevingskansen gering is, ten koste gaat van slachtoffers van wie de overlevingskansen reëel is.

Classificatiesystemen

Een bijzondere vorm van *mass casualty incident* is een *mass casualty attack*. Dat is een grootschalig grof geweldsincident waarbij een gerichte aanval tegen burgers de aanleiding is voor een plotseling groot aanbod van slachtoffers.

Zo'n *attack* vraagt om een militaire triagesystematiek. In Europa wordt daarvoor het Britse Major Incident Medical Management and Support System het meest toegepast. Binnen dit model worden twee verschillende classificatiesystemen gebruikt (zie tabel 1): primair de Treatment Classificatie (T) – beoordeling op de plek waar de patiënt wordt gevonden – en secundair de Priority Classificatie (P) – beoordeling op de gewondenverzamelplaats. Deze beoordeling berust op de Revised Trauma Score (zie tabel 2). De P-classificatie kent drie categorieën en de T-classificatie vier, waarvan T4 alleen onder oorlogsomstandigheden. De slachtoffers

in deze categorie zijn nog wel in leven, maar hebben niet-overleefbaar letsel met de beperkte beschikbaarheid van middelen. Deze groep is zowel ethisch als emotioneel het meest belastend voor de hulpverleners.²

Oorlogstriage

Binnen het huidige civiele triagesysteem worden T4-slachtoffers niet benoemd, zoals dat onder oorlogsomstandigheden wel het geval is. Binnen de civiele setting zullen in het voorkomende geval T4-slachtoffers dus als T1 worden aangemerkt, waarmee zij de hoogste prioriteit voor zorg krijgen toegekend. Dat is ons inziens ongewenst, omdat deze groep dan zorg onttrekt aan mensen die wel een reële overlevingskans hebben.

Geneeskundige prehospital hulpverlening tijdens een *mass casualty attack* is anders dan een inzet bij een *mass casualty incident*. Onder civiele omstandigheden is de toestand van de patiënt(en)

Zo'n *attack* vraagt om een militaire triagesystematiek

DE HARTFORD CONSENSUS

In 2013 is in de Verenigde Staten de Hartford Consensus geformuleerd door civiele en militaire experts.³ Aanleiding hiervoor was de toename van het aantal massale schietincidenten. Centraal thema is dat niemand mag overlijden als gevolg van een ongecontroleerde bloeding. Het resultaat was een document om de discussie over dit onderwerp te stimuleren, met als ultiem doel het ontwikkelen van een strategie om de overleving van slachtoffers te optimaliseren. De uitgangspunten zijn gericht op survival, een acceptabel risico voor hulpverleners en distributie van slachtoffers.

In navolging van de Hartford Consensus heeft de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) een 'Commander's Intent' ontwikkeld voor de medische hulpverlening bij terrorismegevolgbestrijding. Met behulp van dit model functioneren de verschillende ketenonderdelen van de geneeskundige hulpverlening met behoud van hun individuele verantwoordelijkheden als systeem. De huidige leidraad zoemt alleen in op een mechanisch incident. Bijvoorbeeld een gebouw dat instort, een vliegtuigcrash of een massaal verkeersongeval. Volgens deze leidraad worden ambulances gedirigeerd naar een zogenaamde uitgangstelling (UGS). Daar wordt gewacht op het 'sein veilig', waarna de prehospitalische zorg wordt opgestart.

In het licht van een mogelijk terroristisch incident of *mass casualty attack* is de Hartford Consensus aan verandering onderhevig. Daarbij kantelt de modus operandi van afwachtend naar meer directe betrokkenheid in het incident. Ambulancepersoneel en personeel van Mobiel Medische Teams worden tegenwoordig geschoold te handelen volgens het Tactical Emergency Casualty Care-principe (TECC). Dat gaat uit van drie zones: *hot*, *warm* en *cold* die worden gedefinieerd door de politie. Bij '*hot*' blijf je weg. Bij '*warm*' is er sprake van 'relatieve veiligheid' en 'potentiele dreiging' en wordt gesproken van een acceptabel risico. '*Cold*' is veilig. In het kader van TECC leren verpleegkundigen om alleen te doen wat direct levensreddend is: primaire triage van de slachtoffers, het stelpen van catastrofale extremiteitsbloedingen, het vrijhouden of vrijmaken van de luchtweg en het ontlasten van een spanningspneumothorax. Daarna is het wegwezen, naar de *cold* zone.

meestal leidend. Als er sprake is van dreiging wordt de situatie leidend. De hulpverlener moet dan keuzes maken qua triage en interventies, met als intentie: *do the most, for the most*. We noemen dit tactische geneeskunde (zie kader 'De Hartford Consensus'). Ook onder militaire omstandigheden geldt het principe van groepsoverleving. Bij T4-slachtoffers wordt actief afgezien van medische interventie, omdat deze onder de gegeven omstandigheden zinloos is.

Een uniform beschreven en gedragen, vastgestelde werkwijze maakt het mogelijk om hulpverleners te steunen als zij bij een *mass casualty attack* noodgedwongen deze strategie aanwenden ten behoeve van de groepsoverleving. In situaties die vragen om het toepassen van oorlogstriage, raakt het coördinatievraagstuk de zorginhoudelijke beoordeling door de Mobiel Medische Teams. Zowel de GHOR-verantwoordelijke (officier van dienst geneeskundig; OvD-G) als de MMT-arts hebben informatie die bijdraagt aan de afweging van het gebruik van oorlogstriage: kennis over de situatie van het slachtoffer, de aard van het letsel, de mogelijkheden om ter plaatse te stabiliseren, beschikbaarheid van ambulancecapaciteit, vervoerstijd naar een ziekenhuis en de beschikbare expertise in het ontvangende ziekenhuis. Tijdens grootschalige geneeskundige bijstand (GGB) wordt de operationele leiding van de geneeskundige kolom ingevuld door een officier van dienst geneeskundig. Deze is verantwoordelijk voor de communicatie met de brandweer, politie en de bevolkingszorg. Voorts is deze functionaris de link naar de Meldkamer Ambulancezorg. De MMT-arts daarentegen is verantwoordelijk voor de uitvoerende medische zorg ter plaatse. Hij stemt zijn bevindingen nauw af met de OvD-G. En hij geeft sturing en ondersteuning van de zorg aan de ambulancehulpverleners. De OvD-G is tijdens een incident operationeel leider en de MMT-arts inhoudelijk medisch leider. Het benoemen van T4-slachtoffers is daarmee een gezamenlijk gedragen besluit. En gezamenlijk maakt men een plan van aanpak om de slachtoffers te vervoeren en te verdelen over de ziekenhuizen. Indien oorlogstriage vereist is, stelt dit voorname eisen aan de samenwerking tussen de GHOR-verantwoordelijke en de arts van het Mobiel Medische Team en aan het medisch leiderschap.

Het is de vraag of de invoering van oorlogstriage toepasbaar is in Nederland en of er voldoende draagvlak is voor deze strategie. De landelijk verantwoordelijke organisatie (GGD-GHOR Nederland) heeft de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio Haaglanden (GHOR Haaglanden) daarom gevraagd nader onderzoek te doen naar de haalbaarheid van de voorgestelde werkwijze in Nederland. Besluitvorming hierover wordt op korte termijn verwacht. ■

contact

ed.spoelder@radboudumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.