

GOEDE AFSTEMMING NODIG TUSSEN ZORGPROFESSIONALS EN VEILIGHEIDSPERSONEEL

Medische zorg bij een aanslag: wat kan beter?

Bij een aanslag of andere crisissituatie zijn veiligheidsprofessionals vaak degenen die de eerste medische zorg verlenen. Maar wat is de beste én tegelijk haalbare zorg op zo'n moment? Een pleidooi voor duidelijkheid en goede afstemming.



FREEK VAN DEN BERGH/ANP PHOTO

De tweede Golfoorlog (1990) bracht het besef binnen het Amerikaanse leger dat prehospital, medische zorgverlening in niet-veilige omstandigheden een andere benadering vraagt dan de reguliere prehospital medische zorg. Het werd duidelijk dat de op civiele doctrines gebaseerde zorg geen rekening hield met de beperkingen die het slagveld in dat opzicht met zich meebrengt. Dat leidde in 1996 binnen de Amerikaanse defensie tot de introductie van een nieuwe doctrine, genaamd *Tactical Combat Casualty Care* (TCCC), die goede medische zorg in niet-veilige situaties combineert met adequaat tactisch optreden.

In de afgelopen decennia vond deze TCCC-doctrine (en een aantal varianten daarop) zijn weg, aanvankelijk vooral binnen de militaire wereld, maar later ook in de civiele maatschappij. In al die jaren kwam steeds dezelfde cruciale vraag bovendrijven: wie bepaalt de inhoud en kwaliteit van medisch handelen in niet-veilige situaties? Onduidelijkheid over die vraag leidt tot op de dag van vandaag tot een gebrek aan afstemming, begrip, samenwerking en passende opleidingen. Wij hopen met dit artikel een vruchtbare discussie te starten, die uiteindelijk zal leiden tot duidelijkheid en optimale zorg voor gewonden in een niet-veilige omgeving, zowel militair als civiel.

Referentiekaders

Later kwam er ook in Nederland aandacht voor de unieke aspecten van medische zorgverlening in gevaarlijke of risicovolle omstandigheden. Dit begon militair vanaf 2004 en breidde zich langzaam uit naar civiele instanties zoals brandweer, politie, beveiligingsdiensten en ook burgers. Veel mensen zijn tegenwoordig bekend met het beeld van politieagenten, arrestatieteams, brandweer, marechaussee en andere veiligheidsprofessionals die rondlopen met een beentas met daarin geavanceerde medische materialen, zoals hemostatische verbanden en tourniquets.

In niet-veilige situaties is multitasken een illusie

Er bestaat echter ook in ons land nog veel onduidelijkheid over de vraag die het TCCC-comité al lang geleden stelde en die wij hier voor de civiele setting vrij vertalen met: wie heeft zeggenschap over de inhoud van de medische, acute hulpverlening in risicovolle situaties? Deze vraag geeft het probleem weer dat de militair in het veld én de medisch professional zich beiden primair verantwoordelijk voelen voor de inhoud en kwaliteit van zorg, maar daar elk een andere kijk op hebben vanuit hun eigen referentiekaders. Onderstaande casus, waargebeurd en representatief, illustreert dat goed.

TOURNIQUET OMLEGGEN

Een medic (een militair met een geneeskundige taak) praat met een civiel werkende arts over de (on)mogelijkheden die een arrestatieteam heeft als bij een inval in een pand geschoten wordt en de voorste man wordt geraakt. 'Direct een tourniquet omleggen', zegt de arts. 'Fout', zegt de medic, 'vuurlijn houden en wachten tot je overgenomen wordt.' De medic vraagt de arts wie de tourniquet moet omdoen bij de gewonde. 'Een collega', antwoordt de arts. 'Helaas, die zijn bezig met hun primaire taak', luidt de reactie.

De medic vraagt de arts hoe de tourniquet omgelegd moet worden op het moment dat daar tijd voor is. '7,5 centimeter boven de meest proximale verwonding', zegt de arts, 'lieft op de blote huid.' Waarop de medic vraagt hoe dat moet bij een gewonde met volledige uitrusting. Vervolgens ontstaat er nog een discussie over de vraag hoe ter plekke wordt bepaald of een tourniquet echt wel noodzakelijk is. De arts: 'Inspecteren van de verwonding door de kleding open te knippen en daarnaast te kijken of er sprake is van klassieke hypovolemische shockverschijnselen.' Maar de medic legt uit dat dit in deze niet-veilige omgeving onhaalbaar is en dat de afweging anders wordt gemaakt: namelijk laagdrempelig aanleggen bij twijfel en direct na eliminatie van het gevaar de situatie zo snel mogelijk herbeoordelen.

Complexe taken

Medische zorgverlening in niet-veilige situaties is een zaak van leven of dood.

In eerste instantie is een slachtoffer afhankelijk van zelfzorg en zorg door de omgeving. De tweede schakel van de zorgketen is levensreddend handelen door veiligheidsfunctionarissen, als de uitvoering van hun primaire taak die ruimte biedt en de situatie het toelaat.

Als de situatie ter plekke veilig genoeg is of na (nood)verplaatsing naar veilig gebied, worden de gewonden overgedragen aan medische zorgprofessionals.

Als iemand levensbedreigend gewond raakt in een gevaarlijke situatie, dan zijn twee zaken urgent. Ten eerste het goed taxeren van de risico's ter plaatse en hierop anticiperen of reageren. Ten tweede de noodzaak tot direct levensreddend handelen inschatten en levensreddende handelingen uitvoeren.

Dit zijn beide complexe taken waarbij de factor tijd cruciaal is en waarvoor een goed omgevingsbewustzijn – *situational awareness* – vereist is. Het combineren van twee aandacht vragende taken is complex, omdat per definitie aandacht maar op één plaats kan zijn. Multitasken is hier een illusie.

Zo'n complexe en risicovolle situatie kan verder leiden tot angst en stress bij hulpverleners, wat zowel cognitief als psychomotorisch functioneren negatief kan beïnvloeden. Onvoldoende opleiding en realistische training kan in dit soort situaties snel leiden tot direct levensgevaar, zoals onderstaande casus laat zien.

STEEKWONDEN

Op een markt in een grote stad hoort een man een schreeuw. Als hij opkijkt ziet hij een man insteken op de keel van een liggende vrouw. Hij loopt er schreeuwend op af en de dader loopt weg. De man ziet direct dat de luchtpijp en de halsslagader van de vrouw zijn geraakt. Hij start met het behandelen van de bloeding. Op dat moment komt de aanvaller terug en valt de man aan. Deze probeert hem van zich weg te trappen en de aanvaller verdwijnt weer. De man blijkt in zijn nek gestoken. Zijn vriendin behandelt hem; weer keert de aanvaller terug en steekt de man ditmaal in de rug. Deze beveelt zijn vriendin, die in de arm gestoken is, om weg te rennen en trekt de aandacht van de aanvaller. Hij voelt niets meer in zijn onderlijf op het moment dat de aanvaller opnieuw naar hem toekomt en hem nog twee keer steekt. Dan vlucht de dader en arriveert de ambulance. Er zijn meerdere gewonden. De vrouw die in de keel gestoken werd, blijkt overleden.

Professional ter plaatse

Als er (ernstig) gewonden zijn in niet-veilige situaties, zijn deze niet direct bereikbaar voor medische zorgprofessionals. De eerste professional ter plaatse is meestal een veiligheidsfunctionaris (politie, brandweer, marechaussee), die echter primair belast is met het herstellen van de veiligheid ten tijde van een incident of groot gevaar. Uit zowel militaire als civiele literatuur is duidelijk geworden dat er tijdens het uitvoeren van die primaire taak vaak tijd is en de mogelijkheid bestaat om snel levensreddend te handelen. Daarom willen politie, brandweer en andere veiligheidsprofessionals in staat zijn om, als het met hun primaire taak is te combineren, levensreddend op te treden. Het gaat dan om het snel en 'agressief' stelpen van ernstige bloedingen, het vrijmaken van de ademweg door middel van eenvoudige ademwegmanoeuvres en het voorkomen van onderkoeling. Daarnaast kunnen het aanbrengen van een *chestseal* bij penetrerende borstverwonding, het verrichten van een naaldthoracocentese bij verdenking op een spanningspneumothorax en prioriteren van afvoervolgorde in de 'warm and hot zone' overwogen worden om op te nemen binnen het takenpakket.

Onbegrip

Vaak bestaat er nog onbegrip over het handelen van deze nieuwe groep zorgverleners uit de civiel-medische wereld en dikwijls onderwijzen artsen nog vaardigheden aan deze doelgroep die in de niet-veilige situatie contra-effectief kunnen zijn, zoals cervicale-wervelkolomfixatie.

Dat is verklaarbaar, omdat er nog veel onduidelijkheid en onwetendheid bestaat over elkaars mogelijkheden, beperkingen, protocollen, opleiding en ervaring. Dit kan een efficiënte samenwerking bij de medische zorg voor gewonden in niet-veilige omstandigheden in de weg staan en een negatieve invloed hebben op het zelfvertrouwen van de veiligheidsprofessional met een geneeskundige neventaak.

De kwaliteit van medische zorg in niet-veilige situaties zou



gebaat zijn bij een goede samenwerking tussen medici en veiligheidsprofessionals, waarbij de een aangeeft wat vanuit medisch oogpunt het meest wenselijk is en de ander beoordeelt of dit ingepast kan worden in het optreden en de praktijk van de situatie. Als leidraad kan de borging van de TCCC-doctrine in de VS dienen, waar een comité van medische professionals en veiligheidsprofessionals verantwoordelijk is voor borging van kwaliteit.

De huidige civiele initiatieven die zich bezighouden met medische hulpverlening in niet-veilige situaties richten zich vooral op de medische aspecten en laten het veiligheidsaspect en de invloed van stress op functioneren onderbelicht. Naar onze mening moet de uitvoering van medische zorg in de onveilige omgeving primair in handen van de veiligheidsprofessional liggen en is er in dat kader behoefte aan een civiel erkend medisch takenpakket waarbij de werkwijze en de gebruikte medische materialen afgestemd zijn op het optreden van deze professionals. Medische kwaliteitsbewaking zou daarbij vanuit de overheid gewaarborgd en georganiseerd moeten worden. ■

contact

m.leeflang@tacticalmedicine.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.