

Dreiging en terrorismegevolg- bestrijding in de witte kolom



...EN WAT DOEN WIJ?

Nederland kan maar beter wennen aan terreurdreiging
Terroristische dreiging gaat zeker nog kwart eeuw door

HONDERDVIJFTIG DODEN IN TERREURNACHT
SLACHTING IN PARIJS

stad onttaardt in schietpartij
griep terreur

Islamitische Staat roept op tot aanslag Europa tijdens Ramadan

WIJ HADDEN HET OOK KUNNEN ZIJN...

GROOT ALARM SCHIPHOL

HLNBE
Civiele bescherming: 'Zwaarste interventie die we al in België moesten doen. Nooit zoveel horror gezien'

Verslag van de werkconferentie 29 juni 2016

Colofon

Deze uitgave is gemaakt naar aanleiding van de werkconferentie 'Dreiging en terrorismegevolgbestrijding voor de witte kolom' op 29 juni 2016 in Ridderkerk.

Organisatie en coördinatie:

- Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) Rotterdam-Rijnmond
- Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) Zuid Holland Zuid
- Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) Zeeland

Opdrachtgever: Elly van Kooten – Directeur Publieke Gezondheid Rotterdam-Rijnmond
Gedelegeerde opdrachtgever: Jan van Leeuwen – Hoofd GHOR Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond

Projectgroep:

- Raman Madan Projectleider – Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond
- Monique Scheunemann Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond
- Herman Nieuwenhuis Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond
- Kiki Capello LOCC, Ministerie van V&J
- Dinie de Graaf Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond
- Trudy Spit Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond
- Elsa Tan Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond
- Esther Versteeg Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond
- Maarten Blok Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond
- Chris Dekkers Veiligheidsregio Zuid-Holland Zuid
- Jan Rotte Veiligheidsregio Zeeland

Sprekers uit Brussel:

- Gino Claes (FOD Volksgezondheid)
- Astrid Fortuin (FOD Volksgezondheid)
- Dimitri de Fré (UZ Leuven)
- Tine Gregoor (Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven)
- Alexis Pauwels (Brandweer Brussel)
- Jan Vaes (Ministerie van Defensie)
- Marie-Astrid de Villenfagne (St Pieter Gasthuis)

Tekst en verslag: Karin de Roos (Bureau Schriftelijk)

Foto verslag: Michelle van der Jagt (Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond)

Video verslag: Daniel Bos (Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond)

Cartoon verslag: Floris Oudshoorn (Stripstudio.nl)

Terugblik: <http://vr-rr.nl/over/rc/ghor/werkconferentie/>

Voorwoord

Leren van incidenten en voorbereiden op nieuwe risico's is belangrijk. Terrorisme is een bijzonder actueel risico, dat directe gevolgen heeft voor de gezondheidszorg. Niet alleen Brussel en Parijs, maar ook schietpartijen door zogeheten 'lone wolves', zoals in Alphen aan den Rijn, Noorwegen, Orlando, Istanboel en diverse scholen in Amerika vallen onder deze categorie. Het grote aantal doden en gewonden, angst en onveiligheid zijn aspecten die bij dit type incidenten om een andere voorbereiding en aanpak van de gezondheidszorg vragen.

Risico's en weerbaarheid veranderen

Terrorisme is op zich niet nieuw. Wel is de vorm waarin het plaatsvindt sinds het begin van deze eeuw sterk veranderd. We hebben tegenwoordig helaas te maken met zelfmoordterrorisme. Daarnaast hebben we te maken met veranderingen in onze samenleving, de samenstelling van onze bevolking, de infrastructuur, onze mobiliteit en niet in de laatste plaats met veranderingen in onze weerbaarheid. Met name dit laatste punt heeft gevolgen voor de (acute) geneeskundige hulpverlening.

Werkconferentie terrorismegevolgbestrijding voor de geneeskundige hulpverlening

Het steeds dichterbij naderende risico van terrorisme, de continue druk op de reguliere zorg en de rijzende vragen over de impact van een aanslag op de samenleving en onze sector leidden tot een bijzondere werkconferentie op 29 juni 2016.

De initiatiefnemers uit de Traumaregio Zuid-West Nederland besloten om uit de eerste hand informatie in te winnen bij de collega's uit Brussel. **Wat maakt een aanslag anders en waar moeten wij rekening mee houden?**

Het is dus van groot belang dat we als witte kolom onszelf de vraag stellen "En wat doen wij?"

Het kan overal gebeuren

De experts zijn het met elkaar eens. De diverse aanslagen onderstrepen het. Waar en wanneer een aanslag plaatsvindt, is niet te voorspellen. Wel staat vast dat het anytime en anyplace kan gebeuren. De dagelijkse beelden in de media spreken boekdelen. Toch missen we in Nederland recente eerstehands ervaringen. In de zeventiger en tachtiger jaren werd Nederland nog af en toe geconfronteerd met aanslagen. Gemiddeld twee per jaar naar mij is verteld. De laatste twee met een dodelijke afloop waren in 1990 en 2004. In 1990 kwamen twee Australische toeristen om het leven. In 2004 schrokken we op van de brutale aanslag op Theo van Gogh.

Hard gewerkt

De drie GHOR bureaus en uiteenlopende partners uit de witte kolom hebben tijdens de werkconferentie niet alleen kennis genomen van de ervaringen uit Brussel. Zij zijn ook zelf actief aan de slag gegaan om zich voor te bereiden op een eventuele aanslag. Het bewustzijn dat iedere organisatie zichzelf moet voorbereiden, maar dat dit ook gezamenlijk moet, was groot.

Veel mee naar huis genomen: nog veel te doen

De deelnemers aan de werkconferentie namen op 29 juni veel meer mee naar huis dan de lessen uit Brussel. In dit boekje is de belangrijkste oogst van de dag opgenomen: de gezamenlijke inzichten, een verslag van de presentaties, de geanimeerde zaaldiscussie en de inzichten die de werkgroepen verwierven.

Wat mij betreft blijft het hier niet bij. Ik hoop van harte dat wij met onze ketenpartners na deze dag een stap verder kunnen gaan. De gevolgen van een aanslag voor de witte kolom zullen onze regio's overstijgen. Wij gaan dit onderwerp ook landelijk met de andere Directeuren Publieke Gezondheid en met onze collega's van de andere hulpdiensten bespreken. Een goede gezamenlijke voorbereiding op iets dat we nooit hopen mee te maken, is noodzakelijk en vraagt om gerichte aandacht.

Een ketenbrede aanpak

Bij deze bedank ik van harte onze sprekers uit Brussel. Ik heb grote waardering voor hun komst en hun bereidheid om hun intense en soms zeer traumatische ervaringen en inzichten met ons te delen.

Namens de organisatie, de GHOR-bureaus Zuid-Holland Zuid, Zeeland en Rotterdam-Rijnmond bedank ik alle deelnemers voor een bijzonder leerzame en interactieve dag. U als lezer van dit boekje wens ik de komende tijd veel wijsheid toe bij de verwerking van de voor uw organisatie relevante zaken. Laten we ons gezamenlijk sterk maken voor een ketenbrede aanpak.

Elly van Kooten

Directeur Publieke Gezondheid Rotterdam-Rijnmond

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| Voorwoord..... | 5 |
| Algemeen verslag..... | 9 |
| De wereld is definitief veranderd..... | 9 |
| Legio vragen: het begin van de antwoorden | 10 |
| Aan de slag met drie thema's..... | 11 |
| Belangrijkste inzichten van de werkconferentie..... | 13 |
| Afsluitende adviezen uit Brussel | 15 |
| Bijlage 1: Leren van Brussel (Verslag van de presentaties)..... | 16 |
| Oorlogsslachtoffers vragen om andere hulpverlening en middelen | 16 |
| Maalbeek: improvisatie en solidariteit | 17 |
| Geleerde lessen in het ziekenhuis | 18 |
| Psychosociale hulpverlening: voor, tijdens en na de aanslag nodig | 19 |
| Bestuurlijke component..... | 21 |
| Bijlage 2: Zaaldiscussie | 23 |
| Hoe houd je rekening met het onvoorspelbare?..... | 23 |
| Hebben wij de slachtofferregistratie voor elkaar?..... | 23 |
| Als individuele organisaties op orde zijn: functioneert de keten dan ook? | 24 |
| Kan ambulancepersoneel de (emotionele) druk van deze gewonden aan?..... | 24 |
| Reguliere voorzieningen aanpassen voor betere voorbereiding?..... | 25 |
| Verdwenen slachtoffers in Brussel in de periferie?..... | 25 |
| Welke zelfredzaamheid mag je op psychosociaal vlak verwachten?..... | 25 |
| Wat is de zin van planvorming als de werkelijkheid zo anders is?..... | 25 |
| Veiligheid is een illusie bij terrorisme. Hoe ging Brussel daarmee om? | 26 |
| Multidisciplinair oefenen: we kunnen toch niet zonder?!..... | 27 |
| Bijlage 3: Verslagen van de werkgroepen..... | 28 |
| Bijlage 4: De deelnemende instellingen..... | 50 |
| Bijlage 5: De cartoons | 52 |

Algemeen verslag

Op 29 juni 2016 kwamen ruim 100 medewerkers, leidinggevend en bestuurders uit de acute zorg, geestelijke gezondheidszorg, centrale huisartsenposten, apothekers, bloedbanken, de openbare orde en veiligheid uit Zuid-West Nederland bij elkaar rondom het thema dreiging en terrorismegevolgbestrijding. Doel van de werkconferentie was bewustzijn en inzicht creëren hoe de witte kolom zich samen met haar ketenpartners zo goed mogelijk kan voorbereiden op de gevolgen van een eventuele terroristische aanslag.

Brusselse collega's deelden openhartig hun ervaringen met de aanslagen op vliegveld Zaventem en metrostation Maalbeek. Vervolgens benoemden de deelnemers aan de hand van drie thema's oplossingen en acties ter voorbereiding op een eventuele aanslag in hun verzorgingsgebied.



De wereld is definitief veranderd

De stilte in de zaal is tastbaar bij de aftiteling van de introductiefilm. Zojuist zijn de deelnemers van de werkconferentie 'Dreiging en terrorismegevolgbestrijding voor de witte kolom' opnieuw geconfronteerd met de beelden van de aanslagen in Madrid (2004), Londen (2005), Noorwegen (2011), Burgas (2012), het Joods museum in Brussel (2014), Parijs / Charlie Hebdo (2015), Parijs Bataclan (2015) en tot slot in Brussel op 22 maart 2016. De avond voor deze conferentie was Istanbul het doelwit van de nieuwste aanslag.

De boodschap is helder. De wereld is definitief veranderd. Terrorisme leidt tot enorme incidenten die de samenleving totaal ontwrichten met verstreckende gevolgen. Dit gevaar benadert je niet van de voorkant. Dit gevaar is overal en komt steeds dichterbij. Daar moeten hulpverleners iets mee.

Legio vragen: het begin van de antwoorden

Terrorisme kent geen spelregels. Niet de vraag òf, maar de vraag wannéér en wáár de volgende aanslag plaatsvindt, is aan de orde. In haar welkomstwoord prikkelt Directeur Publieke Gezondheid Rotterdam-Rijnmond Elly van Kooten de deelnemers met een aantal vragen.

Zijn de regio's voldoende voorbereid op een aanslag? Wat komt daarbij kijken? Kan je je überhaupt voorbereiden op iets dat je niet ziet aankomen? Hoe zit het met de (bovenregionale) multidisciplinaire samenwerking en wat moet er landelijk worden georganiseerd?

Beseft de witte kolom voldoende dat dit type incidenten oorlogsslachtoffers voortbrengt en dat dit om andere zorg en hulpverlening vraagt? Hoe ver liggen theorie en praktijk eigenlijk uit elkaar en wat kan je toch in de voorbereidende fase doen?



De grote opkomst en de betrokken medewerking, de discussies met de zaal tussen sprekers en deelnemers mogen worden beschouwd als een duidelijke intentieverklaring dat de sector zich onderling rond dit thema wil verbinden en hierin wil investeren. De GHOR zet graag met alle ketenpartners de volgende stap.

Dit verslag is bedoeld om de belangrijkste inzichten vast te leggen en te delen met alle betrokkenen uit de acute (geneeskundige) hulpverlening. Voor diegenen die de werkconferentie hebben gemist, zijn in de bijlagen eveneens de verslagen van de presentaties, de zaaldiscussie en de werkgroepverslagen opgenomen.

Aan de slag met drie thema's

Aanpak: het wereldcafé en drie thema's

De thema's en vragen voor dit onderdeel zijn voorbereid in samenspraak met een aantal zorginstellingen uit onze traumaregio. De deelnemers aan de werkconferentie spraken in drie rondes met elkaar over de volgende drie thema's:

Thema 1: Procedures, protocollen en werkwijzen

“Wat doe je in geval van dreiging of bij de bestrijding van de gevolgen van terrorisme anders dan in een normale situatie? Wat betekent dit voor de procedures, protocollen en werkwijzen van jouw organisatie en samenwerking met overige organisaties?”

Thema 2: Deskundigheid, mensen en middelen

“Jouw organisatie is deskundig (management en uitvoerend), maar toch...welke kennis, kunde, ervaring en middelen in het kader van dreiging en terroristische aanslagen mis je (nog)?”

Thema 3: Nafase

“De eerste impact van de aanslag is achter de rug. Je wilt afschalen. Hoe (wie, wat en wanneer) ga je dit doen en met wie stem je af?”

In ronde 1 inventariseerden en clusterden zij factoren die samenhangen met de vraag. In ronde 2 brainstormden zij over mogelijke oplossingen en in ronde 3 benoemden zij de meest kansrijke oplossingen. Vervolgens presenteerden zij dit aan alle aanwezigen. Aan ieder thema hebben twee groepen gewerkt. In de bijlage is de gedetailleerde uitwerking van de werkgroepen opgenomen. In grote lijnen was de uitkomst als volgt.



Algemene uitkomsten van de werkgroepen

Thema 1: *Procedures, protocollen en werkwijzen*

1. Procedures, protocollen en werkwijzen moeten niet knellen. Het is een continu proces, waarbij eenvoudige planvorming het devies is.
2. Trek het oefenen breder: betrek meerdere disciplines en werk vooral aan de samenhang tussen de hulpverleners en de mentale bewustwording. Het gaat om de houding, om de ervaring en om het uitwisselen van kennis.
3. Organiseer bovenregionale oefeningen, gecoördineerd door de GHOR.
4. Onderzoek hoe je op het gebied van de communicatie de (sociale) media kunt beïnvloeden en gebruiken.

Thema 2: *Deskundigheid, mensen en middelen*

1. De deskundigheid in de regio's is op orde, maar de mentale voorbereiding op een mogelijke aanslag vraagt aandacht.
2. Bouw aan het onderlinge vertrouwen, de multidisciplinariteit door gezamenlijk te oefenen.
3. Ga zo snel mogelijk aan de slag en sla de handen inéén. Wees niet alleen zelfvoorzienend, maar maak tijd en ruimte vrij om multidisciplinair van elkaar te leren en te profiteren.
4. De geheimhouding werpt een te grote drempel op in de samenwerking. Terrorismebestrijding moet hier een lans voor breken, zodat daderinfo beschikbaar komt.
5. Ontwikkel een landelijk trainingsprogramma op het gebied van terrorisme en formeer dedicated teams.

Thema 3: *Nafase*

1. Primaire aandacht moet uitgaan naar de psychosociale hulpverlening voor de medewerkers van alle instellingen. De witte kolom kan veel leren van de debriefing van de politie, inzet van familieleden en defensie. De samenwerking met de GGZ moet nauwer (januari 2017).
2. Betrek de media bij de crisisteams en maak duidelijke afspraken over wat wel en niet publiek wordt gedeeld. Start met de rampenzender van Rotterdam-Rijnmond (oktober 2016).
3. Richt één loket in voor nabestaanden (door gemeenten en slachtofferhulp) (eind 2016).
4. Zorg voor goede overdracht van de acute fase naar de nazorgfase. Dit geldt zowel voor de hulpverleners als de patiënten. Sluit met betrekking tot het borgen van regionale zorgcontinuïteit aan bij het project acute evacuatie ziekenhuizen. Dit is een interne taak voor de afzonderlijke organisaties. Het collectieve is onder aansturing van het ROAZ.
5. Afschalen is ook afronden. De afschaalfase tussen mono en multi is nog te onduidelijk. In de praktijk lopen bepaalde processen langer door, maar doordat operationeel al is afgeschaald, staat de daarvoor verantwoordelijke partij er plotseling alleen voor.

Belangrijkste inzichten van de werkconferentie



1. Andere factoren dan normaal

Terrorismegevolgbestrijding is een ander incidenttype. De witte kolom krijgt te maken met een volstrekt ander type slachtoffers. Spijkers en bouten in de bomkoffers richten enorme schade aan. De gewonden van een aanslag zijn regelrechte oorlogsslachtoffers met bijbehorend ernstig trauma en veelal amputaties. Dit heeft directe gevolgen voor de triage, de behandeling ter plaatse en de benodigde materialen en middelen (bijvoorbeeld tourniquets) voor de hulpverleners.

2. Spelregels ontbreken

Angst voor wat mogelijk nog meer volgt en de veiligheid van het hulpverlenend personeel zijn bij een terroristische aanslag prominentere issues dan bij andere grootschalige (geneeskundige) incidenten. Terrorisme kent geen spelregels en de kans dat het slachtoffer op de intensive care tevens dader is, is aanwezig. **Mentale voorbereiding op veiligheid- en angstgevoelens bij hulpverleners is belangrijk. Het beroep op de mentale veerkracht van de hulpverleners is anders dan normaal en vraagt daarom om een andere voorbereiding.**

3. Plannen en procedures: eenvoud voorop

Plannen en procedures blijven nodig om op het moment van een aanval gecoördineerd, rolvast en accuraat te kunnen optreden. Plannen moeten zo eenvoudig en globaal mogelijk zijn. Hulpverleners hebben behoefte aan een makkelijk toepasbare leidraad, die hun taak en rol verduidelijkt, maar daarnaast ruimte biedt voor improvisatie.

4. Multidisciplinair voorbereiden en oefenen is onmisbaar

Bij de bestrijding van de gevolgen van een terroristische aanslag is een nog bredere multidisciplinaire aanpak nodig. Betrokkenheid van bijvoorbeeld Defensie of Artsen Zonder Grenzen vanwege de oorlogsaspecten geven de keten inhoudelijk en vakmatig meerwaarde. De behoefte aan multidisciplinair oefenen, trainen en opleiden met alle partners is groot. Bouwen aan de relatie, elkaar kennen, op elkaar ingespeeld zijn en het onderlinge vertrouwen maken in het heetst van de strijd het verschil. Kennis delen en kunnen vertrouwen op de kennis van de ander geeft de witte kolom de slagkracht die zij nodig heeft. Leiderschap is belangrijk om als gehele keten gecoördineerd en eenduidig te kunnen handelen.

5. Anders omgaan met alarmering, informatie en communicatie

(Sociale) media blijken in de praktijk vaak sneller in hun berichtgeving dan de officiële kanalen en alarmeringsprocedure. De ervaring leert bovendien dat officiële communicatielijnen tijdens een crisis nog wel eens wegvallen. De sector moet nadenken hoe zij hiermee om kan en wil gaan.

6. Nafase vraagt langer aandacht

Cruciaal aandachtspunt is de nazorg voor het eigen personeel. Daarnaast vraagt de continuïteit van de reguliere zorgprocessen om aandacht. Een aanslag geeft een enorme belasting op de reguliere organisaties. Die moeten ten tijde van een incident snel capaciteit vrijmaken. Na afschaling kost het nog veel tijd en energie om de reguliere zorgprocessen weer op orde te krijgen en achterstanden weg te werken. Tot slot vragen diverse processen nog lang na het incident om aandacht. Dit betreft de psychosociale hulpverlening, maar ook de communicatie met verwanten en slachtofferregistratie.



Afsluitende adviezen uit Brussel

Gino Claes (Ministerie van Volksgezondheid): “Zorg voor goed informatiemanagement en zeer goede communicatie tussen alle partners.”

Dimitri de Fré (Crisiscoördinator Universitair Ziekenhuis Leuven): “We moeten geen ‘ziekenhuis-terreurplan’ willen schrijven. Houd de plannen eenvoudig. Werk vooral aan de mindset. Een andere manier van kijken en mentale voorbereiding: dat vraagt werkelijk aandacht.”

Astrid Fortuin (Coördinator psychosociale hulpverlening): “Een goed plan is belangrijk, maar nog belangrijker is dat ieder zijn eigen plek binnen het plan kent. Leer onderling de disciplines kennen en ken uw opdracht. Bemoei je niet met de opdracht van de ander.”

Jan Vaes (Militair hospitaal Koningin Astrid): “Bereid de witte kolom voor op het collectieve gebeuren en op oorlogsverwondingen. “

Tine Gregoor: “Ik heb slechts één les op de universiteit over triage gehad en ook nog bij toeval. Tijdens de ramp kwam hij goed van pas. De decaan overweegt nu triage in het curriculum op te nemen.”

Marie-Astrid de Villenfagne: “Het is belangrijk om de andere hulpverleners op het terrein te kennen. Ken niet alleen de eigen sector, maar ook de anderen.”

Alexis Pauwels (brandweerman / verpleegkundige): “Zet in op training en logistiek. Maalbeek maakte de urgentie van middelen plots hoger, waardoor we tijdens trainingen nu wel over het juiste materiaal beschikken.”



Bijlage 1: Leren van Brussel (Verslag van de presentaties)

Op 22 maart 2016 ontploffen rond acht uur in de morgen twee bommen op Brussels International Airport in Zaventem. Later blijkt dat een derde bom heeft gefaald. Een uur later volgt een nieuwe explosie in het druk bezochte metrostation Maalbeek. Zelfmoordterroristen hebben zich in de mensenmassa opgeblazen en richten een enorme ravage en paniek aan. Een paar honderd ernstig gewonde slachtoffers en tientallen doden zijn het gevolg. De overeenkomsten met de oorlogszone in Kunduz zijn treffend.

Terreur heeft een andere omvang, de angst maakt een groot verschil. Rond half tien zijn er verontrustende vermoedens van nieuwe aanslagen, mogelijk met een vuile bom van gistend dierlijk afval. Dit leidt om half elf tot evacuatie van de zojuist ingerichte hulpverlening bij het vliegveld. Complicerende factoren zijn de benauwde ruimtes met beperkte uitgangen in de metro en instortingsgevaar van de getroffen gebouwen.

De coördinatie van de hulpverlening wordt bovendien door diverse factoren bemoeilijkt. De aanvallen vonden op twee locaties plaats ; er zijn twee provincies betrokken; twee meldkamers bedienen het gebied en tot slot hebben de sites een apart en gescheiden management. Naast de tweetaligheid van de hulpverleners, was ook de buitenlandse herkomst van de vele reizigers een complicerende factor. Naast inzichten wat bij een aanslag komt kijken en wat beter kan, benoemen de collega's uit Brussel welke kwaliteiten en factoren hen juist tot voordeel waren.

Oorlogsslachtoffers vragen om andere hulpverlening en middelen

Jan Vaes, adjudant-chef bij de Crisiscel Militair Hospitaal Koningin Astrid, is als één van de eersten ter plaatse met een zogenaamde MUG-unit. Hij legt de aanwezigen uit wat de effecten zijn van een explosie met fragmentaties van spijkers en bouten. “Hier komt warmte, een drukgolf en een grote hoeveelheid projectielen bij vrij. Hoe dicht er een slachtoffer bij de bron staat, hoe ernstiger de verwondingen. Veelal is er sprake van amputaties. Om die reden is het belangrijk dat hulpverleners zijn uitgerust met een tourniquet, drukverbanden en hemostatische verbanden.”



De belangrijkste lessen die Jan de aanwezigen meegeeft, zijn:

- Terreur kent geen spelregels. Het is een andere dimensie.
- Er is sprake van totale chaos. Om die reden moet de afvoerketen van gewonden zo snel mogelijk worden georganiseerd.
- Bereid de witte keten voor hoe zij om moet gaan met oorlogsverwondingen.
- Patiënten hebben chirurgie nodig:
 - ken de capaciteit van de omliggende ziekenhuizen en
 - creëer buiten het gebied of zelfs buiten de landsgrenzen buffercapaciteit voor nieuwe patiënten.

Maalbeek: improvisatie en solidariteit

Alexis Pauwels (brandweerman / verpleegkundige), Marie-Astrid de Villenfagne (urgentie arts) en Tine Gregoor (Kinder- en Jeugd Psychiater i.o., toevallig ter plaatse en verrichtte medische hulpverlening in het veld) waren met een paramedisch team van het St Pieter Gasthuis kort na de aanslag op Maalbeek ter plaatse. Gescheiden door de exclusiezone kwamen zij er pas later achter dat aan de andere kant eveneens een medisch team actief was.

Marie-Astrid: "Triage bleek in deze situatie anders te lopen. We maakten onderscheid tussen zwaar gewonden en lichtgewonden. Die laatste categorie kon praten en lopen en kreeg van ons geen aandacht. Wij hadden onze handen vol aan slachtoffers met craniaal/cerebraal trauma, brandwonden, blastletsel, faciaal trauma, wonden door vreemde voorwerpen, eventratie, open breuken en acute buikwonden. De ernstigste gevallen hebben wij binnen het uur kunnen evacueren per ambulance."

Complicerende factoren was de scheiding van de twee medische voorposten door een 'rode zone', uitval van het communicatie-systeem en mobiele netwerk, het vermoeden van een tweede bom in het metrostel, foutieve info rond schietpartijen en een eventuele derde aanslag. Bovendien werden de hulpverleners geconfronteerd met zwaar verminkte patiënten zonder identiteitsbewijs. Gegevens over toediening van morfine en verwondingen werden bij bewusteloze patiënten op het lichaam gestift.



Creativiteit, solidariteit en toeval bleken de geheime ingrediënten waardoor ondanks alles ook veel zaken goed verliepen. Zo was de noodprocedure al opgestart door Zaventem en was iedereen alert en paraat. Een medische voorpost kon onmiddellijk worden opgezet. Door goede samenwerking met de meldkamer kon snel worden geëvacueerd. Collega's die toevallig ter plaatse waren, leverden extra handen op, evenals de extra hulpverleners vanuit heel België. Er was onmiddellijke psychologische begeleiding en de solidariteit van omstanders en bedrijven was meer dan welkom. "In een hotellobby richtten we een gewondennest in, een quichewinkel bracht eten voor de hulpverleners. Iedereen die bij kon dragen, deed dat ook. Dat gaf een enorm gevoel van steun en saamhorigheid."

Geleerde lessen in het ziekenhuis

Dimitri de Fré werkt als rampencoördinator in het Universitair Ziekenhuis Leuven en is verantwoordelijk voor de noodplanning van het ziekenhuis. Daarnaast is hij adviseur en geeft les aan de KU Leuven in rampenmanagement. Hij vertelt hoe kort na de eerste aanslag het ziekenhuis in korte tijd aanzienlijke capaciteit (bedden en OK's) vrij maakte en direct overging tot medisch en niet-medisch incidentmanagement (MIM en NMIM). Het MIM werd geconfronteerd met een grote (maar beheersbare) toestroom van ernstig gewonde patiënten. Het NMIM had geheel onverwachte eigen uitdagingen, waaronder de slachtofferregistratie, opvang van familie en een te klein mortuarium.

Er zijn veel lessen uit deze ervaring te trekken. Zo was de opstart gesegmenteerd door gebrek aan informatie van het terrein. De communicatie tussen de MIM en coördinatoren verliep moeizaam. De zonering en patiëntenflow kon beter en er waren dubbelingen in de taakverdeling tussen de MIM en de coördinator Spoedgevallen. De inschrijvingen van de zogenaamde 'rampidentiteiten' liep niet vlot.



Op de OK / ICU verliepen de procedures dankzij de ervaringen van 13 november 2015 in Parijs wel goed. Er was zeer snel veel capaciteit vrij, maar daarover werd de MIM te weinig gerapporteerd. Bovendien was er behoefte aan één 'unit coördinator' van de ICU kern en een logistiek coördinator.



Wat betreft de verwantenopvang wierp de oefening van 2014 zijn vruchten af. Aanvankelijk was er verwarring rond de opvang van de eerste familie(s), maar dit herstelde snel. Op verschillende locaties (OC, eenheden, mortuarium) was de inzet zeer groot, de samenwerking met slachtofferregistratie kwam goed tot stand. Wel was er een apart call center nodig voor de interne en de externe communicatie in

verband met het

grote aantal buitenlandse slachtoffers. Dit bracht ook de behoefte aan richtlijnen voor de omgang en taak van de ambassades aan het licht. Verwanten hebben de opvang tijdens het afscheid nemen van hun dierbaren overigens positief ervaren. **Tot slot viel op dat lang na de incidenten nog veel activiteiten lang doorliepen, met name aan de niet medische kant.**

Conclusies:

- Gesegmenteerde opstart is goed, maar risicovol zonder goede communicatie
- 'Ramp-interface' Electronic Patient Management System (EPMS) was nodig voor mass casualty incidenten
- Goede werking van sleutelfuncties, maar ontdebelling van rollen nodig

- Goede werking Coördinatie- en Commandocel (C&C), relatief vroeg stopgezet
- Behoefte aan 'operationele coördinatiecel' (OT)
- Meer training van Hospital Incident Management System (HIMS)-principes en pre-hospitaal rampenmanagement nodig
- Beveiliging moet schaalbaar en beter sluiten
- Intra-hospitaal psychosociaal interventieplan
- Voor niet-medische diensten duurt HIMS activatie veel langer

Psychosociale hulpverlening: voor, tijdens en na de aanslag nodig

Astrid Fortuin (coördinator Psychosociale Hulpverlening) vertelt hoe zij in het half uur na de eerste aanslag op Zaventem onderweg is naar haar bureau in Brussel. Puur op ervaring en intuïtie besluit zij om te keren als ze rook bij Zaventem ziet. Kort daarna volgt via de radio het bericht dat er een aanslag is gepleegd. Net als zovele van haar collega's is zij dan nog niet formeel gealarmeerd. Ondertussen zijn haar gedachten bij haar vriendin, die die ochtend met haar man naar New York zou vliegen. "Enkele uren later kreeg ik haar echtgenoot aan de lijn. **Ze waren ongedeerd, maar uit de toon van zijn stem maakte ik op dat de komende uren, dagen en weken een grote uitdaging zouden worden.**"

Aandachtspunten voor de aanslag

Astrid benadrukt dat er zowel voor, tijdens als na een aanslag maatregelen en aandachtspunten zijn op het gebied van de psychosociale interventie. "Ten eerste is een goed algemeen psychosociaal interventieplan noodzakelijk. Beter een basiskader dat bij iedereen bekend is dan een apart plan voor iedere situatie. Voorbereiding is daarbij cruciaal. Hieronder valt ook de opleiding en taakverdeling onder de psychosociale hulpverleners. Vermoei hen niet met ingewikkelde procedures, maar zorg wel dat iedereen kennis heeft van het plan, zich aan zijn taak houdt en niet het werk van anderen verstoort. Leg opvanglocaties van tevoren vast, maar wees voor het overige flexibel. Maak het plan aanpasbaar aan de behoeften van elke specifieke situatie en stem de interne calamiteitenplannen af op het algemeen plan."

Aandachtspunten tijdens de aanslag

De eerste opvang in opvangcentra is heel belangrijk. Dit vraagt om een call center, verwanteninformatie en registratie van slachtoffers. De verschillen tussen de slachtoffers van Zaventem en Maalbeek waren groot. Beide aanslagen leidden tot gestrande reizigers, maar op het vliegveld waren er veel buitenlanders. Die waren aangewezen op het opvangcentrum, omdat ze niet konden terugvallen op een eigen kennissenkring en de buurt niet kenden.



De grootste groep metroreizigers was Belgisch. Zij verdwenen zelfstandig in de periferie. Door het grote aantal betrokkenen was een volledige slachtofferlijst lange tijd onmogelijk. Hulpverleners moesten alternatieven zoeken om alle getroffen te bereiken, bijvoorbeeld via een crisiswebsite. Een ander inzicht was de noodzaak van goede afspraken met ziekenhuizen over de informatie-uitwisseling. Eén contactpunt en

regelmatige updates over transfers en ontslag van patiënten is belangrijk om overzicht en regie te houden.

Astrid: "Terrorisme kent een aantal bijzonderheden. Vaak is er sprake van verschillende incidenten tegelijkertijd. Er is daardoor veel onzekerheid over wat nog komt. Dit vraagt om een specifieke aanpak qua coördinatie en communicatie (en dus een flexibel plan). Voor iedere aanslag moet een interventie worden gestart. Na verloop van tijd vallen sommige structuren samen. **Hulpverleners moeten terdege beseffen dat er meer getroffen zijn dan gewonden en doden. Een terroristische aanslag raakt een land in het hart van zijn veiligheidsgevoel. De situatie kan op een gegeven moment worden beheerst, maar de ramp duurt voor velen nog heel lang voort en beheerst hun leven.**"

Aandachtspunten na de aanslag

"Na de aanslag hebben hulpverleners te maken met verschillende doelgroepen met verschillende behoeften: de (niet) gewonden, families van overledenen, personeel luchthaven en metro, familie van terroristen, taxichauffeurs, bevolking, etc. In het geval van Zaventem waren er ook veel buitenlandse slachtoffers.

Hulpverleners, zowel in als buiten functie, vragen een specifieke aanpak. **Het bleek voor personeel buiten dienst psychisch zeer belastend om lijdzaam toe te moeten kijken en niets te mogen doen.** Daarnaast moet er aandacht zijn voor personeel dat in tweede instantie klachten ontwikkelt. Soms is er behoefte aan hereniging tussen slachtoffers en hulpverleners, de crisiswebsite vraagt langdurig aandacht en er is back-up nodig voor trauma specialisten in verband met de continuïteit van de reguliere hulpverlening.

Samengevat:

- Zorg ervoor dat bestaande plannen en de taakverdeling goed bekend zijn.
- Zorg voor een goede communicatiestructuur, voor een optimale uitwisseling van informatie tussen alle instanties (meerdere onthaalcentra, meerdere coördinatiecomités, etc.)
- **Langdurige en gespecialiseerde nazorg is nodig. Vergeet daarbij vooral de hulpverleners niet!**

Bestuurlijke component

Gino Claes (Ministerie van Volksgezondheid) licht ten slotte toe hoe de coördinatie op strategisch en beleidsniveau tijdens de aanslagen in Brussel verliep. Het Crisiscentrum voor de regering (CGCCR) droeg zorg voor de strategische en beleidscoördinatie. “Hier zijn veel partners bij betrokken, zowel vanuit binnenlandse zaken (politie, civiele bescherming) als buitenlandse zaken (vanwege de vele verschillende nationaliteiten). Mobiliteitspartners bleken van grote toegevoegde waarde. Defensie was onmisbaar en vanwege de reeds afgekondigde terreurdreiging niveau 3 al op straat aan het patrouilleren.”

CGCCR (CrisisCentrum Regering)



De betrokkenen kregen te maken met vier uitdagingen.

1. Aanslagen en dreigingen op verschillende plaatsen
2. Communicatie
Zowel het GSM-netwerk als het ASTRID-netwerk vielen uit. Tussen de diensten onderling was geen communicatie en dus ook lange tijd geen coördinatie mogelijk
3. Slachtofferlijsten
Er waren op de verschillende sites verschillende lijsten in omloop. Er werd in verschillende talen geregistreerd en er was sprake van veel nationaliteiten. Verder was de vraag of op de lijsten overledenen, gekwetsten of ook niet-gekwetsten stonden. Het ging om grote aantallen slachtoffers, maar de werkelijke omvang bleef lang onduidelijk. Complicerende factor was het beroepsgeheim van de betrokken medici, waardoor niet alle informatie werd gedeeld.
4. Getroffenen
In de samenwerking met onder andere Brussels Airport Company was onduidelijkheid wie de samenwerking en de informatie over getroffenen in de opvangcentra coördineerde.



Conclusies:

1. Op een multisite is een accurate aanpak ter plaatse onontbeerlijk:
 - De eerste behandeling van slachtoffers vindt ter plaatse plaats.
 - Daardoor wordt de behandeltijd tot een minimum beperkt.
 - Stringente regulatie van de slachtoffers richting de noordelijke as zorgde voor buffercapaciteit in het zuiden.
2. Communicatie is en blijft cruciaal.
Ondanks uitval van de formele communicatielijnen, bood een eenvoudige online communicatietool (One Note) uitkomst.
3. Slachtofferlijsten
Inmiddels is besloten tot het gebruik van een uniforme slachtofferregistratielijst
4. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid is in de rampenwerking geïntegreerd vanwege de dreiging van een vuile bom.
5. Het project CBRNe-MUG is door de aanslagen versneld afgerond en geactiveerd.

Bijlage 2: Zaaldiscussie

De eerste reacties uit de zaal op de verhalen van de Brusselse collega's liegen er niet om. De verhalen brachten de realiteit van een aanslag bijzonder dichtbij. Wat de deelnemers bij blijft, is de chaos, de onvoorspelbaarheid, de oorlogsslachtoffers. Hoe ga je daarmee om? Alles wat in theorie is bedacht, blijkt in de praktijk heel anders. De alarmering, informatie- en communicatielijnen falen op een zeker moment of worden door andere media ingehaald. De noodzaak van een goede multidisciplinaire voorbereiding (oefenen, trainen, opleiden) en een goed basisplan staan de deelnemers duidelijk op het netvlies. De deelnemers gaan met elkaar en de Brusselse panelleden in gesprek.

Hoe houd je rekening met het onvoorspelbare?

De vraag die overblijft, is: hoe houden we rekening met het onvoorspelbare? We analyseren de voorbije aanslagen, maar hoe gaan we om met de aanslagen van morgen? Ervaring en kennis delen, stilstaan bij de mate van voorbereiding en weten wat eenieder doet, is het antwoord. Niemand kijkt op zo'n moment in een draaiboek. Je gaat aan de slag vanuit de urgentie. Helder gedefinieerde rollen, onderling vertrouwen en het gezonde verstand van de hulpverleners in het veld moeten zich dan laten spreken.

Hebben wij de slachtofferregistratie voor elkaar?

De registratie van gewonden en betrokkenen blijft in de praktijk lastig te organiseren. Vooral voor bestuurders is het een hoofdpijndossier. Zij willen graag weten hoeveel gewonden en doden er zijn, maar dat is in de eerste uren niet bekend. De regio heeft systemen om te registreren, maar we mogen niet verwachten dat dit direct 100% op orde is. Goede registratie van slachtoffers en gewonden vraagt om een nauw samenspel tussen de witte kolom en de gemeentelijke organisatie, die op haar beurt ook de andere getroffen registrereert.



Een belangrijk aspect binnen de slachtofferregistratie is het beroepsgeheim. De ziekenhuizen in Rotterdam-Rijnmond hebben nu bijvoorbeeld een convenant met de GHOR

om alle gegevens bij elkaar te brengen. Als er via die lijn naar wordt gevraagd, komen de gegevens beschikbaar.

De ervaring in Haaksbergen leert dat ziekenhuizen binnen de regio prima afspraken kunnen maken, maar dat een incident met een grotere impact om een bredere aanpak vraagt. Inmiddels is hiervoor een landelijke handreiking voor de samenwerking tussen ziekenhuizen en openbaar bestuur geschreven.

Als individuele organisaties op orde zijn: functioneert de keten dan ook?

Het Maasstad Ziekenhuis beschikt over een eigen crisisplan. Crisiscoördinator Jeanette van Stel: "Als organisatie kan je je zaken op orde hebben en veel opvangen. De kunst is juist om dit met zijn allen in de keten te doen. Ieder doet maar een klein stukje. Bovendien komen gewonden binnen die we normaal niet zien. Wat is er extra nodig voor dit type verwondingen?"

Jan Vaels: "Na Parijs van 13 november hebben wij ons materiaal gecheckt en uitgebreid met tourniquets en drukverbanden. Tijdens de aanslagen in Brussel waren alle vijftig toestellen (tourniquets) in ons voertuig in gebruik. Militaire combat care heeft echt een plaats in deze situaties. Er was een andere synergie. Brandweermannen deden search and rescue, want er was weinig te blussen. Patiënten met bouten in het lichaam zijn in een bus gezet. In het ziekenhuis is opnieuw getrieerd. Wat een lichte wond lijkt, blijkt soms toch ernstiger."

Kan ambulancepersoneel de (emotionele) druk van deze gewonden aan?

Arie Wijten (directeur Ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond): "Training is iets anders dan ervaring. Je hoopt dat je het nooit nodig hebt, maar in deze tijden weet je dat het wel steeds dichterbij komt. Sommige van mijn medewerkers hebben in het leger gediend, maar dat zijn uitzonderingen. Onze mensen zijn heel goed opgeleid en getraind. Beter voorbereiden kan bijna niet, maar deze slachtoffers hopen we nooit tegen te komen. Omdat de kans er altijd in zit, moeten we hier een aparte inspanning voor leveren."

De Brusselse panelleden vertellen hoe zij met de (emotionele en vakinhoudelijke) druk zijn omgegaan. Jan Vaes: "Onze grote kracht was dat we elkaar kenden binnen de (militaire) dienst van de MUG. Er zijn verschillende disciplines tegelijk nodig: leiding, organisatievermogen en medische kennis en vaardigheden."



Tine Gregoor was spontaan hulpverlener en viel buiten de nazorg voor het personeel. “Ik heb zelf hulp gezocht. Ik had bij Maalbeek geen tijd om handen te schudden of mezelf voor te stellen. Ze zagen geen uniform, maar wel dat ik terzake kundig was, dus ik werd ingezet.

Na afloop heb ik het ziekenhuis gebeld en gevraagd om contact met de arts waarmee ik heb samengewerkt. Met elkaar hebben we verbeterpunten benoemd, kritisch naar onszelf gekeken. Het gaf verbinding en hielp bij de verwerking. Bovendien leverde het een vriendschap voor het leven op.”

Marie-Astrid de Villenfagne: “We waren met een kleine ploeg en hebben toch goed gewerkt. Voor mij was belangrijk om namen van patiënten terug te krijgen. Ze waren eerst ‘die blonde’ of ‘die buik’. Door namen te krijgen, kreeg ik closure.”

Reguliere voorzieningen aanpassen voor betere voorbereiding?

Jan Vaes: “Na Parijs is elke ziekenwagen uitgerust met tourniquet en drukverbanden. Dat is niet direct gerealiseerd: we werken er nog steeds aan. Je moet namelijk eerst de mensen opleiden voordat je het materiaal in de ambulance legt. Met negenduizend ambulance medewerkers hebben we nog even te gaan.”

Verdwenen slachtoffers in Brussel in de periferie?

Adri van der Born (Directeur Huisartsenpost Rotterdam-Rijnmond): “Rotterdam-Rijnmond heeft een netwerk van huisartsenposten. Bij eerdere rampen hebben we ervaren dat slachtoffers in de periferie verdwenen en zich bijvoorbeeld bij de huisarts meldden. Ging dat in Brussel ook zo?”

Dimitri de Fré: “Na de aanslagen meldden veel patiënten met oorsuizen als gevolg van de blast zich bij de reguliere ziekenhuizen. Daarnaast is binnen het ziekenhuis in Leuven bekend dat in de toekomst mogelijk patiënten met metaal in het lichaam onder behandeling komen. Het is belangrijk om oog te hebben voor de onverwachte gevolgen als zo iemand bijvoorbeeld in de MRI gaat.”

Welke zelfredzaamheid mag je op psychosociaal vlak verwachten?

De Nederlandse overheid verwacht dat haar burgers zelfredzaam zijn. In hoeverre mag je die zelfredzaamheid in de psychosociale hulpverlening verwachten? **Astrid Fortuin: “In België biedt men in eerste instantie psychosociale hulp aan. Zelfredzaamheid en persoonlijke veerkracht zijn hierbinnen belangrijke basisprincipes. Deze situatie was dermate zwaar, dat het langer duurt. De mensen zijn serieus getraumatiseerd. De nazorg is in België federaal georganiseerd. In heel België zijn nu nog honderd mensen in behandeling. Het leeft nog erg. Ik merk dat er ook dynamiek is tussen mij en mijn patiënten. Zij zijn ook bezorgd om mij. Dat is ergens ook mooi voor de verwerking.”**

Wat is de zin van planvorming als de werkelijkheid zo anders is?

Jolanda Trijselaar (Directeur R&C VRR): “Ik ben blij met het advies de plannen simpel te houden, maar wel te zorgen dat de basis op orde is. Wat mij betreft valt planvorming samen met Oefenen, Trainen en Opleiden (OTO). Ik vind het erg belangrijk dat je als organisaties oefent en samen nadenkt over bepaalde scenario’s. De praktijk is weliswaar anders dan in de plannen voorzien, maar als je er niet van tevoren samen over nadenkt, gaat het óók mis. Kennis, kennissen en oefenen is cruciaal. Vanuit Rotterdam-Rijnmond roep ik op meer te oefenen. Daar dreigt het nodige in mis te gaan.”

Elly van Kooten (Directeur Publieke Gezondheidszorg Rotterdam-Rijnmond): “In Brussel is al zoveel geleerd van Parijs. Ik hoop dat dat hier ook gaat gebeuren.”

Nick Visser (Beheerder integraal calamiteitenplan Erasmus MC): “In onze planvorming denken we veel na over het type dreigingen en hoe daarmee om te gaan. Dit wordt in allerlei vormen geoefend. Door zaken aan te passen met tourniquets en hemostatische verbanden, zijn we nog beter voorbereid.”

Veiligheid is een illusie bij terrorisme. Hoe ging Brussel daarmee om?

Alexis Pauwels: “De politie bakende een bepaalde zone af. Zonder bewust te zijn van het gevaar om ons heen, zijn we vrijuit gaan zoeken en lopen. Tijdens een interventie wordt de veiligheid gewaarborgd door politie en defensie. De hulpverleners in de witte kolom krijgen normaal een signaal van de leidinggevenden van veiligheid, maar wij waren heel vroeg in het proces ter plaatse. Wij zijn gaan handelen, we moesten door.”



Gino Claes: “Dat issue speelt meer op het beleidsniveau dan op het operationele niveau. Het is belangrijk, maar de praktijk is anders.”

Jan Vaes: “Veiligheid is een enorm issue. Bij ons is geen discussie gevoerd of veiligheid voor ambulancepersoneel iets anders inhoudt dan voor politie / militairen. Het is overigens wel belangrijk om

bij slachtoffers een full body search te doen. Terrorismen kent geen spelregels. Je kunt net zo goed een dader behandelen.”

Ruud Vial (Team Veiligheid Rotterdam-Rijnmond): “Wij onderzoeken of we snel aan de voorkant de situatie veilig kunnen stellen. We willen snel identificatie van de daders om meer slachtoffers te voorkomen. Toch onderzoeken we ook of de situatie veilig is, bijvoorbeeld of er nog explosieven zijn. Als die er niet zijn, volgen wij heel snel na de explosieve opruimingsdienst. Maar wat is nu eigenlijk veilig? Denk ook aan instortende plafonds en asbest. Die veiligheid is betrekkelijk.”

Dimitri de Fré : “In het academisch ziekenhuis is het een komen en gaan van studenten. Ik maak me niet populair als ik veiligheidsdrempels opwerp. We zijn nu op een punt gekomen dat we ons af kunnen vragen hoe we onszelf kunnen beschermen. Geen prikkeldraad, maar wel aandacht voor het thema. Wat doe je aan je eigen veiligheid als je betrokken bent bij dit soort incidenten?”

Multidisciplinair oefenen: we kunnen toch niet zonder?!

John Sonder (Politie Rotterdam): "Sinds Parijs gaan wij dieper in op het fenomeen veiligheid. Dat blijkt buitengewoon lastig. De politie en de witte kolom heeft geen militaire achtergrond. Je gaat dingen doen, maar achteraf vraag je je af of je de juiste dingen hebt gedaan. Voelde ik me veilig en waarom dan?"

In gezamenlijke trainingen staan wij met elkaar op het midden van de stip van het voetbalveld. Hoe is je benaderingstechniek in de richting van het gevaarlijke punt? Die tactieken moeten we niet te complex maken, maar je moet je wel afvragen of het beheersbaar is. Ik wil heel graag samen oefenen met de witte kolom. Top down wordt daar anders naar gekeken dan op de werkvloer. We doen nu confrontaties en simulatietrainingen, maar het is veel beter om het samen met first responders te doen: voor, tijdens en daarna. De inzichten uit Brussel geven ons de kans om veel winst te halen."



Bijlage 3: Verslagen van de werkgroepen

Verslag: 1-A

| Vraag: Wat zijn de procedures waar je aan denkt als er een terroristische aanslag is geweest (de belangrijkste procedures)? Wat wil je concreet geregeld hebben en wat is het verschil van het reguleren? | | | | | Eventuele toelichting Extra kolom |
|--|---|--|---|--|--|
| Cluster 1 Communicatie | Cluster 2 Veiligheid | Cluster 3 Leiding en coördinatie (Opschalen) | Cluster 4 Resource management | Cluster 5 Informatie management | |
| <ul style="list-style-type: none"> in algemeen bij elke oefening etc. blijft altijd een item. Bereikt jouw boodschap de ander? En de middelen (ketenpartners onderling, wie spreken we daar op aan? Ziekenhuizen hebben noodnetnummer maar vergeten vaak dat ze dat hebben (vliegkamp Schiphol). door chaos in het eerste uur is de communicatie lastig. Daarmee zijn gezamenlijke definities wel heel belangrijk bv wat zijn slachtoffers etc.? Wanneer gebruik je het noodnet? Communicatie onderling politie, brandweer etc. onderling hoe is dat geregeld? Wat als je meerdere locaties hebt? Hoe manage je dat? Communiceren naar de werkvloer. Hoe wordt er gecommuniceerd naar de first responders naar de werkvloer? Lekt de info door naar de werkvloer en is dat werkbaar? <p><i>Samenwerking Informatie overdracht</i></p> <p>-----</p> | <ul style="list-style-type: none"> Bij geweldstrainingen kwam uit dat wat voor de politie veilig is het voor de ambu niet veilig is. Veiligheid is altijd relatief en anders voor politie dan voor ambu. Wanneer hebben we het met z'n allen over veilig? Wat versta je onder veiligheid? Aanvaardbare risico's? Je weet van te voren niet wat een veilig gebied is. Je moet de hulpverleners niet naar een onveilig gebied sturen (dit geldt voor een afgekaderd gebied, de vraag is hoe groot maak je het veilige gebied?) Veiligheid is flexibel en persoonlijk belangrijk is command of control en wie bepaalt of mensen naar binnen kunnen? Wat is je max aan afspraken voor veiligheid? Wat kunnen we doen in ziekenhuizen (afsluiten) of plaats incident body scan of ze niks bij zich hebben. <hr/> <p>Post-its</p> <ul style="list-style-type: none"> Gezond verstand Veiligheid eigen personeel Wat is veilig? Mentale preparatie Wanneer veiligheid? (burgers) HaROP veiligheid ontbreekt Veiligheidshulpverleners, ziekenhuizen beveiliging Positionering gewondennest + inrichting swa politie | <ul style="list-style-type: none"> In brede zin van woord. Ambu opschalen , ziekenhuizen opschalen etc. goed oproep systeem waarin we gefaciliteerd worden dat je kan opschalen. Welke structuren ga je werken, lokaal, regionaal, landelijk. Hou rekening met vele structuren die er door heen lopen. Oefening de opschaling in het ziekenhuis etc. De chaos op straat is ook de bestuurlijke chaos Wie doet de ziekenhuizen aanwijzen. Welke slachtoffer gaan waar heen wat is daarvoor nodig? <p>-----</p> <p>Post-its</p> <ul style="list-style-type: none"> Wie wijst ZH aan? Hertrieëren Gewonden spreiding Capaciteit Oproepsysteem Triage Opschaling Bovenregionale afspraken Registratie en identificatie GRIP vs driehoek Beleidsteam trainen Samen oefenen in de keten | <p>Post its</p> <ul style="list-style-type: none"> Voldoende opgeleid trauma-chirurgen Wie belt saguin? Wie bepaalt hoeveel bloed? Materialen? | <ul style="list-style-type: none"> Hoe gaan we om met informatie? Wat vertel je wie informeer je en hoe doe je de woordvoering? Dit valt en staat met een goede communicatie en afspraken die we met elkaar hebben. <hr/> <p>Post-its</p> <ul style="list-style-type: none"> LCMS geneeskundig Communicatie tussen instellingen informatie | <ul style="list-style-type: none"> Regionaal multi oefenen Van individuele urgentie naar collectieve urgentie Principes of procedures Psychosociale nazorg aanpassen Behandeling transport vanuit brongebied (gewondennest) |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Post-its <ul style="list-style-type: none"> • Communicatie naar alle kanten • Overdracht /samenwerking • Communicatie tussen instellingen • First respons i.c.m. CoPI • LCMS geneeskundig landelijk | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Sessie :2

Mogelijke oplossingen

1: Communicatie / informatiemanagement:

- a) Communicatie / informatie publiek: confisqueren media / twitter etc.
- b) Communicatie / informatie in kolommen: een middel enkel bruikbaar tijdens rampen. Dat het alleen voor de hulpdiensten gebruikt kan worden op dat moment en dat andere dit systeem dus niet plat kunnen leggen.
- c) LCMS uitbreiden met chatfunctie

2: Veiligheid:

- a) Mentale voorbereiding / awareness/ defensie oefening en trainingen organiseren
- b) Psychosociale belasting als onderdeel van OTO
- c) Hulp/ expertise van defensie inroepen
- d) Fouilleren patiënten voor opname ziekenhuis – hoe in OTO?

3: Resources:

- a) Uitwisselen/ ter beschikking stellen van gespecialiseerd personeel (bv trauma chirurgen).
- b) Gezamenlijk trainen met regio's ZHZ/RR/VRZ
- c) Centrale voorraad voor middelen

4: Leiding en coördinatie:

- a) GSP (gewonden spreidingsplan) uitbreiding met terreur module (bv stuur slachtoffer naar andere regio igv mogelijke 2^{de} of 3^{de} aanslag)
- b) Opschalen capaciteit ook buiten de regio

Sessie :3

| Wat zijn de plus- punten Van de genoemde oplossingen | Wat zijn de min-punten Van de genoemde oplossingen | Haalbaar/ wel/niet/ misschien Van de genoemde oplossingen |
|--|--|---|
| 1a: social media gebruiken(sturen) goed bereikbaar voor iedereen | Confisqueren kan niet. Niet iedereen kan omgaan met social media | Rampenzender is haalbaar. Social media gebruiken. Goede training en taken verdeling. |
| 1b: LCMS is bruikbaar | Uit de kast halen tijdens een ramp Het is onbekend bij het gebruiken als het niet vaak gebruikt wordt | Bewording over afhankelijkheid van informatie voorziening. Als je het alleen uit de kast haalt tijdens een ramp is niemand hiermee getraind. En wordt het geen routine. |
| 1c: nee | ja | nee Whatsapp en onenote |
| 2a: LCMS Bewustwording Goed samen doen | Vergt veel tijd/geld | Samen oefenen is zeker haalbaar |
| 2c: Extra expertise . veel materieel, handig | Geen minpunt | Zeker haalbaar door de civiel militaire samenwerking |
| 3a: resources uitwisselen = samen doen | Beter patiënten vervoeren Geen artsen uitwisselen want ze hebben een eigen team etc. | Beter patiënten vervoeren |
| Met welke 3 oplossingen gaan we verder | | |

Sessie :4

| De 3 (haalbare) oplossingen en waarom | Plan van aanpak A. Wanneer wat bereikt | Plan van aanpak B: Hoe |
|--|--|--|
| Goede voorbereiding, awareness Oefenen mentale weerbaarheid | Met defensie oefenen Awareness vaardigheid communicatie Dec 2017 | Wat is nodig(middelen): Commitment organisaties Tijd geld Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid): Alle ketenpartners Wie gaat wat doen: GHOR doet coördinatie maar ketenpartners moeten mensen en kennis leveren |
| Patiënten vervoer ipv artsen vervoer | Oefenen Dec 2017 | Wat is nodig(middelen): Afspraken gemaakt worden Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid): Ziekenhuizen, ambu Wie gaat wat doen: Ziekenhuizen en ambu samen |
| Communicatie sociale media gebruik | Oefenen social media sturen Dec 2017 | Wat is nodig(middelen): Kennis en taakverdeling tussen communicatie medewerkers en afspraken tussen communicatie afdelingen Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid): Communicatie medewerkers en bestuurders Wie gaat wat doen: GHOR en ketenpartners |
| <p>Ruimte voor overige opmerkingen.</p> <p>Er moet een oefening komen tussen zeeland, zhz rr, haaglanden voor weerbaarheid en defensie hiervoor gebruiken.</p> | | |

Verlag: 1 -B

| Vraag: 1 procedures/protocolen/werkwijzen Wat doe je bij dreiging en terrorisme gevolgbestrijding anders dan bij incident dreiging en bestrijding iha mbt procedures, protocolen en werkwijzen | | | | Eventuele toelichting |
|---|---|---|--|-----------------------|
| Cluster 1 | Cluster 2 | Cluster 3 | Cluster 4 | |
| Personele veiligheid | Samenwerking | OTO en mentaal | Procedures en Planvorming | |
| <p>Beveiliging opschroeven</p> <p>Personele veiligheid benadrukken, versus personele veiligheid bestaat niet. Normale procedures werken niet in dit verband, dus creatief.</p> <p>Werken in de <i>hot zone</i>? En zo ja, hoe?</p> <p>Informatiemanagement versterken</p> <p>Verbindingen werken niet, dus creatieve oplossingen nodig. Zoek alternatieven tijdens de radiostilte</p> | <p>Multi</p> <p>Blijf bij je opdracht en weet wat de opdracht van anderen is. Kennis van elkaars procedures</p> <p>Samenwerking met andere ZHen intensiveren.</p> <p>Chain of command: Blauw</p> <p>Nadenken wie je nodig hebt</p> <p>Afstemming van de planvorming</p> | <p>Mentale voorbereiding</p> <p>Training, w.o. op <i>war medicine</i></p> <p>Meer multi oefenen</p> <p>Accepteer de chaos</p> | <p>Plannen niet veel anders dan anders, maar proberen aan te passen aan omstandigheden</p> <p>Dicht bij bestaande procedures blijven</p> <p>Checklist maken</p> <p>Plan = 1 A4tje</p> <p>Welke afspraken hebben we voor continuïteit? Continuïteitsplan updaten</p> <p>Nazorg uitwerken</p> <p>Regionale afspraken over GSP en <i>surge</i> capaciteit</p> <p>Normaal doen en doen als afgesproken</p> <p>Multiplan vormen versterken en rol Defensie beter invullen</p> <p>Planvorming updaten</p> <p>Specifieke plannen voor brongebied?</p> | |

Sessie :2

| |
|--|
| Mogelijke oplossingen |
| <p>1: veiligheid eenheid van informatie</p> <p>netwerk/verbindingen versterken en van tevoren alternatieven bedenken, zoals WhatsApp en Social media</p> <p>belboom versimpelen tot groeps-SMS, eventueel procedures afstemmen op verschillende rampniveaus</p> <p>HaRop-App verbreden naar rampen-App, m.n. voor functionarissen in de buurt (loopafstand).</p> |
| <p>2. samenwerking</p> <p>Meer multi moet</p> <p>Maak gebruik van iedereen in de buurt</p> <p>Crux zit niet in de acute fase, maar vooral daarna</p> |
| <p>3. OTO en mentaal</p> <p>Alle schakels intrainen.</p> <p>Willen leren</p> <p>Mindset goed krijgen</p> <p>Kennen en gekend worden. Elkaar's procedures kennen.</p> <p>Prepareer op aanslagen volgens KISS</p> <p>Ruimte scheppen/houden voor BOB (Werkt alleen bij profs)</p> <p>Uitgaan van de flexibiliteit en veerkracht van personeel in ZHen</p> <p>Tweedaagse trainingen Copi, ROT, SGBO weer oppakken en overkoepelend maken.</p> |
| <p>4. Procedures en plannen</p> <p>Plannen simpel houden/maken.</p> |

Sessie :3

| | Wat zijn de plus- punten Van de genoemde oplossingen | Wat zijn de min-punten Van de genoemde oplossingen | Haalbaar/ wel/niet/ misschien Van de genoemde oplossingen |
|---|---|---|---|
| 1. Veiligheid en info Telefoon terug naar 2G en via internet etc communiceren | | | |
| 2. Samenwerking Multi moet | | | Kennen en gekend zijn. Koppelvlakken beter duiden. Samen oefenen helpt om beter te weten wat de ander wel en niet doet en kan. Gezamenlijke plannen tot hoofdlijnen beperken (C&C, taken op hoofdlijnen, met nadruk op inter) en goed tussen de oren krijgen en houden, en vervolgens mono de eigen uitwerking. Dagelijkse procedures zo insteken dat deze ook bij opschaling werken. Taakkaarten |
| 3. OTO en mentaal Meenemen in reguliere OTO- programma Mikken op parate kennis die ook werkt zonder ICT | | | Alleen van regulier afwijkende punten aanvullen, b.v. dader tussen de slo's BOB blijft BOB en ABC blijft ABC. Alleen eenvoudig en eenduidig werkt. |
| 4. Plannen en procedures KISS kan | Reguliere procedures zijn al te ingewikkeld. Voor reguliere zaken maken we al ingewikkelde procedures en nu moeten we voor een ingewikkelde zaak een simpele procedure maken Er blijft overeenstemming tussen partijen nodig Niet alles in protocollen gieten om van verantwoording af te zijn | KISS en alleen op hoofdlijnen moet, want is enige dat werkt. Uitgaan van vakkennis en improvisatievermogen en niet vanuit de verantwoordelijkheidsstructuur Benadrukt noodzaak leiderschap en kennis van de procedures door de leiders Kleine poolvorming van mensen met ervaring die je bij echt grote zaken haalt. | |
| | Met welke 3 oplossingen gaan we verder | | |

Sessie :4

| De 3 (haalbare) oplossingen en waarom | Plan van aanpak A.Wanneer wat bereikt | Plan van aanpak B: Hoe |
|--|--|--|
| <p>Eenvoudige planvorming Dgl ook van toepassing in crisis, b.v. ABC en BOB. Houd het werkbaar en bottom-up/ervaring</p> <p>Algemeen overkoepelend plan (interdisciplinair) met daarin leiding en coordinatie, communicatie, opdrachten (basis), taakverdeling/taakkaarten</p> <p>Durf af te wijken. Investeer in vakkennis en leiderschap</p> | | <p>Wat is nodig(middelen): Bestaande procedures als uitgangspunt nemen. Zo nodig versimpelen, b.v. taakkaarten, en aandachtspuntenlijst terror toevoegen en zorgen dat het tussen oren komt en blijft</p> <p>Standaardisatie gewenst, landelijk Multi, accent op koppelvlakken.</p> <p>Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid): Leiding nemen bij de ontwikkeling, niet polderen Diegene aan wie je verantwoording aflegt meekrijgen</p> <p>Koepels in positie brengen? Gaat niet werken Ministerie? Duurt lang en te ingewikkeld één regio als trekker: bijvoorbeeld VRR</p> <p>Wie gaat wat doen: We zijn nog niet bij een oplossing</p> |
| | | <p>Wat is nodig(middelen):</p> <p>Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid):</p> <p>Wie gaat wat doen:</p> |
| | | <p>Wat is nodig(middelen):</p> <p>Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid):</p> <p>Wie gaat wat doen:</p> |
| Ruimte voor overige opmerkingen. | | |

Verslag: 1-C

| Vraag: Jow organisatie is deskundig (management en uitvoerend), maar toch... Welke kennis, kunde, ervaring en middelen i.h.k.v. dreiging en terroristische aanslagen mis je (nog)? | | | | Eventuele toelichting |
|--|---|---|---|-----------------------|
| Cluster 1 Communicatiemiddelen | Cluster 2 Veiligheid werkplek | Cluster 3 Voorbereiden | Cluster 4 Leiderschap | |
| Uitval verbindingen, zorg voor alternatief Ivm verwachte uitval, gebruik alternatieven Hoe gaan we om met weinig informatie? | Veiligheid als organisatie vs. open instelling Hoe ga je om met veiligheid onder hulpverleners Veilig kader creëren, op verschillende niveaus Iedere instelling een eigen anti-terreur eenheid | Studiereis naar Kunduz (ervaring opdoen) Niet gewend met traumachirurgie om te gaan Regionale oefening, met elkaar trainen als zorginstelling Denkwijze van een terrorist Zorg voor goede mindset van hulpverleners en centralisten. Hoe om te gaan (=kennis) met met dreiging Planvorming naar werkvloer Eigen aanslag voorbereiden | Leiderschap geruststelling Stel rustige en kalme coördinator aan Aandacht voor elkaar | |
| Cluster 5 Zorg voor patiënt en verwanten versus. strakke regels Gebruik bussen voor ongeregistreerde so's in rampscenario's Registratie patiënten Slachtofferregistratie | Cluster 6 Nazorg Nazorg hulpverleners 'film' in zijn totaliteit Nazorg afspraken Nazorg prio 1. Er zal iets onverwachts gebeuren. Dat is de enige zekerheid. Zorg dus voor meer nazorg Hoe gaan we met kinderen om | | | |

Sessie :2

| |
|---|
| Mogelijke oplossingen |
| 1: Alternatieve communicatiemiddelen aanschaffen, zoals eenvoudige porto's Speciaal afgestemd verbindingsschema: wie mag nog praten? Vb niet ambu's, wel coördinatoren Haal de helft van de uitgegeven porto's weg om overbelasting te voorkomen Ordonnance aanstellen Streng etherdiscipline Informatie delen via andere systemen, vb LCMS / LCMS geneeskundig specifiek binnen witte keten Verbindingsmiddelen op noodstroom |
| 2 Gezond boerenverstand, geen procedures Zorg voor mentale voorbereiding in omgang met onveilige situaties Kennissluitwisseling: tactische kennis bij witte kolom, medische kennis bij blauwe kolom Kijken en luisteren naar elkaar: specialisten maar ook je partner Toerusting ambulances zoals kogelwerende vesten Beveiliging bij voordeur instellingen opschroeven Speciale interventieteams bij ambulancedienst voor samenwerking met teams politie Durf weg te blijven / afstand te houden als het niet veilig voelt |
| 3 Voorlichting door ervaringsdeskundigen, v.b. van defensie uitzendgebieden Casuïstiek training, gezamenlijk trainen, zo realistisch mogelijk CBRNe oefenen Voldoende ter beschikking hebben van middelen > goed over nadenken |
| 4 Structuur moet duidelijk zijn (chain of command) Oefening Aandacht voor iedereen, situationeel leiderschap Selectie van personeel, sturen en bijsturen, wegsturen Realiteitszin versterken, wereld van nu en verwachting van personeel Splitsing in taken Opleiding aanpassen Werken aan cultuur in de organisatie, organisatie meenemen in de nieuwe tijd Crisiszorg op de agenda zetten in de zorginstellingen Kennen gekend worden Natuurlijk leiderschap accepteren, juiste persoon op juiste plek |
| 5 (niet aan toegekomen) |
| 6 Nazorg voor mensen die niet direct betrokken zijn Collegiale opvang Nazorg lange termijn Nazorg tijdens het incident |

Sessie :3

| Wat zijn de pluspunten Van de genoemde oplossingen | Wat zijn de minpunten Van de genoemde oplossingen | Haalbaar/ wel/niet/ misschien Van de genoemde oplossingen |
|---|---|--|
| 1 | Alternatieve middelen slecht bereik, geen vertrouwen in Ordonnance geen goed gebruik van je middelen Etherdiscipline zou al aanwezig moeten zijn. Attitude pas je niet zomaar aan LCMS werkt niet in het veld, alleen in staven | Alternatieve middelen geen goed idee Selectief verbindingsschema goed idee Porto's inleveren niet doen Ordonnance kan aanvullend werken (met randvoorwaarden) |
| 2 Uitrusting: ook buiten terrorisme heeft dat nut (horeca, openbare orde) Beveiliging kun je flexibel in zijn | GBV: pas op voor geconditioneerd gedrag Vertrouwen in oordeel van anderen: ja, maar niet gaan polderen Uitrusting: nee, waar stop je? Wekt onveilig werken in de hand Beveiliging opschroeven escaleert Casuïstiektraining: basis op orde, niet voorbereiden op het incident van gisteren Oefenen: praktisch moeilijk realiserenbaar, wordt groot Chain of command: we hebben toch een structuur? > opdracht moet duidelijk zijn, commanders intent. | Gezond boerenverstand moet altijd aanwezig zijn. Mindset op investeren Kennisuitwisseling: niet alles, de processen kennen. Afstand durven houden, mits voldoende gedekt Voorlichting door ervaringsdeskundigen Casuïstiektraining, maar niet voorbereiden op incident van gisteren. Multi oefenen, w.o. CBRN en commandovoering |
| 3 (zijn we niet aan toegekomen) | | |
| 4 (zijn we niet aan toegekomen) | | |
| 5 (vorige ronde niet aan toegekomen) | | |
| 6 (zijn we niet aan toegekomen) | | |
| <p>Met welke 3 oplossingen gaan we verder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investeren op mentale voorbereiding • Door multi te oefenen bereiden we ons mentaal voor en krijgen we vertrouwen in elkaar (over de kolommen heen) bij een terrorisme gerelateerd incident • Selectief gebruik verbindingsschema voor grootschalige situatie | | |

Sessie :4**Niet aan toegekomen**

| De 3 (haalbare) oplossingen en waarom | Plan van aanpak A.Wanneer wat bereikt | Plan van aanpak B: Hoe |
|---|--|---|
| Investeren op mentale voorbereiding | | Wat is nodig(middelen): Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid): Wie gaat wat doen: |
| Door multi te oefenen bereiden we ons mentaal voor en krijgen we vertrouwen in elkaar (over de kolommen heen) bij een terrorisme gerelateerd incident | | Wat is nodig(middelen): Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid): Wie gaat wat doen: |
| Selectief gebruik verbindingsschema voor grootschalige situatie | | Wat is nodig(middelen): Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid): Wie gaat wat doen: |
| Ruimte voor overige opmerkingen. Opnemen in reguliere OTO cyclus. Jaarplan 2017. Eind 2016 grote multi oefening. Mono kan je voor jezelf al (kleinschalig) dingen doen. Komt later multi bij elkaar. Table tops zijn relatief snel te organiseren. | | |

Verslag: 1-D

| Vraag: Jow organisatie is deskundig (management en uitvoerend), maar toch... Welke kennis, kunde, ervaring en middelen i.h.k.v. dreiging en terroristische aanslagen mis je (nog)? | | | | Eventuele toelichting |
|---|--|---|--|--|
| Cluster 1 mensen | Cluster 2 Kennis / kunde | Cluster 3 Ervaring | Cluster 4 verantwoordelijkheden | Cluster 5 Media/ informatie/ communicatie |
| <ul style="list-style-type: none"> Langdurige hereniging verwanten (kan dagen duren, nu proces voor een paar uur geregeld (personele bezetting, middelen, mogelijkheden) Beroepsgeheim discussie Betrekken burger bij noodhulp | <ul style="list-style-type: none"> Kennis over bepaalde kenmerken / gevaarssetting. (aangeboden cliënten binnen de GGZ) OTO, voorbereiden/ scholen veiligheid/ kunde medewerker t.a.v. dreiging & terrorisme Expert vanuit GHOR tertr consultatie OTO op dit gebied voor crisisorganisatie GHOR Ervaringen/ kennis met verwondingen door geweld Specifieke terroristische verwondingen (zit onvoldoende in huidige opleidingen) Wat als de aanslag binnen ons gebouw i? met onze mensen wat doen we dan? 'Stille' angst na een aanslag (hoe gaan mensen ermee om die zich niet melden bij PSH of huisarts) | <ul style="list-style-type: none"> Ervaring inzake omgaan met (on) veiligheid Ervaring delen met SEH team (awareness) Ervaring met politieke / bestuurlijke drukte bij zo'n angstige ervaring Terrorisme gevolgbestrijding = cultuurverandering (awareness / echt anders denken Beveiliging ziekenhuis | <ul style="list-style-type: none"> Elkaars processen kennen Duidelijkheid over intern en extern e verantwoordelijkheden (schoenmaker blijf bij je leest) Kennis over bestaande plannen en eigen rol daarin. Expertsessies met ketenpartners en inzicht in elkaars knelpunten Een plan terrorismebestrijding voor de witte kolom Weten wat elkaars rol is Mortuarium uitbesteed: afspraken over crisis. Ketendenken en afstemming met anderen | <ul style="list-style-type: none"> Gebruik van de media Essen onenote? > vervolg Eenduidigheid in begrippen <p>Middelen</p> <ul style="list-style-type: none"> Een eenduidig en eenvoudig systeem voor slachtofferregistratie (software) Aandachtsspecifieke GHOR-specifieke Convenant politie inbedden in HAROP mbt dreiging Bijzondere situaties opvang BOT-teamin HAROP |

Sessie :2

| |
|---|
| Mogelijke oplossingen |
| 1: trainen in specifiek slachtofferbeeld/ behandeling m.b.v. defensie/ politie opleiden en trainen voor verkrijgen inhoudelijke medische kennis Verwachtingenmanagement richting hulpverleners (wat verwachten voor medische problematiek) |
| 2: beroepsgeheim: landelijk beleid delen daderinfo/ definiëren beroepsgeheim |
| 3 burgers: voorlichting/ aanpassen EHBO-opleiding/ app's EHBO + do's en don'ts |
| 4 ervaring: gezamenlijk oefenen (multidisciplinair) in de keten (frequent klein en groot) Haal ervaring binnen |
| Systeem command & control goed inrichten |
| 5: Command & control: Leren van fouten in oefeningen |
| 6: Media/ informatiestructuur: Werken met whats-app groepen Communicatie en voorlichting zo snel mogelijk z.s.m. Centrale regie bij hulpverleningsdiensten/ overheid handelingsperspectieven communiceren (ook om slachtofferstromen te sturen -> verwijzen naar waar plaats is of waar ze moeten zijn) |
| 7: Middelen: Innovaties inzetten + ontwikkelingen (bv drones) |

Sessie :3

| Wat zijn de plus- punten Van de genoemde oplossingen | Wat zijn de min-punten Van de genoemde oplossingen | Haalbaar/ wel/niet/ misschien Van de genoemde oplossingen |
|---|--|--|
| 1 Grotere kans dat bepaalde groep letselgroep effectief wordt behandeld | Kost tijd en geld. Hoe zinvol is het? Hoe vaak komt het voor? | + Dedicated team In basisopleiding implementeren |
| 2 Verhogen veiligheid Kunnen anticiperen wat erop je afkomt | Mogelijk ethisch probleem | +/- Beroepsgeheim uitbreiden met criteria waar dit niet geldt |
| 3 Extra handen om te helpen | Teveel mensen in de weg geeft meer chaos Grotere kans op ongecoördineerde hulpverlening | |
| 4 +++ | | + |
| 5 Verbeter het proces en de inzet | Kost tijd | + |
| 6 veel info en snel (is nu encrypted/ versleutelde informatie) | Wie selecteert wie in de groep komt? | + |
| 7 meer info sneller ter plaatse en bij de mensen | Verhogen paniek (drones in de lucht) | + |
| Met welke 3 oplossingen gaan we verder | | |

3 haalbare oplossingen:

- 1, 4 en 5
- 2
- 6 en 7

Sessie :4

| De 3 (haalbare) oplossingen en waarom | Plan van aanpak A. Wanneer wat bereikt | Plan van aanpak B: Hoe |
|---|--|---|
| Deskundigheid verhogen Goed OTO/trainingen. Vlgs PDCA-cyclus speciaal gericht op terrorisme. Gericht gebruik maken van expertise defensie/ politie | 1 jan 2018 zijn in alle organisaties van de witte kolom dedicated teams benoemd en opgeleid. | Wat is nodig(middelen): Trainingsprogramma (landelijk ontwikkelen) Realistische trainingsomgeving Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid): ROAZ/ Veiligheidsregio/ organitorisch binnen de eigen instelling Wie gaat wat doen: |
| Verbeteren communicatie zowel inhoudelijk als technisch | 1 juli 2017 | Wat is nodig(middelen): de al bestaande communicatiemiddelen verbeteren en beter inrichten <ul style="list-style-type: none">• whats app• LCMS uitbreiden• One note (mits beveiligd) Geld Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid): IFV, geld IT-kennis Wie gaat wat doen: Veiligheidsregio |
| Landelijk beleid t.a.v. beroepsgeheim formuleren (mn als het gaat om daderinfo) | Januari 2017 | Wat is nodig(middelen): Landelijke richtlijn (2-richtingsverkeer) Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid): Wie gaat wat doen: KNMG en andere beroepsvereniging, V&J/ politie en VWS richtlijn opstellen |
| Ruimte voor overige opmerkingen. | | |

Verslag: 1-E

| Vraag: De eerste impact van de aanslag is achter de rug. Je wilt afschalen. Hoe (wie, wat en wanneer) Ga je dit doen en met wie? | | | | Eventuele toelichting |
|--|--|---|---|-----------------------|
| Cluster 1 Witte Kolom | Cluster 2 Multidisciplinair | Cluster 3 Veiligheidsbeleving | Cluster 4 | |
| <p>Wie besluit in welk overleg tot afschaling?</p> <p>Overleg ROT (overzicht)</p> <p>Wie: OVD-P, OVD-B, OVD-G, MKA, gemeente/ROT</p> <p>OvDG (ivm coordinatie op de rampplek)</p> <p>Personeel afschalen (ziekenhuis)</p> <p>Afstemming SEH-HAP</p> <p>Wat afstemmen met betrokken ketenpartners</p> <p>Welke communicatie van uit het ziekenhuis?</p> | <p>Tempo verschillen tussen de actoren.</p> <p>Wanneer als slachtoffers afgevoerd zijn voor witte kolom, voor rood of voor blauw</p> | <p>Hoe de communicatie</p> <p>Welke impact heeft de veiligheidssituatie voor het ziekenhuis?</p> <p>Verslaglegging van contacten</p> <p>Afspraken maken over nazorg voor het personeel</p> <p>Overleg met BOT-leden over psycho- opvang</p> <p>Nazorg</p> | <p>Operationele werkelijkheid</p> <p>Verschil in beleving</p> | |

Sessie :2

| |
|---|
| Mogelijke oplossingen voor |
| Tempo verschillen tussen actoren m.b.t. afschaling (zowel mono als multi) |
| 1: Meldpunt afschaling instellen. Afschalingsbeslissing multidisciplinair nemen. |
| 2: Eén persoon neemt besluit. |
| 3: Iedereen inlichten (dat er is afgeschaald.) |
| 4: Einde afschaling - nazorg starten (van acuut naar nazorg, moment duidelijk maken) |
| 5: Er kan verschil zijn tussen - operationeel afschalen Beleidsmatig/strategisch - afschalen |

Sessie :3

| Wat zijn de plus- punten Van de genoemde oplossingen | Wat zijn de min-punten Van de genoemde oplossingen | Haalbaar/ wel/niet/ misschien Van de genoemde oplossingen |
|---|---|---|
| 1. Centraal overzicht/duidelijk | Lange bezetting en dus belasting voor partners | Wel - Wel haalbaar maar verder uitdenken. Niet - Het heft zichzelf op. |
| 2 Helder, daadkrachtig | Deskundigheidsprobleem? | Niet haalbaar. Kan voor problemen zorgen. |
| 3 + | - | ja |
| 4 Operationeel attent = zo | | |
| 5 Moet = duidelijk | | |
| Met welke 3 oplossingen gaan we verder | | |

Sessie 4

| De 3 (haalbare) oplossingen en waarom | Plan van aanpak A.Wanneer wat bereikt | Plan van aanpak B: Hoe |
|---|--|---|
| Centraal overzicht middels meldpunt. Zorgt voor duidelijkheid Multi Communicatie op moment van afschalen | | |
| | | Wat is nodig(middelen): Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid): Wie gaat wat doen: |
| | | Wat is nodig(middelen): Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid): Wie gaat wat doen: |
| Ruimte voor overige opmerkingen. | | |

Verlag: 1-F

| Vraag: De eerste impact van de aanslag is achter de rug. Je wilt afschalen. Hoe (wie, wat en wanneer) ga je dit doen en met wie stem je af? | | | | Eventuele toelichting Nadere duiding: Kantelpunt van acuut naar regulier |
|---|---|--|---|---|
| Cluster 1 Besluitvormingsproces | Cluster 2 Verwerking | Cluster 3 Communicatie voor zorgprofessionals in de keten | Cluster 4 Continuïteitszorg | |
| <p>Goed in beeld brengen wat het juiste beeld is. Wat is je informatiepositie? via BOB en wie heeft het juiste beeld? Kantelpunt, omdat er meer tijd beschikbaar komt.</p> <p>Niet te snel afschalen. Bron/effect versus impact</p> <p>Hebben we een gezamenlijk beeld van het dreigingsniveau (dreigingsniveau duidelijk communiceren)?</p> <p>Security risk assesment. Hebben we daders tussen de SO? Zijn we zelf veilig?</p> <p>Afstemmen met politie over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welke informatie is er beschikbaar buiten het incidentgebied - Multi afstemming over wat we hebben meegemaakt met alle disciplines (indein mogelijk) <p>er zijn meerdere momenten van afschaling. Moment van hulpverleners hebben SO vervoerd, ZKH schalen af op ander moment</p> <p>debrief met coördinatoren</p> | <p>Moeten er bijeenkomsten komen voor SO's / hulpverleners of betrokkenen/ getroffen)</p> <p>Psychosociale nazorg</p> <p>Voorlichting en opvang familie personeel</p> <p>PSHOR nazorg voor first responders en 2^{de} lijn (ook zorgverleners en betrokkenen)</p> <p>Latere nazorg: nascholing latere effecten voor patiënten en zorgverzekeraars</p> <p>Telefoonnummer</p> <p>Telefoonnummers voor SO's en getroffen en moet blijven</p> <p>Nascholing voorlichting HA over PSHOR</p> <p>Moet er monument komen?</p> <p>Totaalbeeld verzorgen voor hulpverleners. Je staat als hulpverlener bij 1 stukje en mist het totaalbeeld. Daar kom je thuis achter als je TV aanzet</p> <p>Evaluatie bijeenkomst betrokkenen</p> <p>Eerste lijnszorg moet goed geïnformeerd worden</p> <p>Bedrijfsopvangteam voor betrokken hulpverleners regelen op de post</p> <p>Debriefing (blauw)</p> <p>Hoe zijn de hulpverleners eraan toe en wat betekent dat voor periode die nog komt?</p> | <p>Communicatie (<i>incl. voorlichting</i>) met huisartsen</p> <ul style="list-style-type: none"> - soorten trauma - latere effecten/risico's bv. Metaalfragmenten) - Specifieke verwijsmogelijkheden - met name nazorg psychosociaal) - Centraal informatienummer / websites voor vragen etc. <p>Afstemming partners (multi CP</p> | <p>Voorraden, beschikbaarheid personeel (na crisis....tijd) / na psychische toestand</p> <p>Afstemmen hulpverleners witte kolom rond capaciteit</p> <p>Langdurig uitval personeel</p> <p>Prio 1 mensen en middelen vertraging lopende processen</p> <p>Check op operationele inzetbaarheid</p> <p>Cluster 5 overig: Zijn alle medische kosten gedekt?</p> <p>Rapportage incident / onderzoekscommissies</p> <p>Documentatie op orde brengen (individueel en collectief)</p> <p>Info thuisfront</p> <p>Fysieke en mentale controle</p> <p>Afstemmen met overheid</p> <p>Zijn alle medische kosten gedekt</p> <p>Afschalen op plaats incident / opschalen in de hulpverleningsorganisatie</p> | |

Sessie :2

Mogelijke oplossingen

1. Open communicatie: Alle informatie voor iedereen toegankelijk, incl medische en patiënt informatie (*als iedereen op Twitter kan waarom niet op LCMS*)
2. Handelen vanuit 'de bedoeling' (*Houd je wel aan je eigen rol. Niet afgeremd worden op procedurefouten*)
3. Afschalen per eenheid – niet collectief
4. Overdracht acute naar nafase – andere organisaties → continuïteit
5. Overzicht/duidelijkheid contactpersonen & verantwoordelijkheden – ook in nafase (Duidelijkheid waar men voor wat bij wie moet zijn. Tijdens de acute fase is alles mogelijk maar na de ramp valt gevoel van solidariteit weg. *' de grootste ramp is na de ramp' .*)
6. Crisisorganisatie voor nafase – onorthodoxe maatregelen
7. Alle juristen en politici een half jaar op vakantie (*'ik stap in mijn auto en dan heb ik de voorlichter al aan de lijn'*)
8. Media vertegenwoordigd in crisisteam (voor eenduidige berichtgeving)
9. 1 loket voor alle hulpvragen. ook voor hulpverleners, nabestaanden etc.. Fysiek en digitaal. Voor bijstand, PSHOR, etc (one stop shop).
10. Heb begrip voor elkaar
11. Zet mensen die je niet kon inzetten tijdens de acute fase, in voor de nafase.
12. Bufferzone; reguliere zorg in nafase naar andere zorginstellingen

Sessie :3

| Wat zijn de plus- punten Van de genoemde oplossingen | Wat zijn de min-punten Van de genoemde oplossingen | Haalbaar/ wel/niet/ misschien Van de genoemde oplossingen |
|---|---|---|
| 1 - Iedereen geïnformeerd - Hereniging eenvoudig | - Informatie wordt niet meer gedeeld omdat dan iedereen erbij kan - Ook informatie over daders beschikbaar | Haalbaar indien niet iedereen erbij kan en niet alles beschikbaar komt |
| 2 - Je laat iedereen doen waar hij goed in is en iedereen is betrokken - Intelligent ongehoorzaam | - Iedereen bemoeit zich met alles - Geen coördinatie / overzicht | Haalbaar en gebeurd al deels |
| 3 - Eigen regie | - Deel niet meer.... | Haalbaar, |
| 4 - Alleen maar plus | - geen | haalbaar |
| 5 - wenselijk | - geen | haalbaar |
| 6. snelle besluitvorming\nog nodig: acceptatie | privacy vraagstukken | haalbaar |
| 7. werd niet serieus genomen / niet behandeld | | |
| | | |
| 8. - Media snel de wereld in | - Besluitvorming laat je leiden door aanwezigheid pers / je voelt je belemmerd om vrij uit te praten | Niet in volle omvang. Media wel meer als vriend/partner zien en niet als vijand |
| 9. 1 aanspreekpunt | - Wat communiceer je? Niet alle info bij juiste instelling | ja |
| Met welke 3 oplossingen gaan we verder | | |

Sessie :4

| De 3 (haalbare) oplossingen en waarom | Plan van aanpak A.Wanneer wat bereikt | Plan van aanpak B: Hoe |
|--|---|--|
| Nazorg voor hulpverleners | <p>Hoe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leren van debriefingsmethode van de politie - Leren en samenwerken GGZ en defensie (<i>defensie met name voor thuisfront. Thuisfront kan eerder signaleren</i>) <p>Wanneer: 1/1/2017 regionale sesie 0101xxxx elke organisatie zelf (<i>het is een cultuurverandering</i>)</p> | <p>Wat is nodig(middelen):</p> <p>Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid):</p> <p>Wie gaat wat doen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eigen leidinggevend (en ook de baas. Kan ook in fasen/later moment) (<i>medewerkers voelen zich gesteund als de leidinggevende aandacht heeft</i>) |
| Media vertegenwoordiger in crisisteam (nafase) | <p>Deadline: 31 oktober 2016 brainstorm georganiseerd door DPG Elly</p> | <p>Wat is nodig(middelen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vertrouwen - Brainstorm sessie organiseren met TV Rijnmond omdat zij rampenzender zijn (Elly actiehouder) - Later wellicht ; Brainstorm tussen zorginstellingen en Hilversum - <p>Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persvoorlichters en afdelingen communicatie <p>Wie gaat wat doen:</p> |
| 1 loket voor getroffen (SO, Hulpverleners etc) | <p>Globaal plan opstellen (en voorleggen aan (zie middelen) Komend half jaar actiehouder Elly</p> | <p>Wat is nodig(middelen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hulp van bevolkingszorg, kennis van slachtofferhulp Nederland, PSHOR <p>Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid):</p> <p>Wie gaat wat doen:</p> |
| Overdracht acute naar nafase | <p>Aansluiten bij project evacuatie ziekenhuizen. Dit is net besloten door Roaz. Contact via Erik van de Linden</p> | <p>Wat is nodig(middelen):</p> <p>Wie is nodig (mensen, organisatie, deskundigheid):</p> <p>Wie gaat wat doen:</p> |
| Ruimte voor overige opmerkingen. | | |

Bijlage 4: De deelnemende instellingen

| |
|---|
| Albert Schweitzerziekenhuis |
| Ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond |
| Ambulancezorg Witte Kruis Zeeland |
| Antes |
| Antes/Delta |
| Bavo Europoort |
| Brandweer Nederland/IFV |
| Centrale Huisartsenpost Rijnmond |
| Dienst Gezondheid & Jeugd |
| Dienst Gezondheid & Jeugd ZHZ (GGD Zuid-Holland-Zuis) |
| Erasmus MC |
| Franciscus Gasthuis en Vlietland |
| GGD GHOR Nederland |
| GGD Rotterdam-Rijnmond |
| GGZ Delfland |
| GHOR Brabant Zuidoost |
| GHOR Gooi en Vechtstreek |
| GHOR Haaglanden |
| GHOR Twente |
| GHOR ZHZ |
| HAP |
| Havenziekenhuis |
| Huisartsenpost Goeree-Overflakkee |
| Huisartsenpost Nieuw Waterweg Noord |
| Huisartsenpost Rijnmond |
| Ijssellandziekenhuis |
| Ikazia Ziekenhuis |
| LHV kring Rotterdam |
| Lucertis en De Juffers |
| Maasstadziekenhuis |
| Ministerie V&J |
| Ministerie VWS |
| MKA ZHZ |
| NCTV |
| Nucleuszorg |
| Oogziekenhuis |
| Politie eenheid Rotterdam |
| Politie, DROC, OC |
| Politie, eenheid Zeeland West Brabant |
| Rijndam |
| Rijnmond Ziekenhuizen (SRZ) |
| Rode Kruis Rotterdam-Rijnmond |

Sanquin Bloedvoorziening

Traumacentrum ZWN

Van Weel Bethesda ziekenhuis

Veiligheidsregio Kennemerland/ GHOR

Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond

VR GZ

VR ZHZ

VRU

VRZHZ

Witte Kruis

Zeeuwse huisartsen coöperatie

Zorggroep ZGWA

Bijlage 5: De cartoons



