



ADDENDUM: SCENARIO MILITAIR CONFLICT

INLEIDING

Het huidige 'Plan voor landelijke coördinatie van patiëntenspreiding' van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) bevat een landelijke set afspraken voor de opschaling van de bovenregionale coördinatiefunctie bij langdurige druk of een disbalans in de beschikbaarheid van acute zorg. Het plan beschrijft per fase van verhoogde druk welke besluiten en maatregelen genomen kunnen worden om de situatie zo effectief mogelijk te beheersen.

Langdurige druk op de (acute) zorg kan verschillende oorzaken hebben. Vaak ontstaat deze binnen één of meerdere regio's. Wanneer in dergelijke gevallen regionale coördinatie onvoldoende blijkt wordt landelijke coördinatie noodzakelijk. Het 'Plan voor landelijke coördinatie van patiëntenspreiding' biedt hiervoor de benodigde handvatten. Er zijn echter ook scenario's denkbaar waarbij de druk niet voortkomt uit een interne disbalans, maar uit een plotselinge toestroom van patiënten van buiten Nederland, bijvoorbeeld als gevolg van een militair conflict.

Dit addendum vormt een aanvulling op het "Plan voor landelijke coördinatie van patiëntenspreiding" en biedt een situatieschets en legt de afwijkende beleidsafspraken vast voor de opvang van patiënten in Nederland bij een militair conflict. Doel is om in een dergelijke situatie een tijdige overgang naar landelijke coördinatie te borgen en de samenwerking tussen betrokken partijen te structureren.

Voorliggend werkdocument is een concept en dient als basis voor verdere afstemming. In overleg met relevante stakeholders wordt de inhoud nader aangescherpt. De hierin opgenomen informatie is niet definitief en kan nog worden gewijzigd.

SCOPE EN SITUATIESCHETS

Bij een grootschalig militair conflict wordt een toestroom van grote aantallen gewonde en zieke patiënten verwacht. Het LNAZ onderscheidt daarbij drie mogelijke patiëntenstromen:

- **Militaire patiënten:** dit kunnen Nederlandse militairen, buitenlandse militairen en mogelijk ook krijgsgevangenen zijn.
- **Buitenlandse burgerslachtoffers:** de kans bestaat dat we bij een conflict ook buitenlandse burgerslachtoffers in Nederland opvangen. De verwachting is dat coördinatie hiervan verloopt via het European Civil Protection Mechanism (UCPM).
- **Slachtoffers in Nederland (burger en/of militair):** bij een militair conflict is het niet ondenkbaar dat er burger of militaire slachtoffers op Nederlands grondgebied vallen.

Hoewel deze stromen los van elkaar kunnen voorkomen, is het waarschijnlijker dat zij zich gelijktijdig voordoen, waardoor de druk op het Nederlandse gezondheidssysteem aanzienlijk toeneemt. Daarnaast kunnen er bij een militair conflict vluchtelingenbewegingen uit landen aan de frontlinie ontstaan. Indien deze vluchtelingen in Nederland worden opgevangen, zullen zij ook een beroep doen op de civiele gezondheidszorg. Ook dit vergroot de druk op het zorgsysteem. De opvang voor deze groep valt buiten de scope van dit plan.



UITGANGSPUNTEN

Militaire patiënten

Het uitgangspunt voor de opvang van militaire patiënten in Nederland is dat Defensie dit in eerste instantie zelf verzorgt. Patiënten gaan, onder coördinatie van Defensie zelf, voor de eerste opvang naar het Calamiteitenhospitaal in Utrecht. Gespecialiseerde en klinische zorg wordt vervolgens zo veel als mogelijk in het Centraal Militair Hospitaal (CMH) of Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) geleverd. Wanneer de capaciteit van het Calamiteitenhospitaal, het UMCU en het CMH ontoereikend is, zal aansluitend een beroep gedaan worden op de Instituut samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR) voor bedcapaciteit.

Zodra voorzien wordt dat de capaciteit en/of coördinatiefunctie van de militaire gezondheidszorgketen ontoereikend blijkt of naar verwachting op korte termijn uitgeput raakt, kan door Defensie via VWS de inzet van de civiele gezondheidszorgketen voor zorgverlening en de hulp van het LCPS/RCPS voor coördinatie worden ingeroepen. Zorgorganisaties zullen in dat geval door VWS worden verzocht om bij te dragen aan zorg voor militaire patiënten.

In het geval dat het Landelijk Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding (LCPS) en de Regionale Coördinatiecentra Patiënten Spreiding (RCPS-en) worden ingezet voor coördinatie zal de spreiding in beginsel plaatsvinden op geleide van de afspraken in het 'Plan voor landelijke coördinatie van patiëntenspreiding'. Daarbij is het essentieel dat VWS en het LNAZ tijdig worden betrokken bij een voorgenomen besluit. Dit geeft het LCPS en partijen enerzijds voldoende tijd om op te schalen, anderzijds voorkomt dit dat de militaire gezondheidszorgketen, die deels overlapt met de civiele gezondheidszorgketen, volledig wordt benut waardoor coördinatie door het LCPS minder effectief kan zijn. Aan Defensie wordt daarom verzocht om het moment van overgang van de militaire naar de civiele gezondheidszorgketen, en daarmee de inzet van landelijke coördinatie van patiëntenspreiding, vast te stellen.

Voor een efficiënte en effectieve coördinatie van de spreiding van militaire patiënten is nauwe afstemming tussen Defensie en het LCPS cruciaal. Ter ondersteuning hiervan zal een militair liaison team vanuit Defensie fysiek aan het LCPS worden toegevoegd. Het militaire team beschikt over de specifieke deskundigheid om het LCPS te ondersteunen bij het maken en uitvoeren van een spreidingsplan militaire patiënten. Daarnaast beschikt het team over de mogelijkheid om via militaire communicatiemiddelen te ondersteunen in coördinatie taken van het LCPS.

Buitenlandse burgerslachtoffers

Indien wordt besloten om tijdens een conflict ook buitenlandse burgerslachtoffers in Nederland op te vangen, ligt het voor de hand dat de coördinatie hiervan plaatsvindt via het European Civil Protection Mechanism (UCPM). In dat geval zal het ministerie van VWS het LCPS verzoeken de landelijke coördinatie van deze patiëntengroep op zich te nemen. Conform de bestaande afspraken voor medische evacuees zullen deze patiënten zoveel mogelijk evenredig over Nederland worden verspreid.

Burgerslachtoffers in Nederland



Burgerslachtoffers als gevolg van een militair conflict worden zoveel mogelijk opgevangen en behandeld binnen de eigen regio, conform de afspraken in de Leidraad Grootchalige Geneeskundige Bijstand (GGB). Wanneer er echter sprake is van grote aantallen burgerslachtoffers, in combinatie met een gelijktijdige instroom van militaire patiënten, kan worden besloten de betreffende regio tijdelijk te ontlasten. Voor de eventuele activatie van het LCPS in dergelijke situaties worden de procedures en afspraken uit het 'Plan voor landelijke coördinatie van patiëntenspreiding' gevolgd.

BESLUITVORMING

Wanneer vanuit Defensie of UCPM een beroep wordt gedaan op de civiele gezondheidszorgketen in Nederland, kan opschaling naar fase 2a van het 'Plan voor landelijke coördinatie van patiëntenspreiding' noodzakelijk zijn. Bij hoge instroom van patiëntengroepen van buiten Nederland beslist het ministerie van VWS of zorginstellingen gevraagd worden bij te dragen aan de zorg voor deze patiënten. Bij een positief besluit:

- verzoekt VWS de zorginstellingen zorg te verlenen (inclusief afspraken over bekostiging, indien het niet-Nederlandse ingezetenen betreft);
- verzoekt VWS de algemene leden vergadering (ALV) van het LNAZ om het LCPS en de RCPS-en in de regio's te activeren. De ALV beschouwt dit verzoek als een opdracht en besluit formeel tot de overgang naar fase 2a, inclusief de activatie van het LCPS en de RCPS'en.

Wanneer een dergelijk besluit genomen wordt, heeft dit invloed op de zorgcontinuïteit in de regio's. De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) draagt zorg voor afstemming tussen zorg, publieke veiligheid en openbaar bestuur.

Indien een verzoek tot coördinatieopschaling via een andere partij binnenkomt, zoals een ander ministerie of een buitenlandse entiteit, verwijst het LNAZ deze partij naar VWS en bovenstaande procedure. Vervolgens neemt het LNAZ proactief contact op met het ministerie van VWS.



INZET CIVIELE GEZONDHEIDSZORG VOOR MILITAIRE SLACHTOFFERS

Na het besluit om de civiele gezondheidszorgketen in te zetten voor de opvang van militaire slachtoffers bij een militair conflict, verschuift de verantwoordelijkheid deels van Defensie naar de civiele zorgstructuur. In de volgende hoofdstukken wordt beschreven hoe de opschaling in de praktijk wordt vormgegeven: welke partijen worden geactiveerd, hoe de coördinatie tussen militaire en civiele zorg verloopt en welke afspraken gelden voor spreiding, opvang en vervolgzorg. Het doel is om de instroom van patiënten gecoördineerd en verantwoord op te vangen, met behoud van samenhang tussen de militaire en civiele keten.

PATIËTENGROEPEN

Wanneer wordt besloten over te gaan op de inzet van de civiele gezondheidszorgketen onderscheidt het LCPS voor eerste plaatsing¹ een aantal patiëntengroepen:

- Patiënten die primair klinische ziekenhuiszorg nodig hebben;
- Patiënten die poliklinische ziekenhuiszorg nodig hebben;
- Patiënten die primair medisch specialistische (klinische) revalidatie- of herstellzorg nodig hebben;
- Patiënten die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben;
- Patiënten die verpleeg-, verzorgings- en/of thuiszorg (VVT) nodig hebben. De coördinatie voor deze patiëntengroep dient samen met de betrokken partijen nader te worden onderzocht en uitgewerkt.

In aanvulling op het onderscheid naar patiëntengroepen hanteert de Noord-Atlantische Verdragsorganisatie (NAVO) aanvullende classificatiesystemen om de prioriteit, zorgafhankelijkheid en documentatie van patiënten te uniformeren (zie Bijlage 1 voor meer informatie). Deze systemen zijn bedoeld om het medische transport en de zorg tijdens evacuaties op een veilige en effectieve wijze te organiseren.

Eenzijds wordt het *dependency level* (afhankelijkheidsniveau) gebruikt, waarmee de mate van zorgzwaarte en benodigde medische ondersteuning van de patiënt wordt aangegeven. Anderzijds wordt een classificatiesysteem (*class system*) toegepast, dat richting geeft aan de benodigde ruimte tijdens transport, de vereiste medische begeleiding en – daarmee samenhangend – het aantal en type in te zetten transportmiddelen voor tactische of strategische evacuaties.

Door zowel het onderscheid naar patiëntengroepen als de NAVO-classificaties te hanteren, ontstaat een gestructureerde en efficiënte aanpak voor de opvang van militaire patiënten in Nederland. Dit zorgt ervoor dat patiënten de juiste zorg op de juiste plek ontvangen, met optimale inzet van beschikbare capaciteit.

Klinische ziekenhuiszorg

Patiënten die in eerste instantie ziekenhuisopname nodig hebben, worden door het LCPS op basis van vooraf vastgestelde verdeelsleutels voor IC- en klinische capaciteit gespreid. Doel hiervan is de druk op de acute zorg zo gelijkmatig mogelijk te verdelen over de Nederlandse ziekenhuizen en daarmee gelijke toegang tot reguliere zorg in alle regio's te waarborgen. Afhankelijk van de aard van de crisis kan het LNAZ een

¹ Het spreidingsmechanisme van het LCPS is gericht op de eerste plaatsing van patiënten in de zorgsector. De verdere doorstroom, bijvoorbeeld naar de verpleeg-, verzorgings- en thuiszorg (VVT) en revalidatiezorg, vindt waar mogelijk plaats via de reguliere zorgketens en bestaande, regionale afspraken.



aangepaste verdeelsleutel voorstellen, specifiek gericht op militaire slachtoffers. Na advies van de Stichting LPZ wordt deze verdeelsleutel vastgesteld door de ROAZ-voorzitters.

De capaciteit van Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) is niet meegenomen in deze berekeningen. In hoeverre ZBC's een rol kunnen spelen in dergelijke scenario's zal nader onderzocht moeten worden.

Poliklinische zorg

Patiënten die geen klinische opname nodig hebben, worden zo veel mogelijk in de thuissituatie of op de kazerne opgevangen. De benodigde ziekenhuis-, herstel- of revalidatiezorg kan in deze gevallen, met ondersteuning van bijvoorbeeld de huisarts en/of thuiszorg, poliklinisch worden verleend. Poliklinische zorg voor buitenlandse militairen wordt gecoördineerd door het LCPS. Voor Nederlandse militairen wordt poliklinische zorg gecoördineerd door Defensie.

Medisch specialistische (klinische) revalidatie- of herstelzorg

Naast patiënten die (poli)klinische ziekenhuiszorg nodig hebben, is er in geval van een militair conflict ook een groep patiënten die in eerste instantie geen ziekenhuisopname behoeft, maar direct aangewezen is op revalidatie- of herstelzorg. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om militairen met letsels die wel specialistische behandeling en herstelondersteuning vragen, maar waarvoor verdere ziekenhuisbehandeling niet noodzakelijk is. Voor deze patiënten zal zo spoedig mogelijk een plaatsing binnen de revalidatiesector moeten worden gerealiseerd, om onnodige bezetting van ziekenhuisbedden te voorkomen en tegelijkertijd de juiste zorg te kunnen leveren.

De verantwoordelijkheid voor militairen die revalidatiezorg nodig hebben ligt primair binnen de militaire gezondheidszorgketen (bv. het Militair Revalidatie Centrum (MRC) in Doorn). Echter, wanneer de aantallen (te) groot zijn, zal Defensie een beroep doen op de civiele revalidatiezorg. Defensie levert de noodzakelijke expertise voor de spreiding van deze categorie patiënten naar revalidatiecentra en VVT-instellingen

Geestelijke gezondheidszorg

Voor patiënten die behoefte hebben aan geestelijke gezondheidszorg (GGZ) geldt dat Defensie de expertise aanlevert om deze patiëntengroep op de juiste wijze naar de noodzakelijke zorginstelling of naar huis te spreiden. De organisatie en coördinatie hiervan vormen een integraal onderdeel van dit addendum en worden nader uitgewerkt door LNAZ, in samenspraak met de sector en in afstemming met Defensie.

Door- en uitstroom na initiële zorg

Het LCPS is verantwoordelijk voor de initiële coördinatie van patiëntenspreiding binnen de zorgsector. Daarbij zorgt het LCPS voor een passende match tussen patiënt en één van de tien ROAZ-regio's, zowel voor klinische als poliklinische behandeling. De plaatsing in een specifieke zorginstelling, evenals verdere door- en uitstroom van patiënten, bijvoorbeeld naar vervolgzorg, revalidatie of terugkeer naar de thuissituatie, behoort niet tot de verantwoordelijkheid van het LCPS en wordt afgehandeld via de reguliere (militaire) zorgprocessen en ketenpartners.



ZORG VOOR BUITENLANDSE MILITAIRES

Binnen de NAVO geldt als uitgangspunt dat ieder land primair verantwoordelijk is voor de zorg aan de eigen militairen. Buitenlandse militairen die zorg nodig hebben verblijven in Nederland daarom in principe slechts tijdelijk, in afwachting van doorreis naar hun eigen land. Zij worden bij voorkeur kortdurend opgevangen in of nabij de hub van waaruit verdere evacuatie plaatsvindt. Hiervoor zijn heldere afspraken nodig over zowel de maximale verblijfsduur als het niveau van medische voorzieningen in deze hub(s), waaronder de eventuele beschikbaarheid van IC-capaciteit.

Defensie draagt de verantwoordelijkheid voor de afstemming met NAVO-lidstaten over het ophalen van buitenlandse militairen. Het LCPS ondersteunt hierbij door de coördinatie van vervoer binnen Nederland naar de aangewezen transitlocaties te verzorgen.

Het ophalen van patiënten is echter altijd gebonden aan de mogelijkheden van de desbetreffende NAVO-lidstaat. Het is dus denkbaar dat buitenlandse militairen gedurende enige tijd in Nederland opgevangen moeten worden en/of (ziekenhuis)zorg nodig hebben tijdens hun verblijf in Nederland. Daarnaast kan het voorkomen dat terugkeer naar het eigen land niet mogelijk is, bijvoorbeeld voor slachtoffers uit landen aan de frontlinie. In dat geval zullen deze patiënten voor langere tijd binnen het Nederlandse civiele zorgsysteem moeten worden opgevangen, op basis van dezelfde uitgangspunten als voor Nederlandse militairen. Coördinatie wordt verzorgd door het LCPS. Bij de spreiding van buitenlandse militairen wordt, waar mogelijk en indien gewenst, rekening gehouden met bestaande transitafspraken. Doel hiervan is het aantal vervoersbewegingen zoveel mogelijk te beperken.

Voor buitenlandse militairen die poliklinisch behandeld kunnen worden en ook niet (direct) terug kunnen naar eigen land, zal door tussenkomst van Defensie (DGO) een tijdelijke opvangplek geregeld worden. Daarbij geldt dat opvang op een veilige en efficiënte manier ingericht moet zijn, met voldoende en geschoolde personele bezetting, medische ondersteuning, infectiepreventiemiddelen en facilitaire ondersteuning (bv. maaltijdvoorziening, slaapplekken, toilet- en douchefaciliteiten, enz.). Defensie coördineert dit zelf.

ETISCHE KADERS BIJ SCHAARSTE EN VERDRINGING

Bij een oplopende druk kan worden besloten om op een gegeven moment de reguliere zorg af te schalen (uit te stellen) of om keuzes te maken in de te leveren kwaliteit van zorg (voor zowel Nederlandse burgers als militairen). In situaties van verdringing moeten er keuzes worden gemaakt over bijvoorbeeld IC-toegang, beschikbaar personeel, beschermingsmiddelen of medicatie. Hier hoort een gedragen ethisch kader bij dat zorgvuldig voorbereid, getoetst en besproken is met zorgprofessionals (bv. de Federatie Medisch Specialisten (FMS)), bestuurders, ethici én de samenleving. Hiervoor is ook de inbreng van de Militaire Geneeskundige Autoriteit (MGA) essentieel als het zorg voor militairen aangaat.



INRICHTINGEN MULTIDISCIPLINAIRE HUB(S)

Voor het succesvol bovenregionaal spreiden van grote aantallen slachtoffers in een militair conflict is de inrichting van één of meerdere hub(s) in Nederland essentieel. Deze hub(s) vormen het centrale punt van waaruit patiënten veilig, gestructureerd en efficiënt kunnen worden verdeeld over de beschikbare zorgcapaciteit in de regio's. Deze hub(s)² functioneren als:

1. Doorvoerlocatie voor (Nederlandse) patiënten vanaf waar het LCPS de verdere spreiding naar de regio's coördineert;
2. En/of als tijdelijke opvanglocatie voor gewonde buitenlandse patiënten die 'in transit' zijn naar een definitieve medische faciliteit in hun eigen land.

De inrichting van deze hubs, inclusief de locatie(s) en de minimale operationele eisen (*minimal operational requirements*), is een nationale verantwoordelijkheid en wordt op nationaal niveau nader vorm en inhoud gegeven. Dit kan variëren van een civiele, militaire of gecombineerde aanpak.

De locatie van hub(s) wordt vastgesteld door interdepartementaal overleg tussen Defensie, Binnenlandse Zaken, Justitie en Veiligheid (waaronder NCTV), Infrastructuur en Waterstaat en VWS. Veiligheidsregio's en gemeenten kunnen onder voorwaarden een rol spelen in de (multidisciplinaire) hubs. Hier is nadere afstemming voor nodig. Vanuit het Rijk dient vervolg gegeven te worden aan het Versterkingsplan Protocol Militaire Dreiging (nu nog gerubriceerd).

² Een doorvoerlocatie kan tevens een (tijdelijke) patiënt opvanglocatie (POL) zijn. Dit vraagt echter om nadere afspraken over de inrichting van deze locatie(s). Defensie neemt het voortouw in de gesprekken hierover met betrokken partijen.



VERVOER EN LOGISTIEK

VERVOER NAAR NEDERLAND

Voor het transport van patiënten naar Nederland is nauwe afstemming met Defensie, EUCPM en civiele vervoerspartners (bv Rode Kruis, AZN) essentieel voor een goed functionerende keten. Dit maakt het mogelijk dat het LCPS de coördinatie van patiëntenspreiding kan overnemen zodra de patiënten in Nederland arriveren. Het uitgangspunt hierbij is dat de patiënten bij aankomst overwegend stabiel zijn. Het LCPS coördineert vervolgens verplaatsing vanaf deze instroomlocatie naar de regio's.

VERVOER BINNEN NEDERLAND

Een belangrijke randvoorwaarde voor bovenregionale patiëntenspreiding is de organisatie van vervoer binnen Nederland. Dit vraagt om heldere afspraken over overdracht van patiënten van defensie of UCPM naar de civiele sector. Denk hierbij aan afspraken over de locatie van in- en uitstroompunten, vervoer door ambulancediensten, en de mogelijke inzet van alternatieve vervoerscapaciteit.

Daarnaast vraagt de schaarse vervoerscapaciteit om eenduidige afspraken met de tien ROAZ-regio's. Het is wenselijk om samen met de betrokken vervoerspartijen meerdere scenario's uit te werken, afgestemd op aantallen slachtoffers, zodat de beschikbare capaciteit zo effectief en efficiënt mogelijk kan worden benut.

Voor transport van patiënten die poliklinisch behandeld worden is vervoer nodig vanaf de instroomlocatie naar de thuissituatie of opvanglocatie (bv. met bus of taxi). Hiervoor is laagdrempelige afstemming tussen Defensie, het LCPS en civiele vervoerspartijen van cruciaal belang. Het LCPS ziet voor zichzelf geen rol in het organiseren van vervoer van militairen naar de thuissituatie.



INFORMATIEVOORZIENING

Goede informatievoorziening en monitoring zijn cruciaal ten tijde van crisis. Beide zijn nodig om de noodzaak tot opschaling van coördinatie bij situaties van oplopende druk in de (acute) zorg te kunnen zien en duiden. Regionale en landelijke (zorg)coördinatie bij crisis vragen om een regionaal en landelijk informatiebeeld en om snelle en adequate informatiedeling tussen de ROAZ-regio's, het veld en externe partijen (waaronder VWS). Hierbij wordt dan ook zo veel als mogelijk aangesloten bij het Knooppunt Coördinatie Regio's-Rijk (KCR2) dat als doel heeft om bij een bovenregionale crisis of ramp alle betrokken crisispartners tijdig te voorzien van dezelfde actuele informatie die nodig is om de juiste afwegingen te maken.

Inzicht in de spreiding van de militairen over de ziekenhuizen en de benodigde en beschikbare capaciteit in alle delen van de zorgketen is een randvoorwaarde voor het adequaat verdelen van de druk op de zorg over het land. Het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) biedt inzicht in capaciteit. Hiervoor is binnen LPZ een crisismodule beschikbaar waarmee, op het moment dat zich een nieuwe crisis voordoet, snel inzicht in beschikbare capaciteit en bezetting opgevraagd kan worden.

Daarnaast ondersteunt de online LCPS-tool (ook wel PMR-tool) het proces van patiëntverplaatsingen door een overzicht te bieden van alle aangevraagde en lopende verplaatsingen. De tool is *web-based* en is onder andere beveiligd met twee-factor authenticatie. Deze tool fungeert daarmee als registratiemiddel voor relevante informatie die nodig is voor verplaatsingen of het lokaliseren van patiënten (tijdens de verplaatsing). Voor een verplaatsingsverzoek aan het LCPS is het zeer wenselijk om zoveel mogelijk medische informatie mee te sturen. Hoe completer de informatie, des te beter kan een passende match worden gemaakt tussen de zorgvraag van de patiënt en de beschikbare ziekenhuiscapaciteit. De hoeveelheid beschikbare informatie is echter nog onzeker.

- Medische informatie is voor aankomst in Nederland beschikbaar. In dat geval kan registratie in de tool al plaatsvinden vóór aankomst in de Nederlandse ziekenhuizen. Hiervoor dient bij voorkeur een digitale koppeling opgezet te worden tussen de systemen van Defensie en het LCPS zodat individuele verplaatsingsverzoeken automatisch worden aangemaakt en de gewenste (medische) informatie per direct beschikbaar is voor alle betrokken partijen.
- Medische informatie is voor aankomst in Nederland niet beschikbaar. In dit geval wordt door het LCPS een bulkverzoek tot verplaatsing vanuit defensie ontvangen, waarna het LCPS dit als bulkverzoeken doorzet naar de ROAZ-regio's. Deze bulkverzoeken bevatten mogelijk alleen het aantal patiënten en hun zorgzwaarte (het zogenoemde *dependency level*). In sommige gevallen is ook de nationaliteit bekend. Nederlandse ziekenhuizen kunnen vervolgens alle binnengekomen patiënten in de tool registreren en, in het geval van buitenlandse militairen die niet in Nederland hoeven te blijven, aanmelden voor verdere doorplaatsing.

In beide gevallen kunnen gegevens worden ingezien en bijgewerkt door het LCPS, RCPS of het betrokken ziekenhuis. Ook krijgt defensiepersoneel toegang tot de LCPS-tool, waarmee zij actueel inzicht hebben in de locaties van Nederlandse patiënten en in de verplaatsingsverzoeken van buitenlandse militairen.



PERSONEEL

Bij hoge druk op de zorg wordt veel gevraagd van zorgprofessionals. Zij kunnen bij de behandeling van complexe oorlogsverwondingen geconfronteerd worden met taken die afwijken van hun reguliere werk (bv. psychosociale problematiek, complexe wondzorg en speciale maatregelen in het kader van infectiepreventie), waarvoor zij zich niet altijd bekwaam of voldoende toegerust voelen. Dit kan fysiek en emotioneel zwaar zijn.

Daarnaast kan het leveren van zorg onder druk betekenen dat de kwaliteit afwijkt van wat men onder normale omstandigheden nastreeft. Dit brengt morele en professionele spanningen met zich mee. Het vraagt in alle sectoren om aandacht voor goede voorbereiding, scholing, ondersteuning en duurzame inzetbaarheid maar ook om erkenning van de lastige afwegingen waarmee zorgprofessionals in zulke situaties worden geconfronteerd.

Het is van essentieel belang om bovenstaande zo veel als mogelijk in de 'koude fase' te organiseren met bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (belang van opleiden, trainen en oefenen). Daarbij dient rekening te worden gehouden met specifieke verwondingen, waaronder brandwonden, scherp- en blastverwondingen, acute stressklachten, infectieziekten en letsels veroorzaakt door chemische, biologische, radiologische of nucleaire (CBRN) strijdmiddelen. De behandeling van deze aandoeningen vereist gespecialiseerde kennis, methoden en middelen.

Rond het thema 'Personeel' spelen verschillende vraagstukken die geagendeerd kunnen worden in de Coalitie Weerbare Zorg.



FINANCIERING

Opvang van patiënten in geval van een militair conflict kan alleen tot stand komen als ook de financiële randvoorwaarden helder en robuust zijn. Zonder structurele bekostiging voor extra capaciteit, scholing, logistiek/coördinatie en opvangvoorzieningen ontstaat terughoudendheid bij zorgaanbieders om zich duurzaam voor te bereiden. Het vraagt regie en duidelijkheid van VWS, Defensie en de NZa in samenwerking met civiele en militaire zorgverzekeraars, over de vergoeding van inzet buiten reguliere productieafspraken, over crisismaatregelen in het contracteringsproces, en over de structurele bekostiging van specifieke zorgvragen zoals de behandeling van buitenlandse burgers en militairen.

WERKDOCUMENT



BIJLAGEN

BIJLAGE 1: NAVO CLASSIFICATIESYSTEMEN

De relevante NAVO classificatiesystemen voor het uniformeren van prioriteit, zorgafhankelijkheid en documentatie van patiënten die evacuatie behoeven staan beschreven in het NAVO document *Stanag 3204, AAMedP-1.1 - AEROMEDICAL EVACUATION*. In dit document worden twee systemen gebruikt die relevant zijn voor patiëntenspreiding in Nederland.

Het eerste aangeduid als het *dependency level* (afhankelijkheidsniveau) geeft de zorgzwaarte van de patient aan en maakt onderscheid tussen vier categorieën:

- **D1 – Hoge afhankelijkheid:** patiënten die tijdens vervoer intensieve medische ondersteuning nodig hebben, bijvoorbeeld op IC-niveau of met beademing.
- **D2 – Gemiddelde afhankelijkheid:** patiënten die geen intensieve zorg behoeven, maar wel regelmatige en frequente monitoring nodig hebben en bij wie het risico bestaat dat hun toestand tijdens het vervoer verslechtert.
- **D3 – Lage afhankelijkheid:** patiënten bij wie niet wordt verwacht dat hun conditie tijdens het vervoer achteruitgaat, maar die wel verpleegkundige zorg nodig hebben.
- **D4 – Minimale afhankelijkheid:** patiënten die geen verpleegkundige zorg tijdens het vervoer nodig hebben, maar mogelijk wel hulp behoeven bij mobiliteit of lichamelijke functies.

De tweede categorie is *classification* (classificatieniveau) en geeft richting aan de benodigde ruimte en de medische assistentie en daarmee dus aan het aantal en type transportmiddelen wat moet worden ingezet om het tactisch of strategisch transport mogelijk te maken.

- **Klasse 1 – Neuropsychiatrische patiënten**
 - **Klasse 1A – Ernstig psychiatrische patiënten**
Patiënten die duidelijk ontregeld en niet benaderbaar zijn, en die fixatie, sedatie en intensieve bewaking vereisen. Voor elke patiënt in klasse 1A kan een brancardplaats nodig zijn.
 - **Klasse 1B – Psychiatrische patiënten van gemiddelde ernst**
Patiënten die geen fixatie nodig hebben en op dit moment niet geestelijk ontregeld zijn, maar die mogelijk slecht reageren op (lucht)transport of handelingen kunnen verrichten die een risico vormen voor henzelf of voor de veiligheid van het transportmiddel en de inzittenden. Deze patiënten vereisen nauwe observatie tijdens transport en mogelijk sedatie.
 - **Klasse 1C – Licht psychiatrische patiënten**
Patiënten die coöperatief zijn en tijdens observatie voorafgaand aan het transport betrouwbaar zijn gebleken.
- **Klasse 2 – Brancardpatiënten (niet-psychiatrisch)**
 - **Klasse 2A – Immobiele brancardpatiënten**
Patiënten die onder geen enkele omstandigheid uit eigen beweging kunnen bewegen.
 - **Klasse 2B – Mobiele brancardpatiënten**
Patiënten die in een noodsituatie in staat zijn zich uit eigen beweging te verplaatsen.
- **Klasse 3 – Zittende patiënten (niet-psychiatrisch)**
 - **Klasse 3A – Zittende patiënten, inclusief mensen met een lichamelijke beperking**



Patiënten die in geval van nood hulp nodig zouden hebben om te kunnen ontsnappen of het transportmiddel te verlaten.

- *Klasse 3B - Zittende patiënten zonder hulpbehoefte*

Patiënten die in een noodsituatie zelfstandig kunnen ontsnappen of het transportmiddel kunnen verlaten.

- **Klasse 4 - Lopende patiënten**

- *Lopende patiënten, anders dan psychiatrische, die fysiek in staat zijn om zonder begeleiding te reizen.*

WERKDOCUMENT