

Van front naar veiligheid

Gewondenspreiding binnen Nederland in conflictsituaties

19 mei 2026, Raalte



landelijk coördinatiecentrum
patiënten spreiding



Medische evacuaties uit Oekraïne





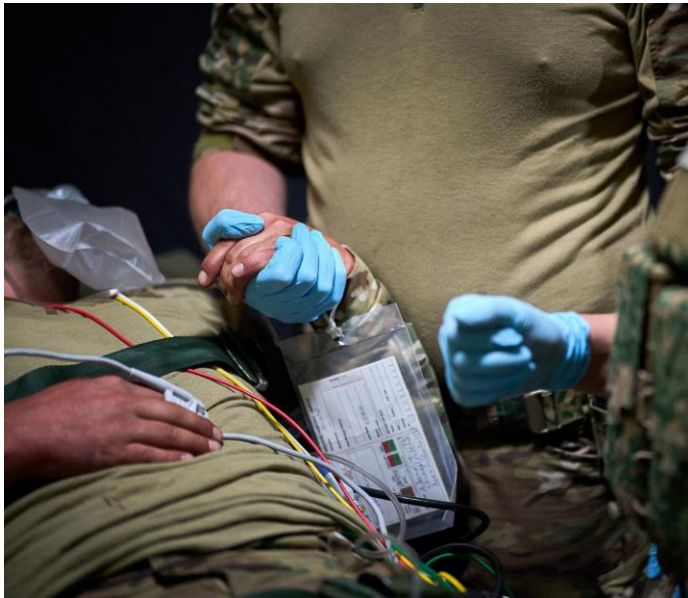
Waar hebben we het vanavond over?



Bron: Ministerie van Defensie



Patiëntengroepen tijdens militair conflict





Scenario LCPS: Aankomst gewondentrein in Nederland

Patient Movement Request

NPECC mil to NPECC civ (LCPS)

Ambulance train 'Jean Henry Dunant I'

ETA 141350Afeb27

Amersfoort, The Netherlands

D1 12

D2 45

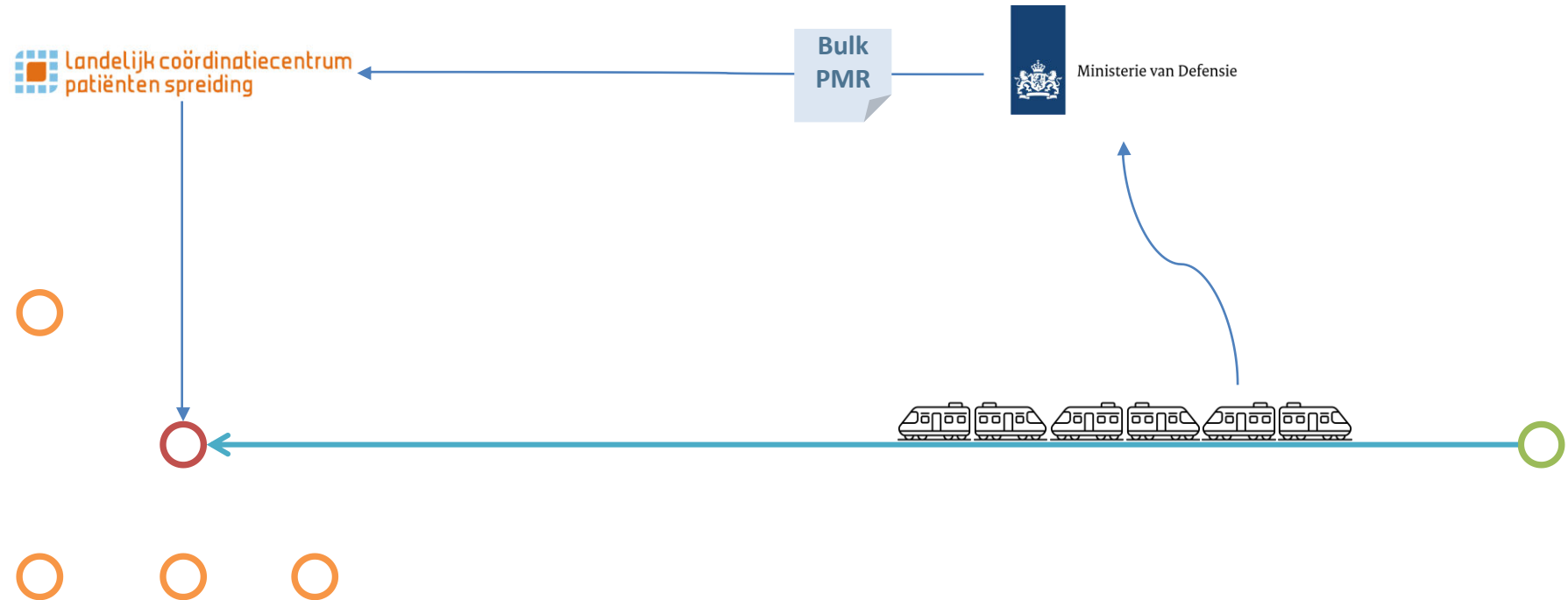
D3/D4 243

Please acknowledge



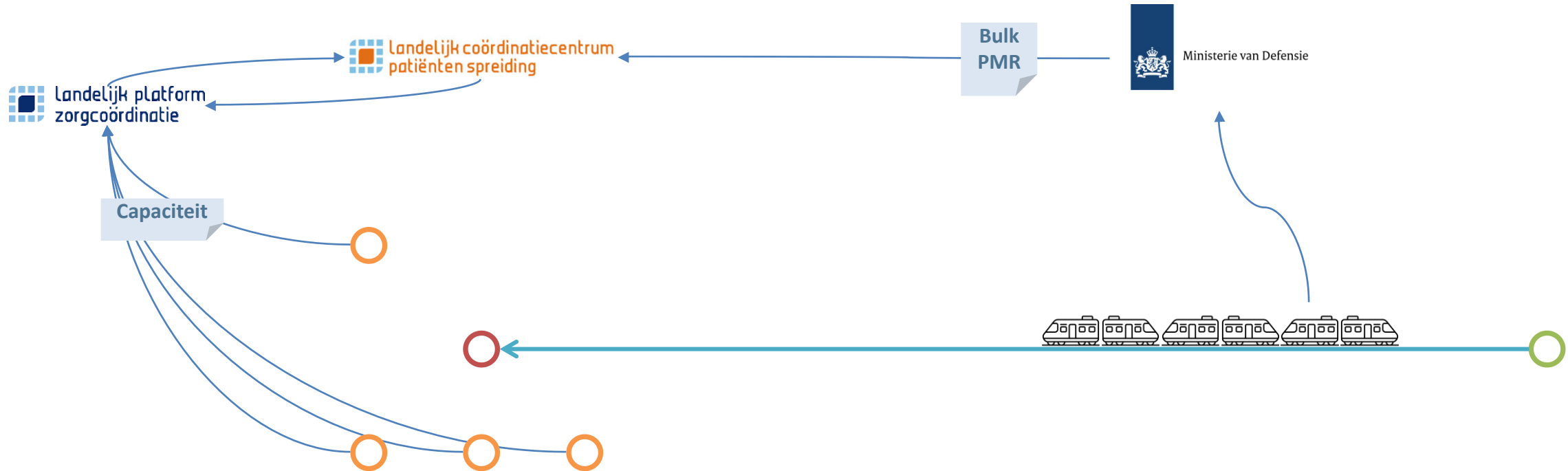


Bovenregionale patiëntenspreiding door het LCPS





Bovenregionale patiëntenspreiding door het LCPS







Bovenregionale patiëntenspreiding door het LCPS

Landelijk platform
zorgcoördinatie

Landelijk coördinatiecentrum
patiënten spreiding



Ministerie van Defensie



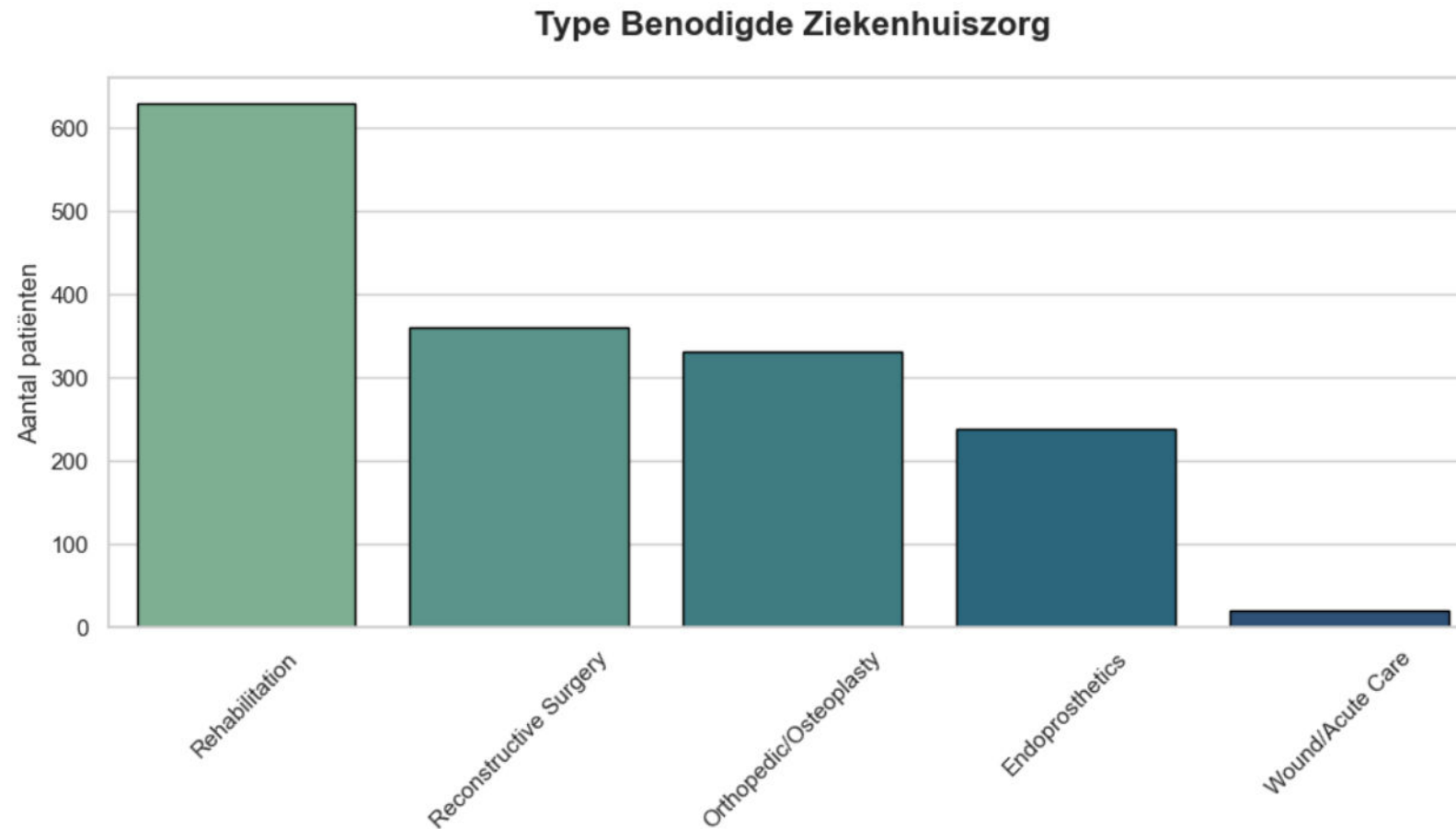
Totale instroom 33 patiënten

*8 ziekenhuizen → 4 patiënten per
ziekenhuis*

Zorgvorm	% van totaal	Patiënten/dag
Klinische ziekenhuiszorg	45-50%	110-125
Klinische revalidatie	25-30%	65-75
Poliklinische revalidatie	45-55%	120-140
Prothesezorg	8-12%	20-30
Thuiszorg	30-40%	75-100
Verpleeghuis	5-8%	12-20
GGZ	20-30%	50-75

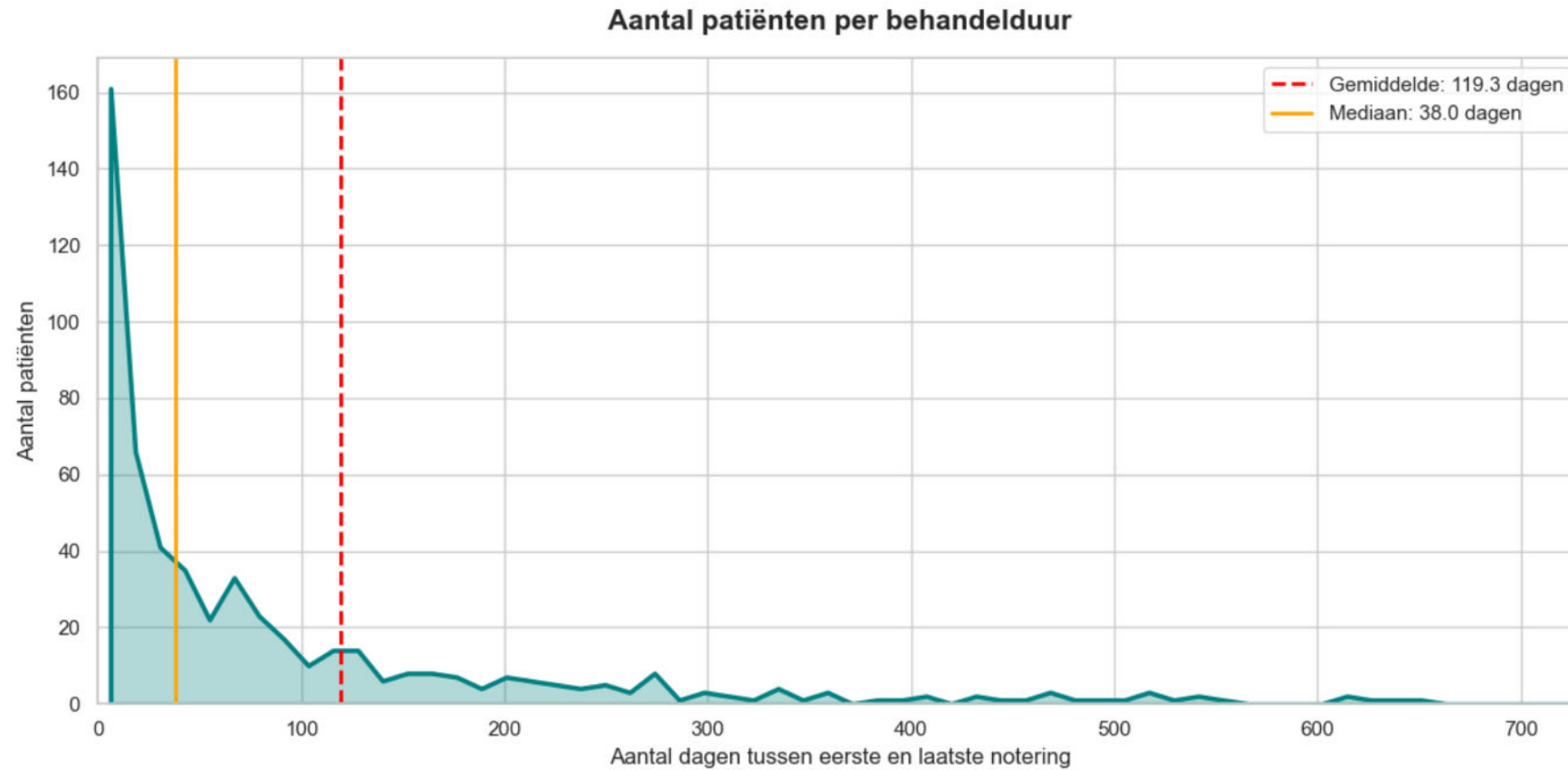


Karakteristieken patiëntenpopulatie





Karakteristieken patiëntenpopulatie



VRAGEN?

Neem dan contact met ons op:

www.lnaz.nl | info@lnaz.nl

088 – 66 15 14 2

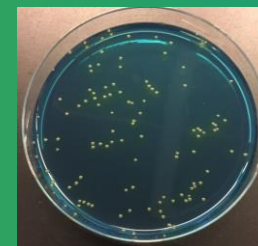


landelijk coördinatiecentrum
patiënten spreiding

Infectiepreventie bij massale patiënten instroom

Workshop van protocol naar realiteit

Marion Hendriks & Gea van der Wal
19 mei 2026, Raalte



4 vragen



Vouw het A4 in vieren



Per vraag

1. Wat is je eerste gevoel?
2. Wat is de beste optie om de mensen te verdelen binnen je regio?
3. Hoe vol ligt je instelling ongeveer na 4 maanden?
4. Wat zijn de grootste infectiepreventie risico's?

1. Wat is je eerste gevoel?



2. Wat is de beste optie om de mensen te verdelen binnen je regio?



Onderzoek UT regionale spreidingsstrategie

Eerlijke verdeling	Centralisatie	Externe verpleeglocatie (ENCF)
- Ratio's op basis van aantal opname in 2024 - MST – 40.7% - ZGT – 42.0% - SKB – 13.3% - OCN – 4.0% - Allocatie op basis van aantal spoed patiënten	- Alle oorlogspatiënten naar één ziekenhuis - Spoed patiënten van dit ziekenhuis spreiden - MST - ZGT - SKB	- Voor oorlogspatiënten met een lange ligduur - Voor patiënten met een ligduur langer dan 14 dagen - Getest met onbeperkte capaciteit



Bedbezetting	Electieve zorg	Beddentekort & transport
• Bedbezetting gaat in bijna alle scenario's over de 80% • Centralisatie zorgt voor overbelasting in andere ziekenhuizen • In extreem scenario gemiddeld 1 oorlogspatiënt op de IC per dag	• Capaciteitsreductie heeft grootste impact • 0% -> 20% afname • 10% -> 29% afname • 20% -> 48% afname • Centralisatie zorgt voor grootste afname • ENCF zorgt voor gemiddeld 20% meer electieve opnames	• Te korten vooral in isolatie kamers • Cohort verpleging • ENCF zorgt voor gemiddeld 40% minder tekorten • Ambulances zijn schaars • 3% tot 9% meer ritten nodig tijdens eerlijke verdeling

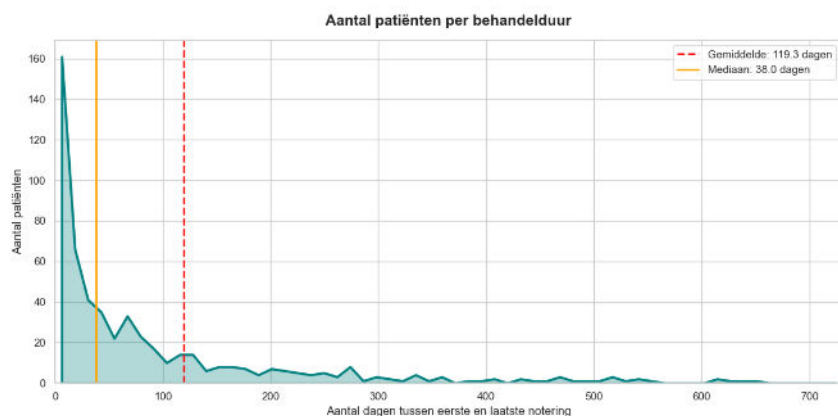
3. Hoe vol ligt je instelling ongeveer na 4 maanden?

4 patiënten elke week

Gemiddelde ligduur: 119 dagen

Na 1 maand: 16 patiënten. 12,5% ligt er nog na 120 dagen

Ongeveer 48 patiënten na 4 maanden



week 1	week 2	week 3	week 4	week 5	week 6	week 7	week 8
4	4	4	4	2	2	2	2
	4	4	4	2	2	2	2
		4	4	4	4	2	2
			4	4	4	2	2
				4	4	4	4
					4	4	4
						4	4
							4
Totaal	8	12	16	16	20	20	24

4. Wat zijn de grootste infectiepreventie risico's?

Niet alleen BRMO maar ook: Tuberculose, mazelen, rubella, polio, vlekjes ziekte. Maar ook vanuit de loopgraven: Botulisme, cholera, rabiës, loopgraven koorts.

Trench fever

Verwekker: Bartonella quintana (gram negatieve bacterie)

Incubatieperiode: 5-20 dagen

Besmettingsweg: feces luizen in huid

Symptomen: koorts, hoofdpijn, pijn scheenbenen, rash, relapsing. Complicaties endocarditis en trombocytopenie

Behandeling: 4-6 weken doxycycline

Immuniteit: geen



Acta Medica Leopoliensia, no 1-2 (2024) Trench Fever as War Infection Ukraine

20% van gepoolde kweken uit ziekenhuis, zorgpersoneel en patiënten in Oekraïense ziekenhuizen is positief op BRMO
32%MRSA, 29%VRE, 48%ESBL, 19% CPE

Hoge prevalentie van Multi resistente gram negatieve bacteriën bij opname van patiënten (30-70%)

Rabies

Verwekker: Rabiësvirus (RNA-virus)

Incubatieperiode: Meestal 20-90 dagen

Besmettingsweg: Via beet, krab of ander contact met speeksel van een geïnfecteerd dier (hond, vleermuis)

Besmettelijke periode: Mens-op-menstransmissie is nooit beschreven

Symptomen: Prodromaal: niet-specifieke symptomen. Neurologische fase: encefalitis met atypische neurologische klachten (bijv hydrofobie) gevolgd door comateuze fase en overlijden

Behandeling: supportieve care (vrijwel 100% mortaliteit)

Immuniteit: vaccin, PEP

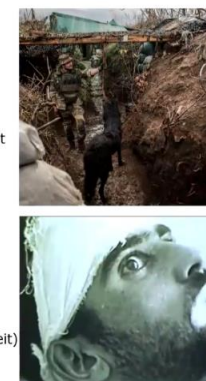


Table 1. Numbers of daily reports of disease outbreaks before and during Russia's invasion, by disease, Ukraine, November 1, 2021–July 31, 2022*.

Disease	No. reports	
	Before conflict	During conflict
COVID-19	106	187
Cholera	0	157
Botulism	22	122
Tuberculosis	11	75
HIV/AIDS	6	61
Rabies	12	40

Emerg Inf Dis, 2024; Use of Open-Source Epidemic Intelligence for Infectious Disease Outbreaks, Ukraine, 2022. A. Kannan

Impact van grootschalige instroom patiënten in ziekenhuis

Wat ga je doen aan infectiepreventie maatregelen

Bij grootschalige instroom van patiënten/cliënten is werken volgens de infectiepreventie protocollen niet altijd mogelijk in het ziekenhuis en de langdurige zorg. Welke keuzes kun je hierin maken, om toch zo veilig mogelijke zorg te kunnen bieden?

We gaan een aantal situaties (scenario's) bespreken, waarbij de situatie steeds veranderd

Vorm 4/5 groepjes voor ziekenhuis **of** langdurige zorg

	3	Medisch specialistische revalidatiecentra
	4	Ambulancediensten
	4	Gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD)
	5	Medisch microbiologische laboratoria (MML)
	7	Verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV)
	8	Apothekersverenigingen
	8	Ziekenhuizen
	10	Huisartsenorganisaties
	11	Huisartsenspoedposten
	240+	Locaties geestelijke gezondheidszorg (GGZ) / Jeugdzorg
	250+	Locaties gehandicaptenzorg
	540+	Locaties verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT)

Scenario 1

Week 1

Je weet nu dat er vanaf nu elke week 66 patiënten komen. De helft gaat naar het ziekenhuis en de helft krijgt thuiszorg.

Jullie zitten in het outbreakteam van de organisatie waar je werkt.

- Wat ga je doen in het ziekenhuis of in de thuiszorg? (maak een keuze voor 1 van beide)
- Wat voor problemen verwacht je tegenaan te lopen?

Terugkoppeling Scenario 1

Week 1

Thuiszorg:

- Welke patiënt vormt het grootste infectierisico en waarom?
- Zou je isolatie maatregelen nemen zonder diagnostiek?
- Welke directe maatregelen neem je bij:
 - een hoestende patiënt (mogelijke TB)?
 - patiënten met open wonden?
- Hoe ga je om met een patiënt die isolatie niet begrijpt?

Ziekenhuis:

- Welke patiënt vormt het grootste infectierisico en waarom?
- Zou je iemand direct isoleren zonder diagnostiek? Wie?
- Welke directe maatregelen neem je bij:
 - een hoestende patiënt (mogelijke TB)?
 - patiënten met open wonden?
- Hoe ga je om met een patiënt die isolatie niet begrijpt?
- Waar ga je de patiënten plaatsen?
- Wat doe je als je niet genoeg isolatiekamers hebt?

Scenario 2

Na 4 maanden

De ziekenhuizen lopen vol (48 patiënten per ziekenhuis) en kunnen niet veel meer aan.

Er wordt een beroep gedaan op de verpleeghuizen. Hoe gaan jullie dit oppakken?

En hoe pak je het aan in het ziekenhuis?



Terugkoppeling Scenario 2 na 4 maanden

	3	Medisch specialistische revalidatiecentra
	4	Ambulancediensten
	4	Gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD)
	5	Medisch microbiologische laboratoria (MML)
	7	Verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV)
	8	Apothekersverenigingen
	8	Ziekenhuizen
	10	Huisartsenorganisaties
	11	Huisartsenspoedposten
	240+	Locaties geestelijke gezondheidszorg (GGZ) / Jeugdzorg
	250+	Locaties gehandicaptenzorg
	540+	Locaties verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT)

Verpleeghuizen:

- Waar worden de patiënten opgenomen? Een aantal locatie? Of overal? (540+ locaties in onze regio)
- Welke patiënten kunnen worden overgenomen?
- Welke maatregelen zijn hier realistisch uitvoerbaar?
- Hoe voorkom je verspreiding bij gedeelde ruimtes?
- Wanneer accepteer je meer risico en waarom?
- Wat doe je als isolatie praktisch niet haalbaar is?

Ziekenhuis:

- Welke processen moet je aanpassen of loslaten?
- Wanneer accepteer je meer risico en waarom?
- Wanneer is je afdeling overbelast?
- Wanneer zeg je nee? En wie bepaalt dat?
- Ga je iedereen nog testen? En op wat? Wie wel/wie niet?

Vervolgens.....shit happens

Het ligt nog net zo vol en tot overmaat van ramp; Ook nog een Noro uitbraak! Uitval van personeel en de beschermingsmiddelen raken op.



Problematiek waar je dan mee te maken krijgt

Verpleeghuizen:

- Wie krijgt voorrang als middelen schaars zijn?
- Wat doe je als richtlijnen niet volledig toepasbaar zijn?
- Wanneer accepteer je meer risico en waarom?
- Wat weegt zwaarder: individuele patiënt of groepsveiligheid?
- Wat is jouw ondergrens qua veiligheid?
- Welke processen moet je aanpassen of loslaten?

Ziekenhuis:

- Wie krijgt voorrang als middelen schaars zijn?
- Wat doe je als richtlijnen niet volledig toepasbaar zijn?
- Wanneer accepteer je meer risico en waarom?
- Wat weegt zwaarder: individuele patiënt of groepsveiligheid?
- Wat is jouw ondergrens qua veiligheid?
- Welke processen moet je aanpassen of loslaten?

Take home message



Bij massale patiënten toestroom krijgen we daar allemaal mee te maken en spelen er een belangrijke rol in

Basis hygiëne is (ook hier) het belangrijkste!