

Regionaal evacuatieplan

VOOR ZORGORGANISATIES IN TWENTE EN DE OOST-ACHTERHOEK

Datum: 13-10-2025
Versie: 1.1
Status: Definitief

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
Leeswijzer	3
2. Doelstelling	4
3. Afbakening.....	5
Betrokken partijen	5
Definities	6
Relatie met andere planvorming	6
4. Fasen regionale evacuatie	8
Fase 1 – Dreigende fase.....	8
Fase 2 – Acute fase	10
Fase 3 – Herstelfase	12
Bijlagen	15
Bijlage 1: Stroomschema evacuatie zorgorganisatie	15

1. Inleiding

De zorgsector wordt in toenemende mate geconfronteerd met complexe en onvoorspelbare dreigingen die de continuïteit van zorg ernstig kunnen verstoren. Denk hierbij aan digitale ontwrichting, uitval van vitale infrastructuur, pandemieën, natuurgeweld of grootschalige maatschappelijke onrust. Daar waar zorgorganisaties steeds afhankelijker van elkaar worden, neemt de urgentie toe om gezamenlijk voorbereid te zijn op situaties die de continuïteit van zorg in gevaar kunnen brengen.

In 2022 vond in de regio een grootschalige regionale ketenoefening plaats onder de naam *Digitale Ontwrichting*. Tijdens deze oefening werd een scenario beoefend waarin een cyberaanval leidde tot ernstige verstoringen in de (acute) zorgketen. Eén van de besluiten die in dit scenario genomen werd, was het evacueren van een zorgorganisatie. Deze oefening onderstreepte daarmee niet alleen de kwetsbaarheid van de zorginfrastructuur, maar ook de noodzaak van duidelijke afspraken en samenwerking op regionaal niveau wanneer evacuatie noodzakelijk blijkt.

Gezien de verscheidenheid en schaal van mogelijke dreigingen, is het essentieel om regionaal voorbereid te zijn op een gecoördineerde evacuatie van een zorgorganisatie in de regio. Dit plan geeft richting aan samenwerking, afstemming en uitvoering in crisissituaties waarbij een evacuatie overwogen wordt of noodzakelijk is.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 gaat dieper in op de doelstelling van dit document.

Hoofdstuk 3 beschrijft de reikwijdte van dit document, zowel geografisch als op basis van de gehanteerde definities. Daarnaast wordt de samenhang met andere regionale planvorming toegelicht.

Hoofdstuk 4 werkt de taken, verantwoordelijkheden en de impact per fase van een evacuatie binnen een zorgorganisatie verder uit. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de dreigende fase, de acute fase en de herstelfase.

Een stroomschema als beknopte uitwerking hiervan is te vinden in bijlage 1.

2. Doelstelling

Het doel van dit document is om duidelijkheid te verschaffen over het proces, de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de verschillende (zorg)organisaties (GHOR, zorgorganisaties, ROAZ en ROAZ-bureau) omtrent de (grootschalige) evacuatie van patiënten, cliënten of bewoners (hierna patiënten genoemd). De focus ligt op de drie fasen van een evacuatie en is scenario-onafhankelijk. Deze fasen bestaan uit de dreigende fase, acute fase en herstelfase.

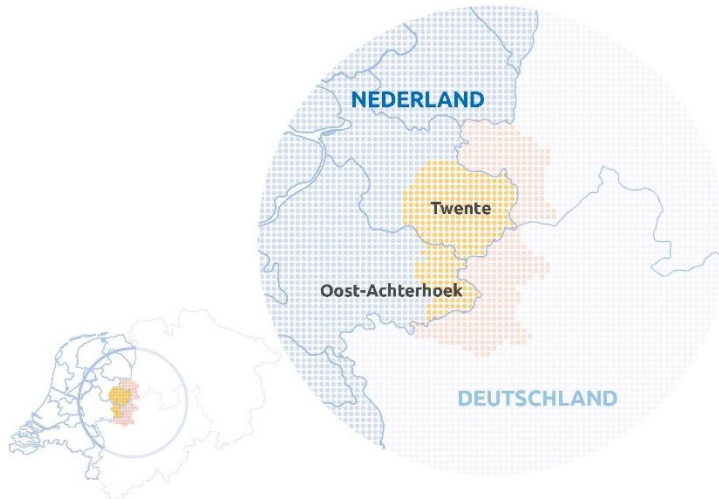
De volgende vragen worden in dit regionaal evacuatieplan beantwoord:

- Wanneer is er sprake van regionale evacuatie?
- Wie bepaalt of het regionaal evacuatieplan in gang wordt gezet?
- Wie is wanneer *in the lead* (ROAZ versus GHOR versus zorginstelling)?
- Hoe ziet de samenwerking tussen ROAZ en GHOR eruit op het gebied van evacuatie?

3. Afbakening

Betrokken partijen

Het regionaal evacuatieplan is van toepassing op zorgorganisaties, GHOR-bureaus, ROAZ en het ROAZ-bureau binnen de regio van Acute Zorg Euregio (Twente en Oost-Achterhoek).



Figuur 1: Acute Zorg Euregio: regio Twente en Oost-Achterhoek

Onder zorgorganisaties vallen organisaties in de volgende sectoren:¹

- a. Traumacentra;
- b. Aanbieders van medisch-specialistische zorg die acute zorg verlenen anders dan traumacentra;
- c. Regionale Ambulancevoorzieningen;
- d. Aanbieders van huisartsenzorg in huisartsenposten;
- e. Gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en);
- f. Aanbieders van geestelijke gezondheidszorg die acute zorg verlenen (GGZ-instellingen);
- g. Apotheken die in de avond, de nacht en op zondag farmaceutische zorg aanbieden;
- h. Aanbieders van huisartsenzorg, anders dan in huisartsenposten;
- i. Aanbieders van geestelijke gezondheidszorg, die geen acute zorg verlenen;
- j. Aanbieders van medisch-specialistische zorg, anders dan bedoeld onder a en b;
- k. Apotheken, anders dan bedoeld onder g;
- l. Aanbieders van verloskundige zorg;
- m. Aanbieders van wijkverpleging, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg (VVT-instellingen);
- n. Aanbieders van WLZ-zorg.

¹ Zoals opgenomen in de AMvB Acute Zorg

Definities

Evacuatie: Meer tijd en focus op zorgcontinuïteit	Ontruiming: Snel en noodgedwongen
Geleidelijk en gefaseerd: Patiënten of bewoners worden zorgvuldig verplaatst naar een veilige externe opvanglocatie.	Directe verplaatsing: het gebouw moet zo snel mogelijk worden verlaten, soms binnen enkele minuten naar aanleiding van een acute dreiging. Een noodgedwongen ontruiming kan uiteindelijk resulteren in een evacuatie of tot terugkeer.
Continue aandacht voor kwaliteit van zorg: Bijvoorbeeld aandacht voor hulpmiddelen zoals infuuspompen, rolstoelen en medicatie.	Minder aandacht voor kwaliteit van zorg: de prioriteit ligt bij ontruimen en patiënten in veiligheid brengen, zelfs als hulpmiddelen achterblijven. Hierdoor mogelijk minder aandacht voor kwaliteit van zorg omdat het redden van levens prioriteit heeft.
Comfort en continuïteit van zorg blijven zoveel mogelijk behouden.	Hogere tijdsdruk: patiënten kunnen noodgedwongen in ongebruikelijke posities of zonder volledige voorbereiding worden geëvacueerd.
Langere duur daadwerkelijke evacuatie: Kan enkele uren duren, afhankelijk van de ernst van de situatie en de noodzaak van verplaatsing.	Kortere duur daadwerkelijke ontruiming: moet zo snel mogelijk gebeuren, vaak binnen enkele minuten tot maximaal een half uur.
Besluitvorming: Een crisis(beleids)team van een zorgorganisatie kan zelf het besluit nemen te evacueren. In Nederland hebben tevens de burgemeester ² en voorzitter veiligheidsregio ³ de wettelijke bevoegdheid om bij een ramp of crisis te bevelen tot een evacuatie van een zorgorganisatie over te gaan.	Besluitvorming: Een ontruiming wordt vaak gedaan door de locatiemanager/BHV van de zorgorganisatie. Als er twijfel is of een volledige ontruiming nodig is, wordt dit afgestemd met de hulpdiensten. Zodra de brandweer ter plaatse is, neemt zij de regie over en bepaalt zij of en hoe het gebouw (gedeeltelijk of volledig) moet worden ontruimd.
Er is in beide gevallen sprake van een regionaal zorgcontinuïteitsprobleem als patiënten niet meer in de eigen ROAZ-regio geholpen kunnen worden voor (acute) zorg, door een disbalans tussen vraag en aanbod. ⁴	

Relatie met andere planvorming

Interne evacuatieplannen

Een evacuatieplan van een zorgorganisatie en het regionaal evacuatieplan zijn complementair aan elkaar en spelen samen een cruciale rol bij de voorbereiding, uitvoering en herstel van evacuaties. De evacuatieplannen van de zorgorganisaties richten zich op de verplaatsing van bewoners, patiënten en personeel binnen of buiten de instelling. Het regionale evacuatieplan fungeert als onderlegger en zorgt voor coördinatie op grotere schaal. Bij de voorbereiding op een eventuele evacuatie is het essentieel dat zorgorganisaties hun planvorming baseren op landelijke- en regionale kaders en richtlijnen. Twee belangrijke landelijke documenten vormen hierbij de beleidsmatige basis, namelijk het Landelijk Kwaliteitskader Risicomanagement, Crisisbeheersing en OTO 3.0 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en het document Zorgcontinuïteit in balans van GHOR GGD Nederland. In het document Zorgcontinuïteit in Balans zijn drie disbalansen van toepassing op een (grootschalige) evacuatie, namelijk:

- Disbalans Sluiting van (delen van) de locatie;
- Disbalans Groot aanbod van cliënten;

² Art. 175 en 176 Gemeentewet en Wvr

³ Art. 39 Wvr en art. 175 en 176 Gemeentewet

⁴ Conform het Regionaal zorgcontinuïteitsplan 4.0 (2024)

- Disbalans verplaatsen van patiënten.

Regionaal zorgcontinuïteitsplan

Het zorgcontinuïteitsplan beschrijft op hoofdlijnen regionale afspraken over het proces rondom sturing en coördinatie, overlegstructuren, communicatie, informatievoorziening en het nemen van kritieke besluiten bij (dreigende) zorgcontinuïteitsproblemen. Het zorgcontinuïteitsplan borgt daarmee een (boven)regionale uniforme werkwijze. Evacuatie is één van de mogelijke maatregelen en maakt daarmee onderdeel uit van de bredere aanpak in het regionaal zorgcontinuïteitsplan.

Landelijk samenwerkingsdocument ROAZ DPG

Het landelijk samenwerkingsdocument legt de verantwoordelijkheden en samenwerking vast tussen het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) en de Directeur Publieke Gezondheid (DPG). Het samenwerkingsdocument beschrijft de strategische basis voor de samenwerking tussen zorgaanbieders en publieke gezondheidsdiensten bij verschillende rampen en crises. Het regionaal evacuatieplan zorgt in het verlengde daarvan voor de operationele uitvoering en coördinatie van een (grootschalige) evacuatie van een zorgorganisatie.

4. Fasen regionale evacuatie

Het proces van een evacuatie wordt hierna systematisch onderverdeeld in drie opeenvolgende fasen: dreigende fase (fase voorafgaand aan de evacuatie), acute fase (uitvoer van de evacuatie) en herstelfase (herstel en terugkeer).

In het kader van crisiscommunicatie geldt in alle fasen dat de zorgorganisatie zelf communiceert met medewerkers, patiënten, familieleden en bezoekers over de situatie en bijbehorende handelingsperspectieven. De veiligheidsregio kan aanvullend communiceren. Het is essentieel om de communicatieboodschap en het moment van communiceren op elkaar af te stemmen, zodat een eventueel persbericht niet eerder wordt verspreid dan dat de zorgorganisatie intern haar medewerkers hierover heeft geïnformeerd. Indien noodzakelijk of gewenst kan regionale crisiscommunicatie opgestart worden.⁵

Fase 1 – Dreigende fase

Dreigende fase	Acute fase	Herstelfase
----------------	------------	-------------

Beschrijving:

Deze fase start vanaf het moment dat er sprake is van een (dreigende) calamiteit, ramp of crisis waardoor een zorgorganisatie geen zorgcontinuïteit en/of patiëntveiligheid meer kan garanderen. Dit kan zowel een interne als externe calamiteit, ramp of crisis betreffen. De overgang naar fase 2 vindt plaats zodra er een formeel besluit is genomen om daadwerkelijk over te gaan tot evacuatie van de zorgorganisatie.

Regionale impact:

Een dreigende evacuatie van een zorgorganisatie heeft een grote regionale impact, met name op de capaciteit en kwaliteit van zorg. Er wordt een zorgcontinuïteitsprobleem verwacht. Goede voorbereiding en coördinatie zijn cruciaal om de continuïteit van zorg te waarborgen en de impact op andere zorgorganisaties te minimaliseren. Belangrijk is om vroegtijdig de ACGZ (en hij op zijn beurt het RCPS) te informeren dat een zorgcontinuïteitsprobleem verwacht wordt.

Sturing en coördinatie:

De DPG is in het kader van diens GHOR-taak onder andere verantwoordelijk voor het geven van (indien van toepassing) voorwaarschuwingen aan de zorgsector over externe dreigingen waarbij een evacuatie noodzakelijk kan zijn. Namens de DPG is de GHOR de verbinder tussen de zorgpartners, openbaar bestuur en veiligheidsdiensten.

Het besluit tot evacuatie kan door twee verschillende gremia worden genomen. Enerzijds kan het crisis(beleids)team van de zorgorganisatie besluiten tot evacuatie. Bij minder urgente situaties kan worden gekozen voor een gefaseerde evacuatie, terwijl bij acute dreiging een directe evacuatie noodzakelijk is. De betreffende zorgorganisatie dient een dergelijk kritiek besluit indien mogelijk af te stemmen met andere ketenpartners in de regio in de op dat moment gehanteerde regionale (bestuurlijke) overlegstructuur (bijv. bestuurlijk ROAZ of veiligheidsregio niveau). Als een directe evacuatie vereist is en afstemming niet mogelijk blijkt, dient de zorgorganisatie de ketenpartners zo vroegtijdig mogelijk te informeren over het genomen besluit. De zorgorganisatie informeert in ieder geval de ambulancediensten vroegtijdig, zodat zij de nodige voorbereidingen kunnen treffen, zoals het bemannen en gereedmaken van ambulances, en zo adequaat kunnen reageren bij een daadwerkelijke inzet.

De zorgorganisatie neemt bij de overweging van een evacuatiebesluit tevens contact op met de ACGZ, deze stelt conform de afspraken in het regionaal zorgcontinuïteitsplan op zijn beurt de DPG en het Regionaal Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (RCPS) hiervan op de hoogte.

⁵ Conform de afspraken in het Regionaal Crisiscommunicatieplan (2024)

Anderzijds kan de burgemeester of voorzitter van de veiligheidsregio in een uiterst geval een evacuatiebesluit nemen. De DPG zal vanuit de GHOR-taak de burgemeester en voorzitter van de veiligheidsregio adviseren over de gevolgen van dit zware besluit voor de zorgsector. De burgemeester en voorzitter van de veiligheidsregio stemmen het besluit tot evacuatie zorgvuldig met elkaar af, onder andere rekening houdend met regionale continuïteit van zorg en veiligheid van patiënten. Zij kunnen dan gebruik maken van hun noodbevoegdheid om bij een ramp of crisis dergelijke maatregelen te nemen. Zij kunnen daarbij een evacuatiebevel geven als zij dat noodzakelijk achten, een dergelijk bevel is vervolgens direct afdwingbaar.

De burgemeester kan in uiterst geval bijvoorbeeld een evacuatiebesluit afgeven wanneer:

- Er snelheid is geboden en bij een acute dreiging er geen tijd is om interne besluitvorming af te wachten, of;
- De burgemeester heeft toegang tot bredere informatiebronnen (van hulpdiensten, veiligheidsregio, weerinstituut, etc.) dan een individuele zorgorganisatie en beschikt dus eerder over doorslaggevende informatie om over te gaan tot een dergelijk besluit.

Het is tevens van belang dat een zorgorganisatie ter voorbereiding op een eventuele evacuatie, zo snel mogelijk inzicht krijgt in het aantal en soort patiënten dat geëvacueerd moet worden, inclusief specialismen en afdelingen, en deze informatie met de ACGZ (of RCPS) deelt. Het in kaart brengen van de te evacueren groep patiënten wordt bij voorkeur in de dreigende fase ingericht, vanaf het moment dat een evacuatie wordt overwogen. Dit bespaart kostbare tijd tijdens de daadwerkelijke evacuatie en versnelt afstemming op (boven)regionaal niveau.

Communicatie:

Communiceren van evacuatiebesluit zorgorganisatie: De zorgorganisatie communiceert in het verlengde van de voorgaande (dreigende) fase wederom met de ACGZ en informeert deze over het definitieve evacuatiebesluit. De ACGZ stelt de DPG en het RCPS hiervan op de hoogte. De zorgorganisatie dient het evacuatiebesluit te communiceren met andere ketenpartners uit de regio, bijvoorbeeld in de op dat moment gehanteerde regionale (bestuurlijke) overlegstructuur (bijv. bestuurlijk ROAZ) indien vooraf geen afstemming met andere ketenpartners mogelijk was. De zorgorganisatie communiceert tevens zelf met medewerkers, patiënten, familieleden en bezoekers over de evacuatie.

Communiceren van evacuatiebesluit burgemeester of voorzitter veiligheidsregio: Wanneer de burgemeester of voorzitter veiligheidsregio besluit tot evacuatie van een zorgorganisatie, zal deze direct, of via de DPG, contact opnemen met de zorgorganisatie via de directie of crisis(beleids)team. De ACGZ zal de andere zorgorganisaties en het RCPS in de regio hierover informeren en/of de DPG kan de ROAZ-voorzitter oproepen om hiervoor een regionaal overleg in te lassen.

Fase 2 – Acute fase

Dreigende fase	Acute fase	Herstelfase
----------------	------------	-------------

Beschrijving:

Zodra het besluit is genomen om tot evacuatie over te gaan – ongeacht of dit door de zorgorganisatie of de burgemeester is genomen – start de daadwerkelijke uitvoering van de evacuatie. Deze fase bestrijkt de periode vanaf het moment na besluitvorming tot aan de afronding van de evacuatie.

Een gebouw kan (acuut of geleidelijk, afhankelijk van de noodzaak) volledig of gedeeltelijk worden geëvacueerd. Bij een gedeeltelijke evacuatie wordt slechts een specifiek deel van een gebouw geëvacueerd, terwijl de rest van het gebouw toegankelijk en bruikbaar blijft. Een voorbeeld hiervan is een brand op een afgesloten afdeling, waarbij alleen de betreffende afdeling geëvacueerd moet worden, terwijl de overige afdelingen onaangetast blijven. Zorgorganisaties volgen eigen planvorming in het proces van ontruiming of evacuatie.

Regionale impact:

Er is sprake van een regionaal zorgcontinuïteitsprobleem wanneer de evacuatie van een zorgorganisatie grote aantallen patiënten betreft en wanneer de capaciteit en kwaliteit van de zorgverlening in de regio niet meer gegarandeerd kan worden.

Er is *geen* sprake van een regionaal zorgcontinuïteitsprobleem wanneer de (kritieke) zorgverlening in de regio nog steeds gegarandeerd kan worden. Bijvoorbeeld als de evacuatie slechts een klein aantal patiënten betreft, en/of wanneer het gaat om zorgorganisaties met minder zorg intensieve patiënten.

Ongeacht of er sprake is van een regionaal zorgcontinuïteitsprobleem, bij een evacuatie is altijd een (massale) inzet van hulpdiensten vereist voor de evacuatie en opvang van patiënten met een (grote) inzet van ambulancezorg. Dit leidt mogelijk tot verstoring van de beschikbaarheid van de ambulancezorg in de regio.

Sturing en coördinatie:

De zorgorganisatie heeft in de aanloop naar- en tijdens de daadwerkelijke evacuatie in beginsel contact met de ACGZ als eerste aanspreekpunt. De ACGZ onderhoudt vervolgens contact met de DPG en (in het geval van een ziekenhuis met) het RCPS en stemt (indien noodzakelijk) de informatiebehoefte met hen af.

Afhankelijk van de omvang en impact van de evacuatie zal de veiligheidsregio opschalen in de GRIP structuur en wordt mogelijk een liaison van de zorgorganisatie gevraagd om deel te nemen aan de overlegstructuur van de veiligheidsregio. Dit kan op operationeel niveau zijn (met onder andere de OVD-G in de COPI bak) maar ook op bestuurlijk niveau (met onder andere de burgemeester in het gemeentelijk beleidsteam). Het is aan de zorgorganisatie om een liaison aan te wijzen die de juiste kennis en mandaat bezit om een waardevolle bijdrage te kunnen leveren aan het overleg.

Om de samenwerking bij een dergelijk incident te bevorderen kan het, afhankelijk van het scenario, ook zijn dat de GHOR één of meerdere liaisons afvaardigt naar de zorgorganisatie. Dit kan een OVD-G zijn om op operationeel niveau mee te denken, of een ACGZ om op bestuurlijk niveau de schakel te zijn tussen de zorgorganisatie, openbaar bestuur en veiligheidsdiensten.

De DPG is verantwoordelijk voor de strategische sturing van de publieke gezondheidszorg en geneeskundige hulpverlening namens de GHOR. Bij een evacuatie van een zorgorganisatie bewaakt de DPG de continuïteit van zorg in de regio en stemt af met- of informeert andere crisispartners (zoals ROAZ-voorzitter, burgemeester en de veiligheidsregio).

De ROAZ-voorzitter of DPG (of in overleg met elkaar) bepaalt of er voldoende aanleiding is voor een regionaal overleg en op welke schaal. Om de gevolgen van een evacuatie van een zorgorganisatie in de

regio te beperken, worden in ROAZ-verband afspraken gemaakt om de continuïteit van (acute) zorg in de keten te kunnen blijven borgen. De ROAZ-voorzitter en DPG werken gedurende het proces nauw samen en zien er gezamenlijk op toe dat afspraken worden nageleefd.

Patiënten spreiding op regionaal niveau

Bij evacuatie van een zorgorganisatie wordt de patiëntenstroom in eerste instantie lokaal opgevangen, indien de zorgorganisatie beschikt over meerdere locaties. Indien noodzakelijk vindt patiënten spreiding op regionaal niveau plaats. Een voorwaarde voor patiënten spreiding op regionaal niveau is dat er binnen de regio toereikende regionale opvangcapaciteit is en waarbij de continuïteit van zorg in de regio het uitgangspunt is.

Patiënten spreiding op regionaal niveau kan plaatsvinden in het geval van een:

- Gedeeltelijke evacuatie van een ziekenhuis waarbij de patiëntenstroom door de ziekenhuizen in de eerste schil (directe omgeving) opgevangen kan worden zonder dat dit directe gevolgen heeft voor de regionale zorgcontinuïteit. Deze manier van spreiding vindt in onderling overleg tussen de ziekenhuizen plaats.
- Volledige evacuatie van een VVT-instelling, waarbij andere VVT-instellingen in de regio voldoende capaciteit hebben om de overname van patiënten te verzorgen, en waarbij ook een beroep kan worden gedaan op de achterban (familie, vrienden, etc.) van de patiënten voor opvang.

De zorgorganisatie is zelf verantwoordelijk voor:

- Het informeren over een (gedeeltelijke) evacuatie van de GHOR (via de ACGZ) en andere zorgorganisaties;
- De operationele uitvoering van de evacuatie;
- De patiënten spreiding: Vinden van geschikte opvangcapaciteit bij andere zorgorganisaties in de regio. Indien noodzakelijk wordt dit in ROAZ-verband nader afgestemd.
- (Medische) overdracht van patiënten (acuut en niet-acuut) naar ontvangende zorgorganisaties;
 - Stem af hoe wordt omgegaan met cliënt/patiëntgegevens, zorgdossiers etc.;
 - Zorg onderling voor goede afspraken en een duidelijke werkwijze zodat personeel de juiste cliënt/patiënt informatie heeft en continuïteit van zorg geborgd is;
 - Maak duidelijke afspraken over de medische verantwoordelijkheid voor de patiënten.
- Afstemming met vervoersdiensten voor vervoer van patiënten;
- Afstemming met andere zorgorganisaties over randvoorwaarden voor (eventuele) terugkeer van patiënten: zij stemmen onderling af over het moment van terugkeer en daarmee de overdracht van patiëntendossiers, eventuele medische hulpmiddelen, en patiëntenvervoer.

Indien noodzakelijk of op verzoek van de zorgorganisatie kan vanuit de GHOR ondersteuning worden geboden in bovenstaande processen. Zie voor een uitgebreide omschrijving de disbalans 'Groot aanbod van cliënten' in deel 2 van het document *Zorgcontinuïteit in balans (2024)*.

Bovenregionale patiënten spreiding (ziekenhuizen)

Wanneer de druk op de (acute) zorg in de regio dusdanig hoog is en regionale coördinatie niet meer voldoende is, ontstaat er een behoefte aan landelijke coördinatie en spreiding. Bovenregionale patiënten spreiding is dan noodzakelijk indien een ziekenhuis moet worden geëvacueerd en waarbij de eerste schil (directe omgeving) ontzien wordt ten behoeve van de beschikbaarheid van (reguliere) acute zorg. Om patiënten naar andere regio's te verplaatsen, kan het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) geactiveerd worden. De bestuurder van het betreffende ziekenhuis dient dan via de ROAZ-voorzitter de Algemene Ledenvergadering (ALV) van het LNAZ te verzoeken tot het activeren van het LCPS. De ALV zal op basis van de situatie een beslissing nemen over het al dan niet toekennen van dit verzoek.

Het LCPS gaat over de landelijke coördinatie van de spreiding en plaatsing van patiënten tussen verschillende regio's (met behulp van de RCPS'en) en zo nodig en mogelijk in het buitenland. Het LCPS heeft inzicht in de beschikbare zorgcapaciteit van ziekenhuizen buiten de regio. Zij maakt een inschatting van welke ziekenhuizen in andere regio's in Nederland voldoende capaciteit hebben om patiënten op te vangen, met inachtneming van de zorgbehoefte van de patiënten, zoals specialistische zorg of intensieve zorg. De Meldkamer Ambulancezorg coördineert het (eventueel noodzakelijke) ambulancevervoer.

Indien het verzoek wordt gehonoreerd en het LCPS wordt geactiveerd, zal het RCPS ook in werking treden. Het RCPS zal de ACGZ hierover (blijvend) informeren. Het RCPS zal het ziekenhuis ondersteunen in de patiënten spreiding. Het ziekenhuis blijft in dit proces medisch eindverantwoordelijk en bepaalt de volgorde van de te evacueren patiënten. Het RCPS zal in samenwerking met het ziekenhuis de patiënten in het landelijk spreidingssysteem aanmelden en in afstemming met het LCPS de patiënten spreiding effectief coördineren. Het LCPS gaat op zoek naar geschikte opvanglocaties en stemt hierover af met het RCPS.

Het LCPS (en daarmee het RCPS) maakt voor deze bovenregionale patiënten spreiding gebruik van de Patient Movement Request (PMR)-tool. De PMR-tool is een digitaal systeem dat wordt gebruikt om patiënten te registreren en te monitoren die moeten worden overgeplaatst naar andere zorgorganisaties tijdens een crisis of calamiteit. Het systeem ondersteunt bij de coördinatie en spreiding van patiënten naar beschikbare zorgcapaciteit in andere regio's.

Fase 3 – Herstelfase

Dreigende fase	Acute fase	Herstelfase
----------------	------------	-------------

Beschrijving:

De herstelfase volgt direct op de daadwerkelijke evacuatie van patiënten. Deze fase richt zich op het herstel van reguliere zorgprocessen en (voorbereiding op) terugkeer van patiënten.

Regionale impact:

Mogelijk ontstaan er in de nafase langdurige knelpunten in de toegang tot (acute) zorg wat mogelijk kan leiden tot een bedreiging van de zorgcontinuïteit. In de nafase zal de druk op de (acute) zorgketen in de regio afnemen zodra de geëvacueerde zorgorganisatie weer operationeel is en de patiëntenstroom (in-, door- en uitstroom) weer volgens reguliere afspraken opgevangen wordt.

Sturing en coördinatie:

De zorgorganisatie is zelf primair verantwoordelijk voor de terugkeer van haar patiënten. De zorgorganisatie bepaalt zelf of de situatie voldoende is gestabiliseerd om de zorgverlening te hervatten. Op basis van de situatie en de beschikbare middelen wordt besloten door het crisis(beleids)team of het veilig is om patiënten weer te ontvangen. Let wel: de zorgorganisatie dient er rekening mee te houden dat een besluit tot heropening van het crisis(beleids)team afgestemd dient te worden met alle afdelingen (reguliere organisatie). Een besluit tot terugkeer van patiënten zal tevens in de op dat moment gehanteerde regionale (bestuurlijke) overlegstructuur (bijv. bestuurlijk ROAZ) nader afgestemd worden.

Het ROAZ is verantwoordelijk voor het herstel van de continuïteit van de regionale (acute) zorgketen en stemt af over de inzet van regionale zorgcapaciteit (bv. personeelstekort, beschikbaarheid van bedden of middelen) bij terugplaatsing van patiënten.

Voor de nafase is het van belang dat zorgorganisaties beschikken over een herstel- of terugkeerplan, dat onderdeel uitmaakt van het bredere organisatie-specifieke evacuatieplan. Dit plan voorziet in de stappen die nodig zijn om de zorgorganisatie na een evacuatie opnieuw operationeel te krijgen. Specifieke procedures voor het terugplaatsen van patiënten, inclusief de medische, logistieke en administratieve aspecten zullen hierin beschreven moeten worden.

Patiënten spreiding op regionaal niveau

De geëvacueerde zorgorganisatie stemt zelf af met de zorgorganisaties waarnaar de patiënten (tijdelijk) zijn overgeplaatst over randvoorwaarden voor (eventuele) terugkeer van patiënten en het faciliteren van geschikt vervoer.

Bovenregionale patiënten spreiding

Indien het LCPS en RCPS hebben ondersteund bij de patiënten spreiding (in het geval van een ziekenhuis), kunnen zij (indien gewenst) ook ondersteunen bij de (eventuele) terugkeer van verspreide patiënten. In samenspraak met de zorgorganisatie kan het LCPS een planning maken voor terugkeer van patiënten en regelt passend vervoer. Het RCPS zal in afstemming met de zorgorganisatie ondersteunen in de coördinatie van de terugplaatsing van patiënten.

Als onderdeel van de nafase wordt door de GHOR-bureaus en/of het ROAZ-bureau een ketenevaluatie georganiseerd.

Communicatie:

Wanneer een zorgorganisatie na een evacuatie besluit om opnieuw operationeel te worden, wordt dit besluit zo spoedig mogelijk gecommuniceerd met het RCPS en de andere zorgorganisaties in de regio.

Het RCPS stelt de ROAZ-voorzitter, via de ROAZ-manager hiervan op de hoogte. De ROAZ-voorzitter kan in afstemming met de betrokken zorgorganisaties besluiten om een extra regionaal overleg te organiseren, waar vervolgens nadere afstemming kan plaatsvinden over het (gefaseerd) herstellen van de continuïteit van regionale acute zorgketen.

	Naam/functie/organisatie
Auteurs	Daisy Jansen, Beleidsadviseur GHOR Twente Marit Diersen, Beleidsadviseur GHOR NOG Saskia Busscher, Adviseur Crisisbeheersing & OTO, ROAZ-Bureau Euregio Charlotte Scholten, Adviseur Crisisbeheersing & OTO, ROAZ-Bureau Euregio
Revisiedatum	2 jaar na vaststelling
Voorstellen ter verbetering kunt u door middel van een e-mail kenbaar maken (crisisbeheersing@acutezorgeuregio.nl) met vermelding van naam van het document, uw naam, afdeling en datum.	

Bijlagen

Bijlage 1: Stroomschema evacuatie zorgorganisatie

