

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige Zorg

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij**

5.1.2e  
5.1.2e @minvws.nl

**Datum**

27 januari 2022

**Aantal pagina's**

4

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

# agenda

Betreft	Driehoeksoverleg
Vergaderdatum en -tijd	31 januari 2022 17.00 – 17.45 uur
Vergaderplaats	Webex
Aanwezig	5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e ( 5.1.2e ) 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e (verslag), 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e
Afwezig	5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e

## 1. Opening, verslag vorige overleg en agenda

5.1.2e Opening vergadering en vastlegging verslag.

Met ingang van 1 februari a.s. komt de waarnemingsperiode van 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e ten einde. Hij zal zich weer gaan bezighouden met zijn reguliere werkzaamheden. 5.1.2e heeft voorgesteld om 5.1.2e als agenda-lid aangehaakt te houden, maar niet meer actief deel te nemen. 5.1.2e geeft aan wel nog steeds aanspreekbaar te zijn – ook tussen de overleggen door – voor vraagstukken op vlak van gezondheidszorg/militaire bijstand.

5.1.2e In relatie tot het MSOB-toetsingskader is het wel wenselijk en handig dat 5.1.2e nog aansluit.

5.1.2e 5.1.2e was overigens vandaag wel voornemens om aan te sluiten, maar kon niet vanwege quarantaine perikelen.

5.1.2e Wens om 5.1.2e wel aan te laten sluiten actie: 5.1.2e neemt contact op met de 5.1.2e over hun vertegenwoordiging in het driehoeksoverleg.

## 2. Stand van zaken en MSOB-procedures

### a) Stand van het land

5.1.2e Actuele beeld is nu wel spannend. We zien het aantal ziekenhuisopnames omhoog gaan. Bij IC vlakt het aantal opnames wel af, maar gaat mogelijk een beetje stijgen.

Er kan onrust ontstaan in het veld, met als gevolg 'we moeten er op tijd bij zijn'. Wel goed om dit te duiden en te communiceren richting zorginstellingen: fase 2d is nog lang niet aangebroken. De aandacht verschuift naar plekken dicht bij mensen in de wijk.

Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Langdurige Zorg  
Afdeling 3

5.1.2e Verwachting is dat het oploopt en dit is een ingecalculeerd risico wat wordt genomen met het loslaten van enkele maatregelen; hoe steil en waar de curve zich gaat manifesteren is nog onduidelijk.

Datum  
20 januari 2022

#### b) MSOB-toetsingskader

5.1.2e Door de partners is gezamenlijk gekeken naar een verder specificatie van het huidige afwegingskader (met oog op het geval dat de druk op de zorg neerslaat in andere zorgsectoren). Hierover is ook specifiek contact geweest met 5.1.2e wat kan Defensie betekenen als bijvoorbeeld de druk te veel toeneemt in de huisartsenzorg? In het voorliggende kader zijn de stappen per sector verder gespecificeerd.

5.1.2e Druk huisartsenzorg, kan Defensie daar een rol bij spelen?

5.1.2e Voor de huisartsen geldt dat er calamiteitenplannen klaar liggen. Echter wel met wetenschap dat deze zeer zelden zijn ingezet. Bij een enorme golf zouden zij ondersteuning kunnen vragen van Defensie, waarbij je dan vooral moet denken aan logistieke en procesmatige ondersteuning om Huisartsenposten 24/7 in te richten.

5.1.2e Belangrijk: wij kunnen medisch niets leveren aan huisartsenposten. Wel kan Defensie op logistiek gebied inspringen.

5.1.2e Eerder wel VIG'ers en helpenden ingezet in het ziekenhuis, waarom niet in wijkverpleging?

5.1.2e We hebben maar een zeer beperkt aantal mensen in ons bestand, tevens staat wijkverpleging nog verder weg van wat zij nu doen, dan inzet in bijvoorbeeld het UMCU. Enkelen zijn opgeleid tot huisarts. Zij kunnen onder supervisie worden ingezet, maar ik maak mij in dat geval zorgen over de kwaliteit, zeker in een dergelijke context.

5.1.2e Ik snap precies wat 5.1.2e en 5.1.2e zeggen, ik zie dat in de tekst nog niet terug. Nodig om in het document te expliciteren dat het vooral op het procesmatige en logistiek inzet gaat (**actie**). Hebben we zicht om op het aantal vragen wat we aan kunnen? Zijn er criteria nodig om een prioritering te maken?

5.1.2e We gaan bij deze vorm van inzet ook uit van kort en krachtig. Dit kunnen wij op het terrein van logistieke steun zeker leveren, hier is voldoende capaciteit. Op basis van de verwachte druk op de zorg lijkt het mij niet noodzakelijk om de scenario's verder uit te werken op dit moment.

5.1.2e Verwachtingsmanagement enorm belangrijk op dit punt. Wijkzorg met individuele zorg is lastiger te monitoren dan IC-capaciteit en ook lastiger om op in te zetten. Als wij inzetten op gecohorteerde wijkzorg dan is hiervoor ook een concrete omschrijving voor nodig in het toetsingskader. Bij het inzetten van Defensie in klinieken zou ik neerzetten dat Defensie wordt ingezet in het UMCU om overloopcapaciteit te creëren, mits er bovenregionale verplaatsingen plaatsvinden.

5.1.2e Belangrijk om goed te blijven kijken naar de cijfers. Vraagt om uitwerking. Bovenregionale overplaatsingen naar Utrecht gaat misschien niet zo snel gebeuren, als reguliere zorg gedeeltelijk of helemaal wordt afgeschaald. (dagrapportages met slechts enkele patiënten). Is het dan nodig om inzet voor UMCU zo vast te houden?

5.1.2e Als je één regionaal ziekenhuis hebt met enorme problemen, dan gaan we daar wat doen, als dat nodig is. Die bepaling ligt dan hier in dit overleg. Jullie gaan er dan over.

Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Langdurige Zorg  
Afdeling 3

5.1.2e Wij moeten uitgaan van meest effectieve inzet van Defensie. Als dat ook kortstondig in de regio kan zijn, moeten wij dit toevoegen in het toetsingskader. Ik kan mij voorstellen dat het inderdaad het geval zo kan bijvoorbeeld voorkomen worden dat je ambulances heen en weer laat rijden naar gecentraliseerde zorg.

Datum  
20 januari 2022

5.1.2e Ik zou de hoofdregel willen vasthouden dat Defensie wordt ingezet bij het UMCU om overloopcapaciteit vast te houden, maar dat je ook in bepaalde acute situaties defensie ook ondersteuning kan bieden aan een individueel ziekenhuis. Dit punt goed toevoegen in toetsingskader (**actie**).

5.1.2e Volgens mij kan je dat als uitgangspunt nemen; Defensie kan ook ondersteunen in het herstructureren van de processen. Gaat niet zo zeer enkel om handjes in de zorg zelf, maar rust te laten wederkeren in de organisaties.

5.1.2e In bijlage 1 en 2 huisartsen en wijkverpleging – inzet van logistiek daar meer expliciet maken (**actie**).

5.1.2e De bijlagen kunnen we nog iets meer expliciteren op het gebied van deze logistieke ondersteuning en de processen (witte bolletjes).

5.1.2e Vraag nog van mijn kant; Hoe verhoudt dit zich tot de uitvraag die 5.1.2e en 5.1.2e hebben gedaan, tevens kijkend naar het rapport 5.1.2e 5.1.2e ? 5.1.2e en NZa hebben een overview gemaakt met aandachtspunten (vrijdag) op basis van uitvraag aan de regio's; in hoeverre verhoudt dit zich tot de vragenreeks voor de inzet in de regio die wij verwachten van de ROAZ. Met andere woorden; zouden deze vragen niet al beantwoord moeten zijn in ingebakken moeten zijn in de manier van werken, voor dat een voorzitter van de veiligheidsregio zijn handtekening zet onder een MSOB aanvraag?

5.1.2e Dit is als het ware een extra check en validatie over inzet regio; zijn al *de best practices* toegepast? Onder grote druk zie je dat er nog wel eens wat doorheen glipt.

5.1.2e Is dit niet tegenstrijdig met rapport 5.1.2e en NZa? Link leggen in toetsingskader en vragen om schriftelijke reactie IGJ (**Actie**).

5.1.2e 1 ander specifiek ding over het gezamenlijk werken met wijkgerichte of cohortteams. Ook toezichthouders lijken hier mee te worstelen. Is ook opgenomen in de uitvraag van IGJ en NZa, kunnen we dit dan al als een verplichting meenemen?

5.1.2e Dit is vooral bedoeld om *out of the box* te laten denken, zijn alle mogelijkheden benut? Doen wij ook vaak vanuit onze rol om mee te denken met regio's. Deze vragen helpen dan. Cohortering wordt in elke regio besproken, maar vraagt om specifieke uitwerking en niet overall is men even ver in de ontwikkeling. Het is overigens niet zo dat jouw aanvraag niet kan worden gehonoreerd, wanneer deze mogelijkheid niet is opgepakt in de desbetreffende regio's. Het is meer dat wij meedenken met de regio's of alle mogelijkheden zijn benut.

5.1.2e In dat kader, belangrijke opmerking om elkaar zorgbreed te helpen; kan je zorgpersoneel (denk bijvoorbeeld ook aan co-assistenten) uit het ziekenhuis ook in de wijk inzetten? Welke voorbeelden kennen we met uitwisselen van personeel? Dit moeten we proberen expliciet te maken, dan pas last resort inzet van Defensie.

### 3. Vervolgafspraken

De input van het driehoeksoverleg wordt verwerkt in het toetsingskader. Bij het volgende driehoeksoverleg (7 februari) wordt het aangepaste toetsingskader vastgesteld.

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige Zorg  
Afdeling 3

**Datum**  
20 januari 2022

§ 1.2e draagt zorg voor een nieuwe reeks afspraken. Dit zijn reserveringen, aangezien het wellicht niet noodzakelijk is om wekelijks bij elkaar te komen. Om deze reden wordt wekelijks donderdag of vrijdag op basis van de ontwikkelingen bezien of het driehoeksoverleg bij elkaar moet komen.

### 4. Rondvraag / W.v.t.t.k.

De deelnemers hebben geen punten voor de rondvraag.