

### **Toetsingskader MSOB-procedure**

#### **1. Inleiding**

Vanuit Defensie is een beperkt aantal BIG-registreerde medewerkers beschikbaar, die als last resort kunnen worden ingezet in de gezondheidszorg, als er knelpunten zijn die voortvloeien uit de Covid-19 pandemie. Daarnaast is er defensiepersoneel met andere kwalificaties beschikbaar (ondersteuning, planning, logistiek, hygiëne-deskundigen). Vanwege het feit dat er sprake is van een zeer beperkte hoeveelheid personen is het noodzakelijk:

1. Regionaal en landelijk een slagvaardige organisatie in te richten, waardoor aanvragen effectief kunnen worden ingediend en afgehandeld en landelijk een beleids- en toetsingskader wordt vastgesteld en geëvalueerd;
2. Bestuurlijke prioriteiten te stellen voor de inzet van het schaarse defensiepersoneel;
3. Een zorgvuldig proces te doorlopen aan de hand van dit beleids- en toetsingskader (en de hierbij horende aangepaste MSOB-formulieren)
4. Flexibel te zijn in de inzet (alleen toezeggingen voor korte termijn, voortdurende monitoring en evaluatie van noodzaak inzet).

#### **2. Slagvaardige organisatie**

- a) Het te doorlopen proces, voordat een effectieve MSOB-aanvraag kan worden ingediend, vergt coördinatie, samenwerking en afspraken binnen een ROAZ-regio (of GHOR/veiligheidsregio) binnen de gehele zorgketen. In veel regio's is er al een dergelijke organisatie, die ook contact heeft met de Regionaal Militair Operationeel Adviseur (RMOA). Regionale coördinatie en één aanspreekpunt per regio vergemakkelijkt het proces waarmee een aanvraag wordt beoordeeld.
- b) Het driehoeksoverleg, bestaande uit de DG Langdurige Zorg (vz), DG Curatieve Zorg, de directeur operaties van het ministerie van Defensie en de coördinerend DPG MSOB, stelt een beleids- en toetsingskader vast en stelt dit bij naar gelang de situatie dit nodig maakt. Het driehoeksoverleg komt bij elkaar op het moment dat de situatie hier om vraagt, met ondersteuning en waar nodig vervangers vanuit alle drie de organisaties.
- c) Landelijk zijn het LOCC, het bijstandsteam VWS, de sectie Nationale Operaties van het ministerie van Defensie en het expertiseteam Zorgcontinuïteit van GGD GHOR Nederland betrokken bij de afhandeling van de aanvragen van een regio. Dit is een dagelijks proces.

#### **3. Uitgangspunten en prioriteiten**

Bij de verdeling wordt uitgegaan van een schaarste-model, aangezien de vraag zich veelal in grote delen van Nederland voordoet en het aanbod beperkt is. Dit betekent dat bezien wordt hoe de inzet van defensiepersoneel maximaal effectief en efficiënt kan zijn. Daarbij geldt dat de schaarste met name BIG-geregistreerde defensiemedewerkers betreft. Voor zorgtaken onder supervisie van gediplomeerde medisch personeel is meer capaciteit. Dat geldt zeker voor ondersteunende medewerkers op het gebied van infrastructuur, logistiek, ondersteuning en hygiënekennis. Zorg die zo is georganiseerd dat de 'eigen' verpleegkundigen in een regio (dus breder dan een instelling) zich uitsluitend kunnen richten op 'voorbehouden' handelingen, waarbij ondersteunende handelingen door anderen kunnen worden gedaan, verdient de voorkeur. De prioriteiten worden regelmatig geëvalueerd aan de hand van de feitelijke situatie in de zorg. Daarom is de onderstaande actuele prioriteit van een datum voorzien.

#### **Actuele prioriteit dd 22 11 2021**

Voor wat betreft de inzet van Defensie *in ziekenhuizen* wordt de huidige lijn gecontinueerd, dat defensiepersoneel bij voorkeur wordt ingezet in het UMCU, gegeven de bovenregionale functie, dat daarmee in het kader van het LCPS-proces een substantiële capaciteit heeft voor de opvang van patiënten uit andere regio's. Inzet van Defensiepersoneel is alleen aan de orde als niet alleen reguliere zorg 4 en 5 maar ook kritiek planbare zorg is afgeschaald. Het is hierbij verder van belang

dat bij inwerkingtreding van een centrale, regionale functie hier ook de 'fair share' van de betreffende regio op wordt aangepast. Daarnaast kan ondersteuning van de brede keten (bijvoorbeeld ELV-bedden / zorghotel) plaatsvinden om stagnatie van instroom en de doorstroom van patiënten naar en vanuit het ziekenhuis te voorkomen. Ook kan Defensie personeel in individuele VVT-instellingen worden ingezet. In deze gevallen is dat alleen mogelijk als de personeelskrachte niet op een andere manier in de regio en met hulp van Rode Kruis en de Nationale Zorgreserve kan worden opgelost. In dit geval kan met behulp van het GGD-expertiseteam worden bezien welke mogelijkheden er zijn om het Rode Kruis en de Nationale Zorgreserve in te zetten.

### **Actuele prioriteit dd 07 02 2022**

De huidige epidemiologische prognose – waarbij onder aanvoering van een hoge infectiedruk de komende periode een nieuwe piek aan Covid-patiënten wordt verwacht – vraagt om een accentverschuiving. Ten opzichte van eerdere 'golven' wordt verwacht dat:

1. de piek kort (maar mogelijk hevig) is; en
2. de druk zich op andere plekken in de keten zal voordoen (minder IC, maar meer kliniek, vvt, wijkverpleging en huisartsenzorg).

Gelet op bovenstaande feiten is het toetsingskader aangepast met als doel om sneller te kunnen handelen. Zo bestaat het toetsingskader niet meer uit een algemene procedure, maar is per type zorg (ziekenhuiszorg, eerstelijnszorg, zorg thuis, verpleeghuiszorg) een procedure uitgewerkt in het geval dat daar de meest druk op de zorg terechtkomt. De toetsende vragen – zoals te vinden onder bijlage 1 – die door het Expertiseteam Zorgcontinuïteit worden gesteld, zijn hierop aangepast.

- Aan afstemming in de ROAZ/RONAZ-regio wordt nog meer prioriteit gegeven. Overleg tussen de verschillende partijen over de in-, uit- en doorstroom in de keten is cruciaal in deze fase. Bij bespreking op deze tafel dient gekeken of best practices en aanbevelingen zoals genoemd in het rapport 'Ketenbrede paraatheid ter voorkoming fase 3' (IGJ en NZa) een verlichting kan bieden. Het Expertiseteam Zorgcontinuïteit zal hier ook op toetsen.
- Voor aanvragen vanuit de vvt geldt dat geclusterde regionale inzet van Defensie de voorkeur geniet. Ook voor inzet binnen de wijkverpleging of thuiszorg dient sprake te zijn van cohortering. Voor de wijkverpleging, thuiszorg en de huisartsenzorg geldt dat Defensie in principe geen directe zorgverlening kan bieden. Wel kan zij kort en krachtig ondersteunen op voornamelijk logistieke en procesmatige processen.
- Voor wat betreft de inzet van Defensie *in ziekenhuizen* – en meer in het bijzonder de kliniek – wordt de huidige lijn gecontinueerd, dat defensiepersoneel bij voorkeur wordt ingezet in het UMCU, gegeven de bovenregionale functie. Er moet dan wel sprake zijn van een actueel spreidingsbeleid ten behoeve van kliniekbedden, wat het creëren van overloopcapaciteit noodzakelijk maakt. Bij acute noodsituaties in een regio, waarbij bovenregionale verplaatsing van patiënten niet de voorkeur geniet, kan de inzet van Defensie bij uitzondering ook lokaal/regionaal worden ingezet. Uitgangspunt in de inzet dan vooral het herstructureren van de processen tot doel heeft. In volgorde van belangrijkheid gaat een overloopcapaciteit in het UMCU voor op lokale/regionale inzet.

In geval van een zeer korte doch hevige piek, is er mogelijk niet genoeg tijd voor zorgorganisaties om alle vragen tijdig beantwoord te krijgen. In dat geval kan het Expertiseteam Zorgcontinuïteit de (onderbouwde) afweging maken om te kiezen voor het fall back scenario: zij kan positief adviseren zonder antwoord te hebben op alle vragen, om zo een versnelling te bewerkstelligen. De stappen 2. mogelijke inzet Rode kruis en 3. mogelijke inzet NRZ blijven handhaaft en moeten worden getoetst.

#### 4. **Zorgvuldig proces**

Het proces om te komen tot een MSOB-aanvraag begint in de regio. Voordat een effectieve MSOB-aanvraag kan worden ingediend moeten drie vragen worden beantwoord:

1. Is binnen de regio, door coördinatie, samenwerking, afspraken en onderlinge hulp, alles gedaan wat mogelijk is om het knelpunt op te lossen? Het expertiseteam Zorgcontinuïteit van GGD GHOR Nederland is beschikbaar voor advisering van de regio's bij het beantwoorden van deze vraag en overzichts-rapportage over de feitelijke situatie. In **bijlage 1** wordt deze vraag verder uitgewerkt.
2. Is maximaal gebruik gemaakt van de mogelijkheden van het Rode Kruis?
3. Is maximaal gebruik gemaakt van de mogelijkheden van de Nationale Zorgreserve?

Deze drie vragen komen terug in het (nieuwe) aanvraagformulier voor MSOB.

De landelijke procedure MSOB is weergegeven in **bijlage 2**.

#### 5. **Flexibiliteit in de inzet**

Naast dat de inzet van defensie last resource biedt, is een tweede expliciete doelstelling van de inzet om de instelling de gelegenheid te geven er op korte termijn weer zelf bovenop te komen. Daarom zal een inzet altijd van korte duur zijn (1 – 2 weken) en wordt continue gemonitord of de instelling voldoende stappen heeft gezet (gesteund door GGD expertiseteam en Defensie) om zonder hulp van Defensie verder te kunnen.

Den Haag, 7 februari 2022

Den Haag, 7 februari 2022.

## **Bijlage 1. Noodzakelijke activiteiten in de regio, voorafgaande aan aanvraag MSOB**

### ***Wat moet er in ROAZ verband gebeurd zijn, welke vragen moeten beantwoord zijn?***

Deze tekst is mede opgesteld door het expertiseteam Zorgcontinuïteit binnen GGD GHOR Nederland. Dit expertiseteam is beschikbaar voor advisering van de regio's bij het uitvoeren van de werkzaamheden die van belang zijn voor het beantwoorden van deze vragen. Indien het expertiseteam betrokken is, kan een overzichtsverslag hiervan als bijlage bij het aanvraagformulier worden toegevoegd. Het toevoegen van dit verslag vergemakkelijkt de beoordeling van de aanvraag in grote mate. Een aanvraag zonder een dergelijk verslag vergt van het ministerie van VWS een substantieel grotere inspanning en tijd om tot een beoordeling te komen.

### **Opschalen van capaciteit op lokaal niveau**

#### Opschalen van capaciteit ziekenhuis, zorginstelling:

- Heeft de ALV van het LNAZ ten minste Fase 2D afgekondigd, conform het LNAZ Opschalingsplan?<sup>1</sup>
- Is alles eraan gedaan om, daar waar mogelijk, zorg thuis te organiseren i.p.v. in een instelling
- Is al het beschikbare personeel – dat concreet kan leiden tot opschaling van capaciteit - reeds ingezet?
- Is er al een beroep gedaan op veranderde inzet van eigen personeel (bijv. van reguliere zorg naar COVID-zorg, van onderzoek naar kliniek) en/of stagiaires/studenten/coassistenten)?
- Is taakdifferentiatie toegepast voor medisch, verpleegkundig én verzorgend personeel, enkel de kerntaken op bevoegdheidsniveau, alle andere taken door anderen/ondersteuners?
- Is geprobeerd om personeel tijdelijk meer uren te laten draaien (betaald)?
- Zijn er tekorten in middelen die belemmeren meer personeel in te zetten?
- Wat is de mate van ziekteverzuim, welke maatregelen zijn er ingezet om dit tegen te gaan?
- Worden langdurig zieken ingezet voor ondersteunende werkzaamheden ter ontlasting van hun collega's?
- Worden verpleegkundigen al verder ontlast door helpenden en VIG-ers in te zetten? (onder supervisie van een verpleegkundige of een arts cf. Art 3. BIG)

#### Opschalen van capaciteit huisarts

Conform aanvulling kader betreft het hier mogelijke bijstand op het gebied van ondersteuning bij opstart (logistieke) processen

- Heeft de ALV van het LNAZ ten minste Fase 2D afgekondigd, conform het LNAZ Opschalingsplan?<sup>2</sup>
- Is al het beschikbare personeel - dat concreet kan leiden tot opschaling van capaciteit - reeds ingezet?
- Is er al een beroep gedaan op veranderde inzet van eigen personeel (bijv. stagiaires/studenten/coassistenten)?
- Is het HAROP geactiveerd en wordt er al gewerkt met clustering huisartsenzorg op groepen of huisartsenposten niveau of is hier hulp bij nodig?
- Is geprobeerd om personeel tijdelijk meer uren te laten draaien (betaald)?
- Zijn er tekorten in middelen die belemmeren meer personeel in te zetten?
- Wat is de mate van ziekteverzuim, welke maatregelen zijn er ingezet om dit tegen te gaan?

<sup>1</sup> [Opschalingsplan COVID-19 van het LNAZ \(lnaz.nl\)](#)

<sup>2</sup> [Opschalingsplan COVID-19 van het LNAZ \(lnaz.nl\)](#)



- Worden langdurig zieken ingezet voor ondersteunende werkzaamheden ter ontlasting van hun collega's?

#### Opschalen van capaciteit Wijkverpleging en thuiszorg

Conform aanvulling kader betreft het hier mogelijke bijstand op het gebied van ondersteuning bij opstart (logistieke) processen

- Heeft de ALV van het LNAZ ten minste Fase 2D afgekondigd, conform het LNAZ Opschalingsplan?<sup>3</sup>
- Is al het beschikbare personeel - dat concreet kan leiden tot opschaling van capaciteit - reeds ingezet?
- Is er al een beroep gedaan op veranderde inzet van eigen personeel (bijv. stagiaires/studenten/coassistenten)?
- Is geprobeerd om personeel tijdelijk meer uren te laten draaien (betaald)?
- Zijn er tekorten in middelen die belemmeren meer personeel in te zetten?
- Wat is de mate van ziekteverzuim, welke maatregelen zijn er ingezet om dit tegen te gaan?
- Worden langdurig zieken ingezet voor ondersteunende werkzaamheden ter ontlasting van hun collega's?
- Wordt er al gewerkt met regionale wijkgerichte teams?
- Vindt er al clustering plaats van de zware zorgvraag cliënten?
- Zijn alle mogelijke maatregelen conform het afwegingskader voor fase 3; code zwart in de wijkverpleging toegepast?

#### Opschalen van capaciteit op (boven)regionaal niveau:

- Is regionale afstemming effectief georganiseerd?
- Heeft er binnen het ROAZ/RONAZ gezamenlijk overleg plaatsgevonden betreffende:
  - o De opschaling van covid zorgcapaciteit door afschaling van reguliere zorg (overal dezelfde mate van afschaling)
  - o Concentratie van (COVID-)zorg om inzet efficiënter te maken, zowel in instellingen als buiten instellingen (zorghotels)
  - o Uitwisseling van personeel (van ziekenhuis naar VV of vice versa?)
  - o Mogelijk toepassing van best practices uit andere regio's
  - o
- Is geprobeerd om personeel uit ZBC's in te zetten in VVT, ziekenhuis, wijkverpleging of huisartsenzorg?
- Is geprobeerd om personeel uit ziekenhuizen en revalidatiezorg dat niet aan het werk is door afschalen reguliere zorg in te zetten in de VVT sector, wijkverpleging, thuiszorg of huisartsenzorg?
- Wat is er gedaan om de capaciteit in de regio transparant te maken?
  - o Wat is de bezettingsgraad van kliniek en IC van de ziekenhuizen binnen de regio, is hier een overzicht van?
  - o Is de capaciteit van de VVT-sector voor wat betreft Covid-zorg volledig in kaart gebracht, hoe is de bezettingsgraad?
  - o Is de capaciteit van de huisartsen sector voor wat betreft Covid-zorg volledig in kaart gebracht, hoe is de bezettingsgraad?
  - o Is de capaciteit van de wijkverpleging/thuiszorg voor wat betreft Covid-zorg volledig in kaart gebracht, hoe is de bezettingsgraad?
  - o Is in kaart gebracht waar de meeste hulp noodzakelijk is, kan dit regionaal worden opgevangen? (Voor huisartsenzorg bijvoorbeeld ook chauffeurs, triagisten etc.)

<sup>3</sup> [Opschalingsplan COVID-19 van het LNAZ. \(lnaz.nl\)](#)

- Is de DPG in gesprek gegaan met (een afvaardiging) van de sector om vergroting van de capaciteit te realiseren?
- Wordt actief meegewerkt aan de uitvoering van de LCPS-plannen?
- Is de zorgverzekeraar of het zorgkantoor ingeschakeld?

**Als (boven) regionaal alles geprobeerd is kan een aanvraag gedaan worden bij het Rode Kruis:**

- Is er een aanvraag gedaan bij het Rode Kruis. Zo nee, waarom niet?
- Is deze aanvraag gehonoreerd, zo nee waarom niet?
- Hoe groot is de inzet van het Rode Kruis?
- Is er nog beschikbare capaciteit van het Rode Kruis waar een beroep op kan worden gedaan?

**Als (boven) regionaal alles geprobeerd is kan een aanvraag gedaan worden bij de Nationale Zorgreserve:**

- Is er een aanvraag gedaan bij de Nationale Zorgreserve via [www.nationalezorgreserve.nl](http://www.nationalezorgreserve.nl), Zo nee, waarom niet?
- Is deze aanvraag gehonoreerd, zo nee waarom niet?
- Is de maximale beschikbaarheid reeds ingezet?

***Welke informatie kan worden gebruikt voor de beantwoording van deze vragen en staat ten dienste van de besluitvorming?***

Hieronder is het Informatiekader opgenomen ten behoeve van aanvragen die voorliggen in het driehoeksoverleg. Deze informatie wordt bij elkaar gebracht wanneer er **concrete** aanvragen van zorgorganisaties zullen worden besproken.

| Organisatie | Welke informatie?   | Waar/bij wie uit te vragen?  |
|-------------|---|--|
|             | <b>Spanningsmeter</b>   |  |
| RIVM        | Covid besmetting cijfers  | Dashboard  |
| LCPS        | Covid bezetting cijfers   | LCPS Portal  |
| GGD GHOR    | Op/afschaling van bedden buiten het ziekenhuis  | Monitor zorgcontinuïteit niet-acute zorg                                     |
| LCPS        | Afgekondigde fase in het Opschalingplan voor ziekenhuizen                                   | LCPS Portal  |
| LCPS        | De verhouding onder/overbezetting tussen ROAZ-regio's i.r.t. de verdeelsleutel              | LCPS Portal  |
| NZa         | Cijfers over afschaling van klinische zorg  | Landelijke Ketenmonitor Zorg   |
|             | <b>Verklaring van de spanning</b>   |  |
| NZR         | Beeld van actuele aanvragen en overzicht van capaciteit m.b.t. de inzet van zorgreservisten | NZR via <span style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">5.1.2e</span> |

|                                       |  |                          |
|---------------------------------------|--|--------------------------|
| IGJ (INDIEN MOGELIJK LIVE TOEGELICHT) | Beoordeling ten aanzien van de kwaliteit en continuïteit van zorg bij de aanvragende instelling in de context van regionale situatie | 5.1.2e                   |
| LCPS                                  | Beeld over capaciteit in de ziekenhuizen, fair share tussen regio's en (boven)regionale verplaatsingen                               | 5.1.2e / 5.1.2e          |
| GGD GHOR / CPO ( LIVE TOEGELICHT)     | Beeld over de in-, door- en uitstroom  | 5.1.2e / 5.1.2e / 5.1.2e |

## Bijlage 2. Procedure aanvraag MSOB

Als ondanks al het voorgaande de kwaliteit van zorg niet voldoende gewaarborgd kan worden doordat er niet voldoende geschikt personeel is kan bijstand gevraagd worden van Defensie. Hierbij worden de volgende stappen doorlopen:

1. Zorgaanbieders nemen (gebundeld per regio) contact op met de DPG over een (eventueel) steunverzoek. Bij dit steunverzoek wordt ook aangegeven of gebruik is gemaakt van een advies van het landelijk expertiseteam. Gebruik maken van het expertiseteam is niet verplicht, maar betrokkenheid van het team zorgt voor een snellere en effectieve procedure.
2. De DPG bespreekt de regionale situatie en het verzoek om bijstand met de Regionaal Militair Operationeel Adviseur. Deze geeft een eerste beoordeling.
3. De DPG stemt de aanvraag af met andere DPG'en binnen het ROAZ.
4. De aanvraag wordt ondertekend door de voorzitter Veiligheidsregio;
5. Aanvragen en bijlage met rapportage expertiseteam-inzet worden ingediend bij het LOCC
6. Als het aanvraagformulier niet compleet vraagt het LOCC de aanvrager om dit alsnog te completeren;
7. Het LOCC stuurt het complete aanvraagformulier door naar bijstandsteam VWS, het GGD-expertiseteam en naar de directie Nationale Operaties van Defensie (NATOPS)
8. Het bijstandsteam VWS vraagt indien nodig extra informatie bij betrokken stakeholders, Rode Kruis, NZR en stelt vast of de aanvraag past binnen de prioriteitstelling die door het driehoeksoverleg is bepaald;
9. Het bijstandsteam VWS kan diverse kwalitatieve data en kwalitatieve beelden uitvragen, welke ondersteunend zijn aan het verkrijgen van een goede inzicht ten behoeve van de uiteindelijke besluitvorming;
10. Het bijstandsteam VWS kan tevens de IGJ vragen om een actuele beoordeling ten aanzien van de kwaliteit en continuïteit van zorg bij de desbetreffende instelling in de context van regionale situatie.
11. Het bijstandsteam VWS (onder verantwoordelijkheid van de DG Langdurige Zorg en DgG curatieve zorg) neemt binnen de door driehoek gestelde toetsings- en prioriteitskaders een besluit en verzoekt bij een positief besluit NATOPS een fact finding missie (FFM) te ondernemen. Een negatief besluit wordt direct teruggekoppeld aan het LOCC. NATOPS wordt in de BCC opgenomen bij verzending.
12. NATOPS kijkt bij die FFM wat er echt nodig is. Waar mogelijk signaleren van kansen voor inzet andere expertise defensie.
13. NATOPS neemt een beslissing over vorm en omvang van de daadwerkelijke inzet en koppelt die terug naar het LOCC.
14. Het LOCC rapporteert het (negatieve) besluit van het bijstandsteam of het besluit van NATOPS naar de aanvrager.
15. De coördinerend DPG kan aan zijn collega's eventueel toelichting geven op het besluit.
16. LOCC houdt een actueel overzicht bij van de (gedane) aanvragen en de reactie daarop en de ingezette vervolgacties.