

Vergaderjaar 2012–2013

33 400 X

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Defensie (X) voor het jaar 2013

Nr. 87

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 20 juni 2013

De vaste commissie voor Defensie heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Defensie over de brief van 15 mei 2013 over het jaarverslag van de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) over het jaar 2012 (Kamerstuk 33 400 X, nr. 79).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 20 juni 2013. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Ten Broeke

De adjunct-griffier van de commissie,
Dekker

1

Hoe wordt witte zorg door Defensie gedefinieerd? Hoeveel procent van de Defensie zorg kan worden aangemerkt als wit/groen?

Met de term «groene zorg» wordt de operationele gezondheidszorg bedoeld. Dit is de gezondheidszorg in operationele omstandigheden, alsmede geneeskundige repatriëring en behandeling van gewonde militairen na uitzending. Met de term «witte zorg» wordt de vredesgezondheidszorg bedoeld. Overigens worden vormen van vredesgezondheidszorg ook in het missiegebied verleend en deze begrippen lopen daarom in elkaar over. Defensie gebruikt de termen «groene zorg» of «witte zorg» overigens niet. Defensie beschouwt de gezondheidszorg voor militairen als een keten van zorg die wordt verleend uiteenlopend van reguliere tot operationele omstandigheden. Omdat duidelijke definities van «groene» en «witte» zorg ontbreken, is het verschil niet in een percentage uit te drukken.

2

Wat zijn de consequenties van de sluiting van 50% van de huidige gezondheidscentra en een nog grootschaliger reductie van het aantal tandheelkundige centra?

Door de reorganisatie bij Defensie neemt de krijgsmacht in omvang af. Dit heeft ook gevolgen voor de eerstelijns gezondheidszorg. Met de oprichting van het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf (EGB) en de Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD) vermindert het aantal locaties. De geneeskundige verzorging zal na de reorganisatie op de 26 grootste defensielocaties zijn ondergebracht bij gezondheidscentra of dependances. De meeste militairen werken op een van deze locaties en voor hen verandert er weinig. In enkele gevallen zal (langer) gereisd moeten worden voor een bezoek aan de arts of tandarts. Door de spreiding van de gezondheidscentra en de inzet van mobiele tandheelkundige bussen wordt de reistijd zo veel mogelijk beperkt. Door een andere bedrijfsvoering van de zorg kan Defensie een uniforme en goed beschikbare zorg blijven aanbieden van hoog niveau.

3

Wat wordt er gedaan om de verbeterpunten die zijn geconstateerd in de 1e en 2e lijns zorg in zowel Bosnië als in Zuid-Afghanistan aan te pakken?

Naar aanleiding van de door de IMG geconstateerde aandachtspunten op het gebied van de regie op de ketenzorg voor, tijdens en na missies is de kennis van de zorgverleners en de lijncommandanten op dit gebied verbeterd door scholing en ontwikkeling. De aanwijzingen van de Secretaris-generaal en de Directeur Militaire Gezondheidszorg (DMG) worden hierbij nadrukkelijk betrokken. Daarnaast heeft de Directeur Operaties van de Defensiestaf een standaard Formerings- en Gereedstellingsopdracht opgesteld voor uitzendingen. Met behulp daarvan kunnen de operationele commando's de uitzendingen op uniforme wijze voorbereiden.

De operationele gezondheidszorg levert geneeskundige ondersteuning aan het eigen defensiepersoneel en aan personeel van coalitiepartners. Om in het missiegebied ook adequate zorg aan bejaarden en kinderen te kunnen verlenen is aanvullende scholing noodzakelijk. Ook het pakket geen verbruiksartikelen, zoals het medisch instrumentarium en verbandmiddelen, moet daaraan worden aangepast.

4

Welke maatregelen heeft u genomen om de telefonische bereikbaarheid van gezondheidsinstellingen te verbeteren?

5

Wie is verantwoordelijk voor de telefonische bereikbaarheid van de gezondheidsinstellingen?

31

Waarom is het in 2012 nog niet gelukt om krijgsmacht-breed eenduidig nummer voor een spoedoproep te realiseren? Waarom is het gebrek aan telefoonlijnen en het veelal ontbreken van een wachttijd met informatie nog niet opgelost?

Op dit moment zijn de decentrale gezondheidscentra nog verantwoordelijk voor hun telefonische bereikbaarheid. Na de oprichting van het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf is dit centraal belegd. De telefonische bereikbaarheid van de gezondheidscentra is verbeterd door onder meer het gebruik van mobiele telefoons. De definitieve oplossing, een defensie-breed alarmnummer en de integratie van oude en nieuwe telefoniesystemen inclusief mobiele telefonie, wordt naar verwachting in 2014 ingevoerd. Om technische redenen is een centraal nummer op dit moment nog niet mogelijk.

6

Welke problemen zijn er in de ketenzorg bij de registratie van letsels? Welke maatregelen gaat u nemen om dit te verbeteren?

Verwijzend naar zijn vorige jaarverslag (2011) heeft de IMG geconstateerd dat de registratie van letselincidenten nog steeds verbetering behoeft. Naar aanleiding hiervan heeft de DMG inmiddels een procedure opgesteld waardoor zorgverleners tijdens een operationele inzet kunnen beschikken over medische informatie over letsels. Ook voor de registratie van letsels handelen de zorgverleners volgens deze procedure.

7

Welke problemen zijn er bij de ketenzorg met het vertalen van de lessen voor de toekomst? Welke maatregelen gaat u nemen om dit te verbeteren?

De DMG heeft inmiddels de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de «*Senior Medical Officer*» in het uitzendgebied en het proces van geneeskundige repatriëringen vastgelegd in aanwijzingen. Het is gebleken dat een enkele centrale ketenregie niet goed werkt. Vooralnog blijven daarom twee ketens in stand, te weten een in het uitzendgebied en een vanaf vertrek uit het uitzendgebied tot en met de aankomst in Nederland.

8

Wanneer zal het verbouwen van de locaties Garderen en Ermelo worden gestart en wanneer worden ze opgeleverd?

De nieuwbouw van beide gezondheidscentra zal volgens plan beginnen in 2014. Naar verwachting kunnen de gebouwen in 2015 in gebruik worden genomen.

9

Wat is er voor nodig om de reorganisaties van de militaire gezondheidszorg te versnellen? Welke stappen gaat u hiervoor zetten?

10

Welke factoren bepalen het tempo van de reorganisatie van de militaire gezondheidszorg?

De reorganisatie van de militaire gezondheidszorg, die leidt tot veranderingen in de bedrijfsvoering, heeft betrekking op meerdere defensieonderdelen. Voor een goed verloop van de reorganisatie is het zaak zoveel mogelijk draagvlak te creëren bij het personeel. Om die reden zijn de Tijdelijke Reorganisatie Medezeggenschap Commissies (TRMC's) betrokken bij de reorganisatieplannen. Het streven is in samenwerking met de TRMC's spoedig tot definitieve reorganisatieplannen te komen.

11

Welke rol heeft de IMG bij de totstandkoming van borging en audits?

In- of externe audits en visitaties maken deel uit van het kwaliteitssysteem van de zorgaanbieder. Bij de uitoefening van zijn toezicht op de zorgaanbieders maakt de IMG onder meer gebruik van bestaande rapporten van audits en visitaties. Met behulp van de rapporten kan de IMG zich een beeld vormen van de tekortkomingen, alsmede van de feitelijke uitvoering van de zorg. Daarnaast richt de IMG zich op de vastlegging van procedures, de waarborging van processen en het goed functioneren van het kwaliteitssysteem. De IMG stimuleert daarbij het gebruik van audits en visitaties door de zorgaanbieder.

12

Welke maatregelen gaat u nemen om de borging, audits en visitaties van de militaire gezondheidscentra op orde te brengen?

13

Kunt u toelichten waarom het noodzakelijk is dat er sprake is van borging, audits en visitaties bij gezondheidsinstellingen?

14

Welke maatregelen neemt het Commando Landstrijdkrachten om tot de structurering van de inzet van interne audits en visitaties te komen?

15

Welke maatregelen neemt het Commando Zeestrijdkrachten om tot de structurering van de inzet van interne audits en visitaties te komen?

Audits en visitaties zijn van groot belang voor de waarborging van de kwaliteit van de zorg en maken daarom deel uit van het kwaliteitssysteem. De «Kwaliteitswet zorginstellingen» is onverkort van toepassing op de door Defensie geleverde zorg. Deze wet eist dat de zorgaanbieder kwalitatief verantwoorde zorg levert en op gestructureerde wijze de kwaliteit van de zorg bewaakt, beheerst en verbetert.

De Commando's Zeestrijdkrachten, Landstrijdkrachten en Luchtsrijdkrachten (CZSK, CLAS en CLSK) hebben zich in de afgelopen jaren ingespannen een eigen kwaliteitssysteem in te richten. Het CLSK heeft als enige een extern gecertificeerd systeem.

Het EGB zal de zorgverlening opzetten in overeenstemming met de wettelijke vereisten die gelden voor de civiele gezondheidszorg. Daartoe wordt een uniform kwaliteitssysteem ontwikkeld en gecertificeerd. De commandant van het EGB en zijn staf houden toezicht op de kwaliteit en de veiligheid van de zorg.

16

Voor welke termijn is de operationele geneesmiddelenvoorziening veilig gesteld?

17

Wanneer zal er een structurele regeling zijn voor de operationele geneesmiddelenvoorziening?

18

Wat zijn de vertragende factoren voor het komen tot een structurele regeling voor de operationele geneesmiddelenvoorziening?

Voor de operationele geneesmiddelenvoorziening is het soms nodig geneesmiddelen aan te schaffen die in Nederland niet zijn geregistreerd. Het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum beschikt inmiddels over de benodigde ontheffingen en vergunningen om ook ongeregistreerde geneesmiddelen te kopen of te importeren voor eigen gebruik. Indien noodzakelijk gebeurt dat in samenspraak met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Verder is onlangs een structurele regeling voor de operationele geneesmiddelenvoorziening opgesteld die op dit moment wordt gevalideerd. Er is hierbij geen sprake van vertraging. Daarnaast wordt per product bezien of de aanschaf ervan noodzakelijk is of dat alternatieven beschikbaar zijn. Defensie overlegt regelmatig met de IGZ over mogelijke knelpunten en hoe deze weg te nemen.

19

Kunt u een overzicht geven van de tekorten aan medisch personeel, uitgesplitst in de verschillende medische functies?

De operationele commando's hebben op dit moment een aantal openstaande vacatures voor medisch personeel maar naar verwachting zullen na de reorganisatie van de militaire gezondheidszorg geen tekorten meer bestaan.

20

Wat is het gevolg van het tekort aan medisch personeel voor de operationele inzetbaarheid van de krijgsmacht?

De geneeskundige ondersteuning bij de operationele inzet heeft altijd prioriteit. Deze kan steeds worden gewaarborgd.

21

Hoe wordt onrust bij personeel, patiënten en commandanten, die wordt gevoed door de reorganisatie van de geneeskundige dienst, tegen gegaan?

Voor een succesvol reorganisatietraject is een breed draagvlak onder het personeel van groot belang. Draagvlak kan alleen tot stand komen door het personeel tijdig en duidelijk te informeren over de voorgenomen reorganisatieplannen en de mogelijke gevolgen daarvan. Daarom informeert de commandant het personeel regelmatig over de gevolgen van de reorganisatie, de hieruit voortvloeiende organisatorische wijzigingen en de laatste stand van zaken over bijvoorbeeld het tijdschema. Daarnaast zijn de TRMC's vanaf het begin betrokken bij de opstelling van de reorganisatieplannen. De TRMC's spelen een belangrijke rol bij een goede communicatie met en het wegnemen van onzekerheid bij het personeel.

Het overige Defensiepersoneel wordt via onder meer de Defensiekrant en intranet geïnformeerd over de gevolgen van de reorganisatie.

22

Hoe kijkt u aan tegen de door de Projectleider Defensie Tandheelkundige Dienst voorgestelde beperking van het aantal dependances, met het oog op de voor kwaliteitsverbetering wenselijke grootschaligheid?

Met de oprichting van de DTD beschikt Defensie vanaf begin 2014 over zeven tandheelkundige regiocentra in Nederland met zes dependances. Met deze indeling in regio's blijft de voor kwaliteitsverbetering benodigde concentratie van tandheelkundige zorg behouden, terwijl tegelijkertijd met behulp van de dependances de reistijd voor cliënten zoveel mogelijk wordt beperkt.

Ter aanvulling worden nog drie mobiele tandheelkundige bussen aangeschaft. Deze zullen worden ingezet bij voorziene pieken in de behoefte aan tandheelkundige zorg. Het kan bijvoorbeeld gaan om tandheelkundige controles bij alle militairen van een eenheid die op uitzending gaat.

23

Wat is het verschil tussen een klacht en een melding? Kunt u een toelichting geven op de rol van de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) en de Centrale Klachtencommissie (CKC) bij de ontvangst, behandeling en afhandeling van klachten en meldingen?

24

Worden er acties ondernomen om de afhandeling van klachten die zijn binnengekomen bij de CKC te versnellen?

25

Hoe gaat u de «aangegeven behoefte» van meer ambtelijke ondersteuning bij de CKC vervullen?

Een klacht heeft betrekking op een concrete handeling van een zorgverlener, of het achterwege blijven daarvan. De CKC beoordeelt of de klacht gegrond is en stelt de klager, de aangeklaagde en de zorgaanbieder op de hoogte van haar oordeel. Daarnaast kan de CKC aanbevelingen doen aan de zorgaanbieder of de aangeklaagde over de kwaliteit van de zorg.

Een melding gaat over een ernstig of structureel tekortschieten van verleende zorg. Het meldingsonderzoek van de IMG heeft tot doel de kwaliteit van de militaire gezondheidszorg en gezondheidsbescherming te bevorderen door de signalering en analyse van tekortkomingen, waarop vervolgens actie wordt ondernomen.

Het verschil tussen een klacht en een melding is dat bij een klacht tevens een oordeel wordt geveld of de klacht gegrond is. Op grond van de wet behandelt de CKC individuele klachten. De IMG richt zich op ernstige klachten met een structureel karakter. Beide instanties hebben hierover regelmatig overleg. De CKC behandelt geen meldingen, dat is voorbehouden aan de IMG.

De ambtelijke ondersteuning van de CKC is inmiddels versterkt met een administratieve kracht en een ambtelijk secretaris voor ondersteunende werkzaamheden bij het klachtenonderzoek en de verslaglegging.

26

Welke stappen gaat u ondernemen om ervoor te zorgen het Gezondheidscentrum Breda de aanbevelingen van de IMG ditmaal wel oppakt?

De aanbevelingen zijn nogmaals onder de aandacht gebracht van de verantwoordelijke commandant van het gezondheidscentrum. Bij de oprichting van het EGB zal dit centrum overigens een dependance worden.

27

Waarom wordt de afdeling Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie niet fysiek in het Militair Revalidatie Centrum (MRC) ondergebracht?

De huidige locatie voldoet voor de uitvoering van de taken.

28

Wordt de automatiseringsproblematiek bij de reguliere zorg, die de werkwijze frustreert en het zorgproces kan belemmeren, aangepakt? Zo nee, waarom niet?

Ja, de automatiseringsproblemen bij de reguliere zorg worden aangepakt. Eind 2011 is het project «Integrale IV-ondersteuning Militaire Gezondheidszorg» begonnen.

29

Wordt het oordeel van de inspectie dat «de productie van herkenningsplaatjes een taak is die niet meer bij de Militaire Bloedbank (MBB) thuishoort en zeker gezien de beperkte personele bezetting voor afstoting in aanmerking zou komen» overgenomen? Zo nee, waarom niet?

Ja. Het maken van deze herkenningsplaatjes is inmiddels geen taak meer van de Militaire Bloedbank omdat de bloedgroep van de militair niet meer op deze plaatjes wordt vermeld.

30

Kunt u de gevolgen van het niet goed functioneren van het Geneeskundig Informatiesysteem Defensie inzichtelijk maken?

Een goed functionerend Geneeskundig Informatiesysteem Defensie (GIDS) is van belang voor de kwaliteit van de zorg. GIDS is toereikend voor de ondersteuning van de eerstelijns militaire gezondheidszorg, maar veel gebruikers vinden wel dat het informatiesysteem onvoldoende gebruikersvriendelijk is. Het gevolg is dat de zorgverleners onvoldoende eenduidig hun gegevens in GIDS vastleggen. Inmiddels wordt de vervanging van GIDS voorbereid in het kader van het project «Integrale IV-ondersteuning Militaire Gezondheidszorg».

32

Wat wordt er ondernomen om de borging van processen over de gehele militaire zorg te verbeteren?

De oprichting van de defensiebrede organisaties EGB en DTD zal reeds op korte termijn leiden tot meer eenduidige processen op medisch gebied. In de wat verdere toekomst komt alle militaire gezondheidszorg onder eenhoofdige leiding. In 2016, na de voltooiing van de nu lopende reorganisaties, komt er een Defensie Gezondheidszorg Organisatie. Dit leidt tot een duidelijke aansturing en een betere waarborging van de kwaliteit.

33

Wat is de samenstelling van een Advanced Resuscitation Team?

Het *Advanced Resuscitation Team* (ART) is een medisch-specialistisch team aan boord van een marineschip dat wordt uitgezonden naar een gebied op grote afstand van een ziekenhuis. Het ART kan door zijn medische kennis en ervaring en het uitgebreide behandelpakket de overlevingskansen van een ernstig gewond slachtoffer verhogen. Het ART bestaat uit ten minste een traumachirurg, een anesthesioloog, twee operatiekamerassistenten, een anesthesiemedewerker, een Intensive Care of SEH-verpleegkundige en klinisch-chemische analytische capaciteit.

34

Welke maatregelen gaat u binnen welke termijn nemen om de bij anti-piraterijmissies ingezette Advanced Resuscitation Teams (ART) aan boord van marineschepen voldoende te borgen in regelgeving met betrekking tot aanwezige voorzieningen?

35

Binnen welke termijn bent u bereid de aanbeveling van de IMG uit te voeren met betrekking tot tijdige beschikbaarheid van voor oefening benodigde middelen voor bij anti-piraterijmissies ingezette ART aan boord van marineschepen?

37

Welke maatregelen gaat het Commando Zeestrijdkrachten nemen om de voorbereiding van de ART te verbeteren? Wanneer zullen deze maatregelen geïmplementeerd worden?

Defensie heeft kaders en richtlijnen voor het ART ontwikkeld in goed overleg met de specialistenvakgroep van het Instituut Defensie Samenwerking Relatieziekenhuizen (IDR), de operationele commando's en de IMG. Deze kaders en richtlijnen zijn door het CZSK verwerkt in gedetailleerde instructies, de *Standard Operational Instruction* ART (SOI ART). De kaders, richtlijnen en instructies zijn sinds maart jl. van toepassing bij het voorbereidingstraject voor de missie van het M-fregat Zr.Ms. van Speijk bij Somalië.

36

Hoe gaat u om met het oordeel van de IMG dat het ART-concept aan boord van marineschepen niet gezien kan worden als vervangende chirurgische capaciteit? Welke maatregelen overweegt u?

38

Klopt het dat een role 2 capaciteit optimaler zou zijn dan het ART-concept, maar dat de ruimte hiervoor ontbreekt op een fregat? Hoe gaat u hiermee om?

De militaire gezondheidszorg hanteert tijdslimieten voor de zorg die de kansen op herstel van het slachtoffer zo groot mogelijk maken. Deze tijdslimieten vormen het uitgangspunt voor de inrichting van de geneeskundige keten bij militair optreden. Vooral bij maritieme operaties kan het voorkomen dat de tijdslimieten niet haalbaar zijn. De geneeskundige keten moet dan zodanig zijn ingericht dat ernstige traumapatiënten toch de benodigde geavanceerde hulp krijgen.

Op een fregat ontbreekt de infrastructuur voor een volledige chirurgische capaciteit (*Role 2*). Indien de inzet van deze capaciteit niet mogelijk is, wordt aan het medische element van het fregat een ART toegevoegd. Dit ART vervult een brugfunctie tussen de eerste geneeskundige opvang en de uitgebreidere opvang op bijvoorbeeld een ziekenhuis op het land.

39

Hoe beoordeelt u het ontbreken van een boordhelikopter in anti-piraterijmissies, zoals bij de Zr. Ms. Van Speijk in het kader

van Ocean Shield, in relatie tot de bevindingen van de IMG over de beperkingen van het ART-concept, en de uitdagingen die er rond de Golf van Aden voor de afvoerketen onverminderd blijven bestaan? Lopen onze militairen onverantwoorde risico's?

Ook bij de inzet van een ART blijft het noodzakelijk binnen twaalf uur een *Role 2* hospitaal of hoger te kunnen bereiken. Bij het ontbreken van eigen helikoptercapaciteit wordt in voorkomend geval gebruik gemaakt van transportcapaciteit van bondgenoten, of moet het marineschip zelf binnen twaalf uur een *Role 2* faciliteit kunnen bereiken.

40

Zijn er grote verschillen te herkennen in de onderwerpen waarover zorggebruikers melding hebben gedaan in 2011 en 2012? Zo ja, wat is de reden hiertoe?

In 2012 zijn minder meldingen ontvangen over tekortschietend medisch-technisch handelen, dossiervoering, zorg en begeleiding. Daarentegen zijn meer meldingen gedaan over de toegankelijkheid van de zorg. Dit laatste houdt vermoedelijk verband met de reorganisatie. Ook zijn meer meldingen ontvangen over de opvang en begeleiding in de keten, vooral na repatriëring. Dit is een al langer bestaand probleem waaraan nu extra aandacht wordt geschonken.

41

Wat wordt bedoeld met het personeelsaspect wat aandacht blijft vragen bij het Centraal Militair Hospitaal (CMH)?

Het personeelsaspect dat aandacht blijft vragen betreft het aannemen en de inhuur van hooggeschoold personeel. Ten behoeve van de patiëntenzorg moet het CMH snel kunnen reageren op ontstane vacatures. Het gevraagde personeel is echter schaars. Naar verwachting zullen vraag en aanbod van personeel in de civiele gezondheidszorg echter beter in evenwicht komen en zal het CMH daarom beter in de behoefte aan hooggeschoold personeel kunnen voorzien.

42

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de personele problemen bij het CMH?

43

Kunt u een overzicht geven van de oorzaken voor de personele problemen bij het CMH?

De longartsen van het CMH ondervonden problemen bij de onderlinge samenwerking. Goed overleg heeft geleid tot het vertrek van een van hen. Voor de werving van een nieuwe longarts is de vacature inmiddels gepubliceerd.

44

Wanneer zal de door de IMG geconstateerde «onacceptabele constructie» op de operatiekamer (OK) bij het CMH verholpen zijn?

Het IMG-onderzoek naar de operatiekamers heeft allereerst geleid tot de inhuur van een tweede anesthesioloog. Deze vacature is inmiddels vervuld. Het UMC Utrecht zal op dit vakgebied een ondersteunende rol vervullen. De aanbevelingen van de IMG voor verbetering zijn opgevolgd en daarop heeft de IMG het verscherpte toezicht opgeheven.