

Vergaderjaar 2011–2012

33 000 X

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Defensie (X) voor het jaar 2012

Nr. 8

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 11 oktober 2011

De vaste commissie voor Defensie¹ heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Defensie over de brief van 18 mei 2011 inzake het Jaarverslag van de Inspectie Militaire Gezondheidszorg 2010 (Kamerstuk 32 500 X, nr. 101).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 11 oktober 2011. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Van Beek

De griffier van de commissie,
De Lange

¹ Samenstelling:

Leden: Beek, W.I.I. van (VVD), voorzitter, Bommel, H. van (SP), Staaij, C.G. van der (SGP), Timmermans, F.C.G.M. (PvdA), Eijssink, A.M.C. (PvdA), Miltenburg, A. van (VVD), Knops, R.W. (CDA), Jacobi, L. (PvdA), Brinkman, H. (PVV), Voordewind, J.S. (CU), Broeke, J.H. ten (VVD), Dijk, J.J. van (SP), Thieme, M.L. (PvdD), Rouwe, S. de (CDA), ondervoorzitter, Berndsen, M.A. (D66), Kortenoeven, W.R.F. (PVV), Monasch, J.S. (PvdA), Bosman, A. (VVD), El Fassed, A. (GL), Hernandez, M.M. (PVV), Hachchi, W. (D66), Grashoff, H.J. (GL) en Holtackers, M.P.M. (CDA).

Plv. Leden: Taverne, J. (VVD), Raak, A.A.G.M. van (SP), Dijkgraaf, E. (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Dijkhoff, K.H.D.M. (VVD), Ferrier, K.G. (CDA), Samsom, D.M. (PvdA), Helder, L.M.J.S. (PVV), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Caluwé, I.S.H. de (VVD), Irrgang, E. (SP), Ouwehand, E. (PvdD), Ormel, H.J. (CDA), Schouw, A.G. (D66), Bontes, L. (PVV), Heijnen, P.M.M. (PvdA), Hennis-Plasschaert, J.A. (VVD), Peters, M. (GL), Roon, R. de (PVV), Pechtold, A. (D66), Braakhuis, B.A.M. (GL) en Haverkamp, M.C. (CDA).

1, 10, 12, 20, 21 en 22

Welke maatregelen zullen worden genomen, en op welke termijn, om er voor te zorgen dat kennis tussen vakgebieden van militaire bedrijfsartsen en curatieve artsen meer en beter wordt uitgewisseld?

Deelt u de mening dat, in lijn met uw toezegging tijdens de behandeling van de Defensiebegroting 2011, er niet bezuinigd kan worden op de militaire gezondheidszorg? Zo nee, waarom niet?

Wanneer zal de situatie bij het Commando Landstrijdkrachten (CLAS), waar de geïntegreerde zorg slechts in beperkte mate gestalte heeft gekregen, volledig worden opgelost?

Wat zijn volgens u de belangrijkste maatregelen die genomen moeten worden ter verhoging van het niveau van de militaire gezondheidszorg?

Wat zijn volgens u de oorzaken van het feit dat de geïntegreerde zorg bij het CLAS slechts in beperkte mate gestalte heeft gekregen?

Kunt u nader toelichten hoe het kan dat het geïntegreerde zorgmodel niet optimaal werkt binnen het CLAS, personeel moet worden bijgeschoold, en tegelijkertijd wordt gesteld dat de kwaliteit van de zorg door de genoemde achterstanden niet werd beïnvloed?

De implementatie van het geïntegreerde zorgmodel bij het Commando landstrijdkrachten (CLAS) verloopt langzamer dan bij de andere operationele commando's, onder meer vanwege uitzendingen en een tekort aan (para) medisch personeel is er onvoldoende tijd voor bijscholing. In mijn brief van 18 mei jl. (Kamerstuk 32 500 X, nr. 101) heb ik uiteengezet dat Defensie de bijscholing van het medisch personeel ter hand heeft genomen. Met de herziening van de gezondheidszorg die ik heb aangekondigd in de beleidsbrief *Defensie na de kredietcrisis* van 8 april jl. (Kamerstuk 32 733, nr. 1) zullen de verschillen in werkwijze en de problemen met de beschikbaarheid van artsen op de gezondheidcentra van de operationele commando's tot het verleden behoren.

2

Kunt u uiteenzetten wat de gevolgen van de bezuinigingen zullen zijn per krijgsmachtdeel voor de militaire geneeskundige zorg?

Na de reorganisatie van de militaire gezondheidszorg zal sprake zijn van een defensiebrede zorgorganisatie die bestaat uit twintig regionale gezondheidscentra en zeven regionale tandheelkundige centra. Van deze centra kunnen militairen van alle defensieonderdelen gebruikmaken.

Voor de uitvoering van operationele taken beschikken de operationele commando's over de volgende middelen:

Commando zeestrijdkrachten (CZSK):

- personeel en materieel voor vier hulpposten en enkele gewonden-transportvoertuigen;
- geneeskundig personeel voor de schepen; personeel voor het *role 2* hospitaal wordt geleverd door het CLAS.

CLAS:

- personeel en materieel voor zestien hulpposten en ongeveer 175 gewondentransportvoertuigen;
- een *role 2* hospitaaleenheid.

Commando luchtstrijdkrachten (CLSK):

- personeel en materieel voor vier hulpposten en enkele gewonden-transportvoertuigen;
- een op te richten eenheid ten behoeve van het luchttransport van gewonden.

Het Commando Koninklijke marechaussee (Kmar) beschikt niet over eigen medische voorzieningen voor operationeel optreden. In voorkomend geval maken Kmar-militairen gebruik van de voorzieningen van de uitgezonden eenheid.

Voor de operationele inzet van Defensie blijven ook na de reorganisatie van de militaire gezondheidszorg voldoende operationele geneeskundige elementen voor *role 1* en *role 2* hospitalen behouden.

3 en 7

Deelt u de mening dat de commandanten een te grote verantwoordelijkheid dragen ten aanzien van het signaleren en ondersteunen van militairen met uitzendgerelateerde klachten en/of problemen? Zo nee, waarom niet?

Welke trainingen en/of opleidingen ondergaat de commandant met betrekking tot de zorg en nazorg voor gewond personeel dat onder zijn/haar commando valt?

Nee. Tijdens de opleidingen van leidinggevend wordt aandacht besteed aan hun verantwoordelijkheden voor de zorg aan militairen. In de praktijk worden commandanten voldoende ondersteund door professionele zorgverleners.

4

Welke instellingen of personen zijn behalve de commandant verantwoordelijk voor het signaleren en ondersteunen van militairen met uitzendgerelateerde gezondheidsklachten?

Naast de commandant hebben de eerstelijnsgezondheidszorg en bedrijfsmaatschappelijk werker een taak op het gebied van uitzendgerelateerde klachten. Van groot belang is echter ook de directe omgeving van de militair, de zogenoemde nuldelijn, waar geestelijke verzorgers, collegiale netwerken, thuisfront en leidinggevend deel van uitmaken.

5

Acht u het wenselijk om tijdens de selectie en opleiding van toekomstige commandanten meer nadruk op het ontwikkelen van mensgerichte competenties te leggen? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet?

Bij de selectie van leidinggevend wordt rekening gehouden met competenties die bijdragen aan de interpersoonlijke effectiviteit.

6

Kunt u de Kamer informeren over het loopbaanbeleid voor het gewonde personeel binnen Defensie? Is beleid ten aanzien van deze groep vastgesteld?

Het loopbaanbeleid voor militaire oorlogs- en dienstslachtoffers is maatwerk. In overeenstemming met de wensen en mogelijkheden van de militair wordt besloten of hij als militair in dienst kan blijven dan wel als burger binnen of buiten Defensie aan het werk kan. Het re-integratiebeleid is vastgelegd in de nota «herzien re-integratiebeleid defensiepersoneel».

8

Is het waar dat de zorgverantwoordelijkheid van de commandanten voor gewonden niet is vastgelegd in een toetsbare en consistente code? Acht u het wenselijk de verantwoordelijkheid van commandanten voor gewonden vast te leggen in een toetsbare en consistente code? Zo ja, wanneer gaat dit gebeuren? Zo nee, waarom niet?

De verantwoordelijkheid van commandanten voor de zorg is in meerdere documenten vastgelegd. Er is geen noodzaak deze vast te leggen in een aparte code. Zoals ik heb uiteengezet in de Veteranennota 2011 (Kamerstuk 30 139, nr. 92) bereidt Defensie een nieuw integraal zorgconcept voor. Hierin worden de rollen en de taken van de commandant nader uitgewerkt.

9

Is vastgelegd dat gewonden na hun uitzending direct en automatisch een zorgcoördinator krijgen toegewezen? Zo ja, gebeurt dit ook in alle gevallen? Zo nee, waarom niet?

Nee. Alleen bij een complexere zorgvraag van een militair wordt een zorg- of casecoördinator aan hem of haar toegewezen.

11

Kunt u de Kamer een overzicht sturen van alle concrete aanbevelingen die de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) deed en hierbij aangeven welke aanbevelingen al zijn opgevolgd en op welke wijze dit is gebeurd?

In het jaarverslag zijn per inspectiebezoek de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen uiteengezet. Na een inspectiebezoek doet de IMG gedetailleerde aanbevelingen aan de plaatselijke militaire zorgverlener om in bepaalde situaties verbeteringen aan te brengen. Bovendien gaat de IMG na wat er met de aanbevelingen wordt gedaan. Voorbeelden daarvan worden gegeven in de antwoorden op de vragen 43 en 45. Zoals uit het jaarverslag blijkt is het merendeel van de aanbevelingen van vorig jaar reeds opgevolgd en zijn bovendien inmiddels alle aanbevelingen opgevolgd die de IMG in 2009 heeft gedaan. Alleen bij zeer ernstige tekortkomingen of het hardnekkig negeren van de aanbevelingen zal de IMG hierover de ambtelijke leiding van Defensie of mijzelf informeren. Van deze bevoegdheid heeft de IMG in 2010 geen gebruik gemaakt.

13, 24, 25, 28, 29, 49, 50, 52, 53 en 54

Kunt u nader ingaan op de vraag hoe het volgens u mogelijk is dat medische dossiers van het defensiepersoneel na uitzending of overplaatsing in een aantal gevallen incompleet waren?

Sinds wanneer is het geneeskundig informatiesysteem GIDS operationeel? Dient dit systeem krijgsmachtsbreed gebruikt te worden door geneeskundig personeel? Door welk niveau geneeskundig personeel, verpleegkundige of arts, wordt GIDS gebruikt? Kunt u uiteenzetten hoe het komt dat het systeem nog steeds niet optimaal bruikbaar is?

Hoe kan het dat medische dossiers versnipperd zijn, terwijl geneeskundig personeel zoals artsen dienen te werken met en vanuit het GIDS? Op welke wijze zijn patiënten benadeeld door deze werkwijze?

Welke maatregelen worden genomen om in zowel de eerste als tweede lijn de zorgaspecten communicatie en verslaglegging te verbeteren?

Welke meetbare doelstellingen zijn vastgesteld en op welke termijn moeten deze worden behaald?

Welke oorzaken zijn er voor de «versnippering» van de medische dossiers na uitzending of overplaatsing van militairen? Hoe kan deze versnippering worden tegengaan?

Welke maatregelen zijn genomen ter verbetering van de incomplete medische dossiers? Wat waren de resultaten van deze maatregelen?

Kunt u uitsplitsen per krijgsmachtdeel in hoeveel gevallen de medische dossiers van het defensiepersoneel na uitzending of overplaatsing incompleet waren?

Welke maatregelen worden genomen om te voorkomen dat in de toekomst de papieren dossiers van Nederlandse militairen die in het missiegebied zijn behandeld, onvoldoende gearchiveerd worden?

Hoe vaak is het voorgekomen dat een militair benadeeld werd door het feit dat zijn/haar papieren dossier niet op orde was? Wat waren de gevolgen hiervan voor de militairen?

Hoeveel incomplete dossiers zijn er overgedragen vanuit Sedorf? Zijn al deze dossiers nu compleet en hoe zijn deze compleet gemaakt?

Defensie gebruikt sinds 2006 het Geneeskundig Informatiesysteem Defensie (GIDS). Dit elektronisch patiëntendossier wordt bij Defensie in binnen- en buitenland gebruikt door artsen en het ondersteunend personeel in de eerstelijns militaire gezondheidszorg. Voor tandheelkunde, fysiotherapie en tweedelijns specialistische zorg bestaan aparte elektronische systemen. Defensie streeft ernaar het GIDS steeds te verbeteren. Tot aan de invoering van het GIDS gebruikte Defensie papieren dossiers van de medische instelling in de plaats waar de militair was gelegerd. Deze dossiers zijn deels gedigitaliseerd en toegevoegd aan het GIDS. Bij de overplaatsing van een militair komt het voor dat papieren dossiers niet worden meegezonden en daarom niet zijn opgenomen in het GIDS. Het is niet bekend hoeveel medische dossiers niet op orde zijn. Defensie werkt aan de ontwikkeling van een dossiervolgsysteem. Indien het medisch dossier van een militair niet op orde is, heeft dat voor hem of haar geen nadelige rechtspositionele gevolgen.

Ook in het uitzendgebied is de arts verplicht het GIDS te gebruiken voor de vastlegging van eerstelijnszorg. In het geval dat GIDS tijdelijk niet beschikbaar is kan op papier (de groene kaart) worden geregistreerd. Zodra het systeem weer beschikbaar is, moeten deze gegevens in GIDS worden overgenomen. Omdat gebleken is dat deze registratie niet altijd op juiste wijze wordt uitgevoerd, is het medisch personeel in het inzetgebied gewezen op deze procedure. Andere knelpunten zijn de vastlegging van medische gegevens en de dossieroverdracht bij de medische repatriëring van militairen uit een uitzendgebied. Onlangs is vastgelegd dat bij de overdracht van patiënten vanuit het inzetgebied naar Nederland alleen een afschrift van de medische gegevens met de patiënt mag worden meegezonden. Het origineel wordt na de voltooiing van de behandeling in het inzetgebied ter archivering naar het centraal medisch archief gestuurd. Voor de tweedelijnszorg wordt in Navo-verband een elektronisch medisch dossier en een systeem voor traumaregistratie ontwikkeld. De eerste resultaten hiervan worden in 2012 verwacht.

14, 17, 18 en 26

Wat kan er volgens u specifiek worden verbeterd aan de zorg met de opgedane ervaring uit Uruzgan?

Welke lessen zijn geïdentificeerd betreffende het functioneren van de gehele zorgketen in Afghanistan?

Op welke punten kunnen er mogelijk nog verbeteringen worden doorgevoerd in de geneeskundige zorg in uitzendgebieden en welke maatregelen worden hiertoe genomen?

Wat zijn de belangrijkste «lessons learned» ten aanzien van de zorg die werden opgedaan in Afghanistan?

In de op 28 september jl. naar de Kamer verzonden evaluatie ISAF (kenmerk DVB/CV-312/11) zijn aanbevelingen opgenomen voor de verbetering van de zorgketen. In de Veteranennota 2011 heb ik uiteengezet dat Defensie een integraal zorgconcept voorbereidt waarin de volledige zorgketen voor militairen en hun relaties wordt beschreven. De lessen van ISAF worden hierin verwerkt.

15, 67 en 68

Kan de Kamer op de hoogte worden gesteld van de uitgangspunten van het samenwerkingsconvenant tussen de Inspectie voor de Gezond-

heidszorg (IGZ) en de IMG? Per wanneer zal dit convenant in werking treden?

Op welke wijze zullen de werkwijzen van de IMG en de IGZ worden gestroomlijnd? Welke winst zal hierdoor worden behaald?

Is het samenwerkingsconvenant tussen de IGZ en de IMG inmiddels bekrachtigd en in werking getreden? Zo nee, wanneer gebeurt dit wel? Zo ja, kan deze ter informatie naar de Kamer worden gestuurd?

Het convenant tussen de IGZ en de IMG is intussen getekend en zal op korte termijn door mij worden bekrachtigd. In het convenant is de samenwerking tussen beide inspecties vastgelegd. Voorts zijn de toezichtsdomeinen afgebakend en zijn werkwijzen, kwaliteitsindicatoren en procedures met elkaar in overeenstemming gebracht. De rol van de IMG als specifieke toezichthouder wordt door het convenant helder gedefinieerd. Ik zal een afschrift van het convenant naar de Kamer sturen.

16 en 57

Kunt u nader ingaan op het gegeven dat de bereikbaarheid van Nederlands personeel in Bosnië-Herzegovina een punt van zorg blijft? Volgens welke kwaliteitseisen en normering is de geneeskundige zorg en afvoer geregeld? In welk document is dit vastgelegd? Hoelang duurt het voordat een dedicated medevac helikopter ter plaatse is op de meest afgelegen locatie waar Nederlandse militairen gelegerd zijn? Waar moet deze helikopter vandaan komen? Welk land levert deze helikopter en bemanning en voldoen zij aan de Nederlandse standaarden?

Kunt u aangeven waarom er met een aspirant lid van de EU (Kroatië) geen afspraak valt te maken over de afvoer met traumahelikopters?

De medische zorg berust op het document «Grondslagen, Hoofdlijnen en Systeemeisen voor de Militaire Gezondheidszorg». Voor de – intussen beëindigde – operatie in Bosnië-Herzegovina werd voor geneeskundige ondersteuning en de geneeskundige afvoer gebruikgemaakt van de aanwezige medische faciliteiten van EUFOR en van civiele faciliteiten. Het niveau van de civiele gezondheidszorg is lager dan in Nederland maar de geneeskundige risico's waren beperkt. Voor noodsituaties was een Oostenrijkse medevac-helikopter in Sarajevo beschikbaar. De meeste Nederlandse locaties waren binnen een uur per helikopter bereikbaar en bij een locatie was die tijdsuur 80 minuten. 's Nachts was de reactietijd maximaal een uur langer en waren de mogelijkheden voor medische ondersteuning met de inzet van de helikopter beperkt. Dit wordt internationaal geaccepteerd als een aanvaardbaar risico, gelet op de geringe dreiging en het optreden laag in geweldsspectrum. Indien de medevac-helikopter moet uitwijken naar een ziekenhuis in Kroatië wordt het gebruik van het Kroatische luchtruim altijd toegestaan. Er is geen aanleiding geweest om deze afspraken in een *memorandum of understanding* vast te leggen.

19

Kunt u aangeven wanneer de controleachterstand van röntgenapparatuur is ingelopen?

De controleachterstand van röntgenapparatuur zal het eerste kwartaal van 2012 zijn weggewerkt.

23

Kunt u nader ingaan op de vraag waarom slechts met steeds grotere inspanningen de hygiënische normen worden gehaald?

De mogelijkheid om het gewenste niveau van hygiëne te behalen, wordt beïnvloed door de staat waarin de infrastructuur verkeert, de kwaliteit van

geleverde schoonmaakdiensten en de inzet en discipline van het personeel. Strengere normen en personele en budgettaire krapte leiden er toe dat van het beschikbare personeel een steeds grotere inspanning wordt gevraagd om de gewenste hygiënische standaard te bereiken.

27

Kunnen de naar Kunduz uitgezonden agenten ook aanspraak doen op de militaire gezondheidszorg na terugkeer van hun uitzending? Zo nee, waarom niet?

Tijdens het notaoverleg Veteranenbeleid van 20 juni jl. (Kamerstuk 30 139, nr. 94) heb ik uiteengezet dat politiefunctionarissen gebruik maken van de EUPOL-voorzieningen voor gezondheidszorg. Na de uitzending kunnen zij een beroep doen op de reguliere Nederlandse gezondheidszorg. Indien dit nodig is kan na de missie een beroep worden gedaan op de militaire (geestelijke) gezondheidszorg.

30, 31, 32 en 69

Hoe is het mogelijk dat de vullingsgraad voor artsen is verslechterd?

Waarom is het niet gelukt meer artsen van buiten de organisatie aan te trekken? HDP

Welke maatregelen worden er genomen om de vullingspercentages voor doktersassistenten en tandartsassistenten te verhogen?

Is voldoende medisch personeel (alle categorieën) gegarandeerd in het uitzendgebied voor in ieder geval 2011 en 2012? Zo niet, ten aanzien van welke functies zijn er tekorten en hoe groot zijn deze?

Is de tandarts capaciteit voldoende uitgebreid door het aantrekken van tandartsen van buiten de organisatie? Zo nee, hoe groot zijn de tekorten nog?

De arbeidsmarkt voor medisch personeel is gespannen. Mede als gevolg van de inspanningen voor de werving en behoud van gespecialiseerd personeel is het vullingspercentage van de medische functies bij Defensie echter niet gedaald. Voor uitzending in 2011 en 2012 is voldoende medisch personeel beschikbaar. Ook is de medische en tandheelkundige zorg voor het defensiepersoneel gegarandeerd. Door de voorgenomen veranderingen in de militaire gezondheidszorg zal de behoefte aan medisch personeel afnemen. Dit kan bijdragen aan een hogere vullingsgraad.

33

Kan de Kamer op de hoogte worden gesteld van de uitkomsten van het thematisch onderzoek van de IMG naar het beheer van Kernenergiewetdossiers (KeW dossiers)? Zo ja, wanneer? Zo nee, waarom niet?

Het onderzoek naar het beheer van de Kernenergiewetdossiers in de militaire tandheelkundige praktijken is bijna voltooid. Zodra het rapport gereed is, zal ik het naar de Kamer sturen.

35 en 36

Welke klachten en gezondheidsproblemen zijn het meest voorkomend bij dienstslachtoffers die worden verzorgd bij het Centraal Militair Hospitaal (CMH)?

Is het waar dat rugklachten veel voorkomend zijn bij patiënten van het CMH? Heeft het CMH specialistische kennis ten aanzien van deze klachten? Zo nee, waarom niet?

De meest voorkomende klachten en gezondheidsproblemen bij dienstslachtoffers die in het Centraal Militair Hospitaal (CMH) worden verzorgd, hebben betrekking op het houdings- en bewegingsapparaat. Het CMH

heeft een grote deskundigheid op dit gebied en biedt – waar nodig – een multidisciplinaire benadering aan door een chirurg, orthopeed, neuroloog en fysiotherapeut gericht op de operationele inzetbaarheid van de militair. Vanwege deze deskundigheid worden patiënten met rugklachten vanuit de eerstelijnszorg verwezen naar het CMH.

34, 37, 38, 39, 40, 41, 58 en 59

Welke maatregelen worden genomen om er voor te zorgen dat binnen het CLAS beter bekend wordt wie de betreffende klachtenfunctionaris is?

Is reeds bekend wie plaats zullen nemen in de centrale klachtencommissie? Om hoeveel mensen, afkomstig uit welke onderdelen van de organisatie, gaat het?

Kan de Kamer worden geïnformeerd over de afspraken die tussen de IMG en Defensie zijn gemaakt over de klachtencommissie?

Per wanneer zal de klachtencommissie operationeel zijn?

Kan de nieuwe klachtenregeling naar de Kamer worden gestuurd?

Op welke wijze zal er worden samengewerkt tussen de IMG en de centrale klachtencommissie?

Waarom is besloten om de klachtenbehandeling weg te halen bij de IMG? Te meer daar wordt aangegeven dat regelmatig bij het klachtenonderzoek ook structurele kwaliteitsproblemen aan het licht komen?

Op welke wijze zal de IMG samenwerken met de centrale klachtencommissie? Dit ook in het licht van het feit dat regelmatig bij klachtenonderzoek ook structurele kwaliteitsproblemen aan het licht komen?

De centrale klachtencommissie behandelt sinds 1 juli jl. alle klachten betreffende de gezondheidszorg binnen Defensie. De klachtenregeling is gepubliceerd op 19 april jl. (Stc. 2011, nr. 6809). De behandeling van klachten in de gezondheidszorg is in de Wet Klachtrecht Cliënten Gezondheidszorg (Stb. 1995, nr. 308) opgedragen aan de klachtencommissie. De IMG houdt toezicht op het functioneren van de klachtencommissie en zal hiervan, en van gesignaleerde trends, verslag doen in het jaarverslag.

De centrale klachtencommissie bestaat uit veertien personen. Zeven van hen – onder wie de voorzitter en diens plaatsvervanger – zijn niet werkzaam bij Defensie. Drie leden zijn afkomstig van het CLAS, twee van het Commando DienstenCentra (CDC), een van het CZSK en een van het CLSK. Verder zijn binnen het CLAS dertien patiëntencontactpersonen werkzaam die voor de eerste opvang van patiënten met een klacht zorgen. Zij kunnen hem of haar doorverwijzen naar de centrale klachtencommissie. Op de gezondheidscentra is foldermateriaal beschikbaar waarin de bereikbaarheid van de klachtenfunctionaris en de procedure voor de klachtenregeling wordt beschreven. In deze folders worden ook de contactgegevens van de lokale patiëntencontactpersoon vermeld.

42

Welke maatregelen worden genomen en zijn er tot nu toe gekomen om te zorgen voor een betere afstemming tussen militaire zorginstellingen en de lokale GGD over public health aangelegenheden? Hebben alle maatregelen het gewenste resultaat gehad? Zo nee, waarom niet?

Defensie heeft geen structurele afspraken met de GGD'n. De hoofden van gezondheidscentra hebben wel contactpersonen bij de regionale GGD. De gezondheidscentra melden infectieziekten waarvoor een meldingsplicht bestaat bij de lokale GGD op grond van de Wet Publieke Gezondheid. Ook voeren zij overleg met de lokale GGD over maatregelen bij een dreigende of reële uitbraak van infectieziekten, alsmede over de voorbereiding van grote evenementen zoals Open Dagen.

43

Welke aanbevelingen deed de IMG bij de inspectie in Mons/Casteau? Op welke wijze zijn deze aanbevelingen opgevolgd?

De IMG heeft bij de inspectie van het gezondheidscentrum Mons / Casteau aanbevelingen gedaan met betrekking tot de patiënteninformatie in de vorm van een praktijkfolder, na- en bijscholing op pediatrisch gebied, een klachtenprotocol, een prikaccidentenprotocol, het volledige gebruik van GIDS, een controlesysteem voor sterilisatie van instrumenten, de ijking van apparatuur, de houdbaarheid van geneesmiddelen, de receptcontrole en de afsluiting van dossierkasten. Alle aanbevelingen zijn intussen uitgevoerd.

44

Welke maatregelen die de IMG deed aan het gezondheidscentrum (GC) Amersfoort werden niet opgepakt? Waarom niet?

De aanbevelingen van de IMG ten aanzien van het gezondheidscentrum Amersfoort zijn uitgevoerd. De communicatie met de GGD en de werkdruk blijven punten van aandacht. De werkdruk in dit gezondheidscentrum houdt verband met personeelstekorten.

45

Welke acties heeft GC Vught ondernomen om de aanbevelingen van de IMG uit te voeren?

Naar aanleiding van de aanbevelingen ten aanzien van het gezondheidscentrum Vught zijn maatregelen genomen met betrekking tot de beschrijving van de werkprocessen, het interne overleg, de staat van de fysiotherapie ruimte, de sterilisatie-routing, het bijhouden van een overzicht van hepatitis B-vaccinaties, het inwerken van nieuw personeel en scholing.

46

Wanneer zal de eerste meting met de consumers quality index (CQI) worden uitgevoerd en wanneer worden de resultaten hiervan verwacht?

Tijdens het notaoverleg Veteranennota van 20 juni jl. (Kamerstuk 30 139, nr. 94) heb ik uiteengezet dat ik de eerste resultaten van de CQ-index in 2012 verwacht.

47, 48 en 70

Is er gestart met de herevaluatie van de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ)?

Wanneer in 2012 zal de Kamer de herevaluatie van de MGGZ ontvangen? Wanneer zal volgens de huidige planning de evaluatie van de MGGZ naar de Kamer worden gestuurd?

In de brief van 22 maart jl. (Kamerstuk 30 139, nr. 91) heb ik uiteengezet dat de evaluatie van de MGGZ in 2012 wordt uitgevoerd. Zodra de resultaten beschikbaar zijn, zal ik de Kamer daarover informeren.

51

Is het verbeterplan van Bronbeek al gecontroleerd door de IMG? Zo ja, wat waren de resultaten en is er voldoende vooruitgang geboekt? Zo nee, wanneer vindt de inspectie plaats?

In april 2011 is door de IMG en de IGZ opnieuw een inspectie van Bronbeek uitgevoerd. Bij deze inspectie is geconstateerd dat de eerder geconstateerde punten ter verbetering voorvarend ter hand zijn genomen.

Bronbeek zal over enkele jaren weer worden bezocht voor een reguliere inspectie.

55

Kunt u toelichten welke gezondheidsrisico's leerlingen hebben gelopen die met de J79 motor hebben gewerkt? Om hoeveel leerlingen gaat het?

In de brief van 26 november 2010 (Kamerstuk 32 500 X, nr. 44) is een onderzoek aangekondigd naar vliegtuigmotoren die Defensie beschikbaar heeft gesteld aan onder meer Regionale Opleidingscentra (ROC's). Uit het onderzoek van de J79-motoren is gebleken dat voor leerlingen en docenten bij ROC's de dosislimieten die gelden voor de bevolking, niet zijn overschreden. Het aantal leerlingen dat met de motoren heeft gewerkt, is niet bekend. Ik zal de Kamer over het onderzoek op korte termijn nader informeren.

56

Kunt u garanderen dat het niet meer voor zal komen dat het afstoten c.q. in bruikleen geven van kernmaterieel niet geheel volgens de regels zal verlopen? Zo ja, welke maatregelen worden hiertoe genomen en hoe wordt het toezicht verscherpt?

De regels voor bruikleen van overtollige goederen zijn verduidelijkt en de bij bruikleen en afstoting betrokken medewerkers zijn hier op gewezen. Dit moet voorkomen dat een situatie zoals met de J79-motoren zich opnieuw voordoet.

60 en 61

Waarom is niet duidelijk wat de oorzaak van de duidelijke toename van het aantal klachten is? Is er geen onderzoek naar gedaan?

Waarom zal het niet mogelijk zijn om trend van het aantal klachten en meldingen in de toekomst via directe waarneming te blijven volgen? Geldt dit alleen voor de IMG of ook voor de centrale klachtencommissie? Op welke wijze kan de trend wel gevolgd worden?

Het aantal klachten per defensieonderdeel is relatief laag. Dit bemoeilijkt het onderzoek naar de ontwikkelingen op het gebied van klachten. De instelling van de centrale klachtencommissie maakt onderzoek beter mogelijk. De centrale klachtencommissie zal de in de klachtenbehandeling waargenomen trends rapporteren aan de IMG, die aanwijzingen kan geven aan zorgverleners in geval van specifieke kwaliteitstekorten.

62

Zal de klachtencommissie één keer per jaar rapporteren aan de Tweede Kamer over trends en ontwikkelingen in het soort klachten en de klachtenbehandeling?

De centrale klachtencommissie maakt een jaarverslag met onder meer het aantal en de aard van de behandelde klachten en de strekking van de oordelen en aanbevelingen. Deze aanbevelingen worden door de IMG in het eigen jaarverslag verwerkt.

63

Hoe beoordeelt u de klachten ten aanzien van de aanpak van onderbeenk-lachten? Wat is de aard van de klachten? Welke specifieke maatregelen zijn c.q. worden genomen ten aanzien van dit probleem?

De aanbeveling van de IMG betreffende de behandeling van onderbeenk-lachten is ter hand genomen. Binnen de militaire gezondheidszorg wordt een behandelrichtlijn over dit onderwerp voorbereid.

64

Kunt u nader uiteenzetten op welke wijze en op welke terreinen de IMG heeft samengewerkt met de Raad voor de Militaire Zorg en Onderzoek? Hoe vaak vindt er bijvoorbeeld afstemming en/of overleg plaats?

De verantwoordelijkheidsverdeling tussen de Raad voor civiel-militair Zorg en Onderzoek (RZO) en de IMG is uiteengezet in het convenant Landelijk Zorgsysteem Veteranen dat ik de Kamer op 2 maart jl. heb toegestuurd (Kamerstuk 30 139, nr. 88). Jaarlijks voeren de IGZ, de IMG en de RZO gezamenlijk overleg. Verder is er regelmatig tussentijds overleg als daar aanleiding toe is.

65

Leggen de IMG en IGK ook (gedeeltelijk) dezelfde werkbezoeken en inspecties af? Zo ja, ten aanzien van welke instellingen? Worden bevindingen gedeeld?

Tussen de IMG en de IGK wordt overlegd over de planning voor werk- en inspectiebezoeken aan militair-geneeskundige instellingen. Gezamenlijke bezoeken zijn in beginsel mogelijk, maar liggen niet voor de hand omdat hun taken en aandachtsgebieden uiteenlopen.

66

Waarom is geconcludeerd dat onderbrenging van de IMG bij de IGZ op dit moment niet opportuun is?

Ik acht het niet opportuun de IMG onder te brengen bij de IGZ vanwege in de eerste plaats het specifieke karakter van de militaire gezondheidszorg waarbij ook zorg verleend moet worden onder operationele omstandigheden in binnen- en buitenland, en in de tweede plaats het afwijkende juridisch kader. Zoals gesteld in het antwoord op vraag 15 is de samenwerking tussen beide inspecties intussen met een convenant geregeld.