

Commando DienstenCentra



# **Kwaliteitsjaarverslag 2008**

## **Centraal Militair Hospitaal**

# Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Voorwoord</b> .....	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Profiel van de organisatie</b> .....	<b>4</b>
2.1	Algemene identificatiegegevens .....	4
2.2	Structuur van het concern .....	4
2.3	Directie .....	5
2.4	Raad van Toezicht/ Inspectie voor de Militaire Gezondheidszorg.....	5
2.5	Kerngegevens .....	6
2.5.1	Kernactiviteiten en nadere typering .....	6
2.5.2	Cliënten, productie en personeel .....	6
2.5.3	Werkgebieden.....	9
2.6	Belanghebbenden .....	9
2.6.1	Opdrachtgevers .....	9
2.6.2	Klanten.....	9
2.6.3	Samenwerkingspartijen .....	10
<b>3.</b>	<b>Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering</b> .....	<b>12</b>
3.1	Bestuur en toezicht .....	12
3.2	Bedrijfsvoering .....	12
3.3	Staf, cliëntenraad en adviesraden .....	13
3.3.1	Medische staf.....	13
3.3.2	Cliëntenraad.....	14
3.3.3	Medezeggenschap .....	14
<b>4.</b>	<b>Beleid, inspanningen en prestaties</b> .....	<b>15</b>
4.1	Meerjarenbeleid .....	15
4.2	Algemeen beleid 2008-2009 .....	15
4.2.1	Algemeen.....	15
4.2.2	Organisatieontwikkelingen en grote projecten.....	16
4.3	Algemeen Kwaliteitsbeleid .....	17
4.3.1	Systeem .....	17
4.3.2	Beleid .....	17
4.4	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten .....	18
4.4.1	Kwaliteit van zorg.....	18
4.4.2	Klachten .....	18
4.4.3	Toegankelijkheid.....	19
4.4.4	Veiligheid .....	20
4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers .....	21
4.5.1	Uitzendingen .....	21
4.5.2	Ziekteverzuim.....	22
4.6	Samenleving .....	22
4.7	Financieel beleid .....	25

## 1. Voorwoord

Het Centraal Militair Hospitaal (CMH) is het enige militaire ziekenhuis van Nederland. Het CMH behandelt militairen en richt zich hierbij op de inzetbaarheid van de militair. Doel is niet alleen het behandelen van de aandoening; de patiënt is na behandeling weer in staat het fysiek (en mentaal) zware beroep van militair uit te voeren. Dit alles doet het CMH met oog voor doelmatigheid en effectiviteit.

Het CMH vervult een belangrijke rol in de operationele geneeskundige keten. Militairen, die om redenen van gezondheid of verwondingen tijdens operationele inzet worden gerepatrieerd, gaan naar het CMH. Daarnaast zendt het CMH militairen (in teamverband of individueel) uit naar missiegebieden ter ondersteuning van de operationele inzet.

De beperkte omvang van het CMH maakt het noodzakelijk nauw samen te werken met partners. De belangrijkste hierbij is het UMC Utrecht. Dit betreft de doelmatige voorziening van diensten en producten. Daarnaast ook voor de inzet van militair medisch specialisten in het UMC Utrecht, zodat zij in contact komen met een andere patiëntenpopulatie dan militairen tussen 18 en 60 jaar.

De vorm van dit verslag volgt zoveel mogelijk het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, hoewel het CMH niet onder de Regeling verslaggeving WTZi valt<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Brief Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, datum 16 april 2009 met kenmerk MC-U-2926619.

## 2. Profiel van de organisatie

### 2.1 Algemene identificatiegegevens

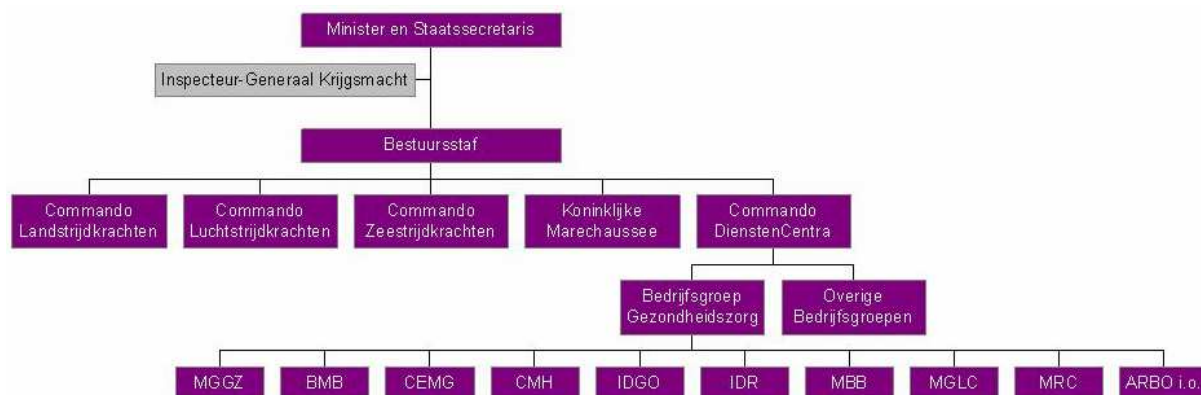
*Algemene identificatiegegevens*

Naam verslagleggende instelling	Centraal Militair Hospitaal
Adres	Lundlaan 1
Postcode	3584 EZ
Plaats	Utrecht
Telefoonnummer	030 – 250 2000
Identificatienummer Kamer van Koophandel	Nvt
E-mailadres	CMH@mindef.nl
Internetpagina	www.centraalmilitairhospitaal.nl of via www.mindef.nl

### 2.2 Structuur van het concern

Het CMH maakt onderdeel uit van de Bedrijfsgroep Gezondheidszorg (BGGZ). Deze bedrijfsgroep bestaat uit tien bedrijven die zich bezighouden met het verlenen van zorg, het leveren van geneeskundige producten en personeel en het leveren van geneeskundige opleidingen aan de defensieorganisatie.

De BGGZ maakt op haar beurt deel uit van het Commando DienstenCentra (CDC) dat voorziet in ondersteunende diensten voor Defensie.



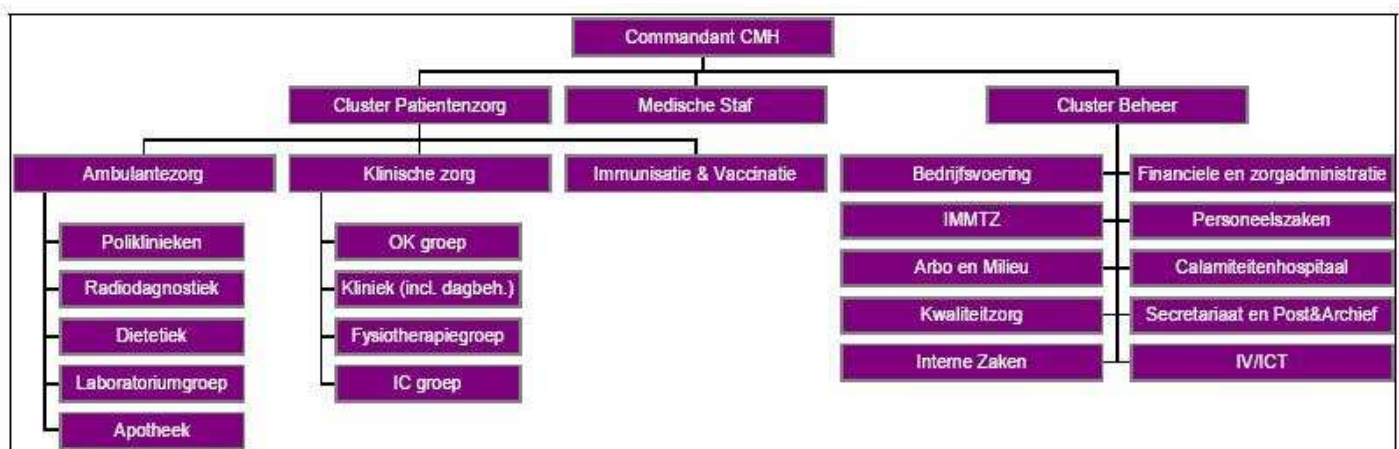
**Figuur 1:** Organisatiestructuur Defensie<sup>2</sup>, CDC en BGGZ

Het CMH valt, net als alle Defensie-eenheden, onder de ministeriële verantwoordelijkheid van de Minister van Defensie. Deze manier van organisatorische onderbrenging is uniek voor een ziekenhuis en heeft gevolgen voor de aansturing en besturing van de organisatie. Ook heeft het gevolgen voor de toepassing van wet- en regelgeving. Het CMH is geen zelfstandig rechtspersoon, wordt anders gefinancierd en heeft andere verantwoordingsstructuren dan reguliere civiele gezondheidsinstellingen. Het CMH heeft dienaangaande geen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht, zoals gebruikelijk bij

<sup>2</sup> Er zijn vier operationele commando's (OPCO's), te weten Koninklijke Landmacht, Koninklijke Luchtmacht, Koninklijke Marine en Koninklijke Marechaussee. De Koninklijke Marechaussee is een operationeel commando onder aansturing van de Secretaris Generaal, behoudens de aansturing van de niet onder de Politiewet vallende inzet in het buitenland. Deze vindt onder de verantwoordelijkheid van de Commandant der Strijdkrachten (CDS) plaats.

civiele ziekenhuizen. Het CMH wordt bestuurd door een directie. Deze directie heeft niet alleen een eigen bestuurlijke verantwoordelijkheid in het kader van de kwaliteitswet zorginstellingen. Zij dient zich ook te conformeren aan het uitgangspunt van de Militaire Gezondheidszorg en de vigerende wet- en regelgeving voor civiele gezondheidszorg zo veel mogelijk te volgen, tenzij dit om militaire redenen niet mogelijk is<sup>3</sup>.

Niet alleen het CMH heeft een uitzonderingspositie. De individuele militair valt namelijk niet onder de zorgverzekeringswet. De militair is verzekerd bij de Stichting Ziektenkostenverzekering Krijgsmacht (SZVK)<sup>4</sup>. Deze stichting vergoedt - voor zover de zorg binnen de polisvoorwaarden van SZVK valt - alle geleverde zorg aan de zorgverleners. Alle vredeszorg die door het CMH wordt verleend, valt onder de vergoeding door SZVK. De kosten van overige diensten die door het CMH worden geleverd, worden gedragen door Defensie. Dit betreft onder andere de uitzendbare medische teams, medisch specialistische militaire keuringen en gegarandeerde opvangcapaciteit.



Figuur 2: Organisatiestructuur CMH

## 2.3 Directie

Als gevolg van het personeelsbeleid van Defensie worden directieleden niet benoemd; militairen worden geplaatst en burgermedewerkers worden aangesteld.

De directie van het CMH was in 2008 als volgt samengesteld:

Commandant: Kolonel-arts J. (Johan) de Graaf  
 Hoofd Patiëntenzorg: Kapitein Luitenant ter Zee-arts A.E. (Astrid) Coppens Msc.  
 Hoofd Cluster Beheer: Mr. C. (Carla) Brander

De Commandant CMH is qualitate qua tevens lid van de Raad van Bestuur van het UMC Utrecht. De directieleden van het CMH vervullen verder geen nevenfuncties.

## 2.4 Raad van Toezicht/ Inspectie voor de Militaire Gezondheidszorg

Feitelijk fungeert staf BGGZ als Raad van Toezicht. Zij vormt de bestuurlijke laag boven het CMH en houdt toezicht op de bedrijfsvoering.

De Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) vervult de toezichthoudende rol voor de geneeskundige zorg door Defensie geboden, en dus ook voor het CMH.

Het CMH heeft goed en regelmatig contact met zowel staf BGGZ en de IMG.

<sup>3</sup> In dit kwaliteitsjaarverslag zult u regelmatig geen opgave, tekst of de opmerking 'niet van toepassing' (nvt) terugvinden. Dit houdt dan verband met de uitzonderingspositie die het CMH heeft.

<sup>4</sup> Daar waar in deze jaarverantwoording wordt gesproken over zorgverzekeraar wordt de SZVK bedoeld.

## **2.5 Kerngegevens**

### **2.5.1 Kernactiviteiten en nadere typering**

Het CMH is volledig ingericht voor het behandelen van actief dienende militairen. Alle relevante specialismen, uitgezonderd spoedeisende hulp en intensieve zorg<sup>5</sup> zijn vertegenwoordigd.

Nederlandse militairen worden in beginsel in het CMH behandeld.

Daarnaast biedt het CMH gegarandeerde opvangcapaciteit voor zieke en gewonde repatrianten (in militaire termen de role 4 functie). Voorts voorziet het CMH in uitzendbare chirurgische teams en overig geneeskundig personeel voor de verschillende mobiele tweedelijns medische faciliteiten waar ook ter wereld. Daarnaast verzorgt het CMH medisch specialistische keuringen en ontwikkelt specifiek militaire specialistische geneeskundige expertise.

Samen met het UMC Utrecht is het CMH verantwoordelijk voor de instandhouding, gereedstelling en operationalisering van het Calamiteitenhospitaal.

### **2.5.2 Cliënten, productie en personeel**

#### **2.5.2.1 Cliënten**

Klanten zijn voor het CMH op een aantal manieren te definiëren. Het begrip klant, niet zijnde zorgvrager, is verder uitgewerkt in § 2.6 Belanghebbenden.

Het CMH beperkt zich tot alle Nederlandse actief dienende militaire patiënten. Daarbinnen wordt geen uitzondering gemaakt. Aanvullend worden arbeidskeuringen verricht, zowel voor sollicitanten als voor duik- en vliegtaken. Dit houdt in dat de patiëntenpopulatie van het CMH bestaat uit mensen variërend in de leeftijd 18 tot globaal 60 jaar en voor een belangrijk gedeelte uit mannen bestaat. Het CMH speelt wel in op de ontwikkeling dat er steeds meer vrouwen werkzaam zijn als militair: in 2008 is de polikliniek gynaecologie opgezet.

#### **2.5.2.2 Productie**

##### **Productieafspraken**

De vraag naar zorg bepaalt zowel het aanbod van zorg als de productie en de verstrekte tweedelijnszorg wordt volledig vergoed door de Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK). Deze stichting int de premies van militairen en betaalt, via Univé, de declaraties. Voor het CMH is in strikte zin geen sprake van marktwerking, aangezien uitsluitend actief dienende militaire patiënten mogen worden behandeld. Aangezien de zorgvraag van de militair de productie van het CMH bepaalt, richt het overleg met de zorgverzekeraar zich slechts beperkt op productieafspraken, maar meer op prijsafspraken. In de gevallen dat het niet mogelijk blijkt zorg binnen het CMH aan te bieden, wordt de militair door tussenkomst van het CMH elders verzorgd.

##### **Gegarandeerde opvang**

Naast het verlenen van reguliere tweedelijns zorg, levert het CMH gegarandeerde opvangcapaciteit ten behoeve van groepen gewonde of zieke militairen uit Nederland of repatrianten van uitzendingen of oefeningen. Repatrieringen betreffen veelal (ernstig) gewonde militairen als gevolg van oorlogsgeweld.

Onder andere als gevolg van de missie in Afghanistan zijn ook dit jaar enkele tientallen gewonde militairen opgevangen in het CMH. Voor het eerst in jaren is dit getal lager dan in voorgaande jaren. Het jaarlijks aantal gewonden is echter moeilijk te voorspellen en afhankelijk van de aantallen en aard

---

<sup>5</sup> Deze zorgvormen worden betrokken van het naastgelegen UMC Utrecht.

van de buitenlandse missies. Daarnaast zijn militairen opgevangen die tijdens inzet in missiegebieden of tijdens oefeningen of verlof in het buitenland gewond zijn geraakt of ziek zijn geworden. In onderstaande tabel worden de gegevens van de afgelopen vijf jaar weergegeven.

Jaar	Aantal gerepatrieerde militairen naar CMH
2008	36
2007	50
2006	41
2005	30
2004	28

**Tabel 1:** Overzicht gerepatrieerde militairen

Het CMH streeft naar een integrale aanpak bij de opvang en behandeling van de gewonde militair en daarbij hoort ook veel aandacht voor de opvang van familie en relaties. Binnen het CMH is in 2008 een familiekamer gerealiseerd. Het CMH werkt bij de opvang van repatrianten, hun familie en relaties nauw samen met de diensten Militaire Geestelijke Gezondheidszorg, Geestelijke Verzorging en Bedrijfsmaatschappelijk Werk.

### **Consulten**

Het aantal eerste consulten is net als voorgaande jaren beperkt toegenomen. Ook het aantal vervolggconsulten is beperkt toegenomen (zie tabel 2). Dit is echter geen significante stijging. Anesthesie heeft 1928 POS-gesprekken geregistreerd. Dit is echter niet opgenomen in onderstaande tabel. Ook dit getal is globaal gelijk aan de voorgaande jaren.

### **Keuringen**

Het aantal keuringen in het CMH is ten opzichte van 2007 licht gedaald (zie tabel 2). Het betreft aanname keuringen bij de selectie van aspirant militairen en ARBO keuringen. De daling is wellicht te koppelen aan de achtergebleven werving in 2008 en is vooral opvallend bij longziekten en oogheelkunde.

### **Opnames**

Het aantal opnames op de dagverpleging is licht gedaald en het aantal opnames op de verpleegafdeling is ten opzichte van de vorige jaren licht gestegen (zie tabel 2). Hierdoor lijkt een einde te komen aan de trend die vanaf 2003 een aanzienlijke daling te zien gaf in het aantal verpleegdagen en klinische opnames. Confounding factor in deze is mogelijk de zorg aan repatrianten. Deze groep heeft een veel langere gemiddelde opnameduur dan de 'vredes'-patiënt.

### **Medisch ondersteunende afdelingen**

Naast productie ten bate van de poortspecialisten verrichten de afdelingen Apotheek en Radiologie ook handelingen voor eerstelijns geneeskunde van de operationele commando's. De apotheek levert medicijnen aan alle gezondheidscentra en ziekenboegen van Defensie en de afdeling Radiologie ontvangt ook militairen die rechtstreeks vanuit de eerste lijn worden aangeboden. De manier waarop het CMH de bezetting van de beide afdelingen heeft georganiseerd, maakt dat de betrokken militair onmiddellijk geholpen wordt en eventueel aansluitend wordt gezien door een medisch specialist in het CMH.

De apotheek heeft in 2008 63.736 receptregels geproduceerd. In 2007 was dit nog ongeveer 62.500 stuks. De afdeling radiologie heeft in 2008 11.768 onderzoeken verricht. Dit is globaal gelijk aan de productie in voorgaande jaren.

Productie	Productie 2008						Productie 2007					
	1e consulten	Totaal consulten	Keuringen	Dagverpleging	Verpleegdagen	Aantal Opnames	1e consulten	Totaal consulten	Keuringen	Dagverpleging	Verpleegdagen	Aantal Opnames
Cardiologie	552	1355	621	10	119	44	474	1411	481	7	150	59
Chirurgie	1100	2562	4	338	1042	260	953	2259	2	313	568	164
Dermatologie	1476	3786	11	2	8	1	1162	3301	8	0	0	0
Interne Geneeskunde	655	2826	42	189	378	89	595	2629	27	170	240	68
Kaakchirurgie	1201	1848	122	19	16	7	1275	1745	108	8	40	12
KNO	1566	5285	722	149	804	222	1430	5143	666	185	915	274
Longziekten	881	2417	1350	1	122	13	842	2321	1459	0	58	14
Neurochirurgie	145	310	0	31	529	77	128	287	0	35	599	87
Neurologie	1008	1716	19	31	414	163	1002	1706	28	35	313	137
Oogheekunde	3289	6508	266	16	64	26	3916	7209	606	12	69	28
Orthopedie	1786	4879	43	466	763	277	1894	5273	37	555	749	274
Plastische Chirurgie	598	1106	0	80	53	25	505	1132	0	63	161	50
Urologie	732	2344	17	16	391	142	693	2330	16	30	285	110
<b>Saldo</b>	<b>14989</b>	<b>36942</b>	<b>3217</b>	<b>1348</b>	<b>4703</b>	<b>1346</b>	<b>14869</b>	<b>36746</b>	<b>3438</b>	<b>1413</b>	<b>4147</b>	<b>1277</b>

Tabel 2: Productieresultaten CMH 2008 in relatie tot resultaten 2007

### 2.5.2.3 Personeel

Het CMH heeft in 2008 steeds meer personeel moeten inhuren. Als gevolg van de arbeidsmarktomstandigheden is het steeds moeilijker zorgpersoneel aan te trekken. Dit is met name het geval voor militair zorgverlenend personeel. Het opleiden van militaire zorgverleners kost veel extra tijd. Daarnaast worden deze functionarissen vaak geplaatst bij één van de operationele commando's om in het operationele veld de zorg te verlenen die een gevechtseenheid nodig heeft. Hierdoor komen deze mensen niet altijd beschikbaar voor het CMH.

Burgerpersoneel	01-01-2008	31-12-2008
Formatie	133,3	132,5
Vulling (in VTE)	129,6	129,5
Militair personeel		
Formatie	101,9	101,9
Vulling (in VTE)	74,2	68,2
Inhuur		
Inhuur formatief	26,4	25,5
Inhuur boven formatief	0,0	11,8
Vullinggraad in %	97,9%	95,2%

Tabel 3: Overzicht formatie en bezetting CMH



### **2.5.3 Werkgebieden**

Het werkgebied is Nederland en voor een deel buiten de grenzen. Militairen komen vanuit heel Nederland en middels repatriëring naar het CMH voor tweedelijns medische zorg. Vanwege de financieringssysteem is het CMH niet aangesloten bij een zorgkantoor. Het CMH biedt geen zorg in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

## **2.6 Belanghebbenden**

Het CMH heeft, net als elke organisatie, te maken met verschillende belanghebbenden. Deze worden hieronder onderverdeeld in drie categorieën. Werknemers worden nadrukkelijk niet vermeld (Zie § 2.5.2 *personeel* en § 4.5 *Kwaliteit ten aanzien van medewerkers*). De drie categorieën zijn: opdrachtgevers, klanten en samenwerkingspartners.

### **2.6.1 Opdrachtgevers**

Het CMH is een militaire eenheid. Hierdoor is er een hiërarchische structuur in de manier waarop het CMH opdrachten ontvangt. In principe ontvangt het CMH slechts opdrachten van Staf BGGZ. Wel zijn er partijen te identificeren die invloed uitoefenen op de opdrachten van deze staf. Dit zijn met name Commandant CDC, Directeur Militaire Gezondheidszorg (DMG) en de Bestuursstaf van Defensie (waar overigens de DMG ook onder valt). Staf BGGZ 'vertaalt' de opdrachten en aanwijzingen voor de onder haar ressorterende bedrijven, waaronder het CMH.

De Commandant CDC geeft met name opdrachten met betrekking tot bedrijfsvoering en financiële aspecten. De DMG met betrekking tot geneeskundige aangelegenheden, zowel in het kader van vredeszorg, als ook in het kader van operationele geneeskunde. De Bestuursstaf geeft met name opdrachten met betrekking tot operationele inzet en personeelsaangelegenheden. Staf BGGZ geeft daarnaast ook opdrachten in het kader van verbeteringen, kwaliteitsbeleid en speerpunten die voor de bedrijfsgroep als geheel of voor het CMH van belang zijn.

### **2.6.2 Klanten**

Voor een ziekenhuis zijn de patiënten de belangrijkste klanten. De meeste ziekenhuizen hebben een cliëntenraad om de belangen van patiënten te kunnen vernemen en daar op in te spelen. Het CMH heeft geen cliëntenraad en is in het kader van de wet ook niet verplicht deze te hebben. De cliënten van het CMH worden vertegenwoordigd door het klantenoverleg. In dit overleg hebben artsen van de verschillende operationele commando's zitting. Eens per drie maanden wordt met hen gesproken over zaken die onderling geregeld moeten worden. De belangen van de patiënten komen hier nadrukkelijk aan bod.

Ook de belangen en wensen van de operationele commando's worden hier besproken. Een operationeel commando is klant in die zin dat zij inzetgereed personeel terugkrijgen vanuit het CMH. Dit personeel is dus niet alleen genezen, maar ook weer inzetbaar voor de specifieke taak van de betrokken militair. Een kernaspect van het CMH zijn de kortere toegangstijden dan bij civiele ziekenhuizen.

Het CMH investeert in nascholing voor verwijzers, ook een belangrijke klantengroep, vanuit de operationele commando's. Zij hebben bovendien altijd per telefoon of e-mail toegang tot intercollegiale consulten, waar ook ter wereld zij zich bevinden.

Alle chirurgische teams die in het kader van missieondersteuning worden uitgezonden, krijgen hun missiegerichte opleiding binnen het CMH. Hier leren zij omgaan met uitrusting en apparatuur die in het missiegebied aanwezig is, leren zij elkaar kennen en hun collega's van het CMH, waaraan zij gedurende hun uitzending vragen aan kunnen stellen.

Slachtoffers van calamiteiten worden opgevangen in het calamiteitenhospitaal. Dit zijn zowel slachtoffers van rampen in Nederland, als ook groepen militairen die waar ook ter wereld gewond zijn geraakt. Dit calamiteitenhospitaal is een samenwerking met het UMC Utrecht. Groepen gewonden worden hier opgevangen en ontvangen behandeling, in afwachting van eventuele verplaatsing naar een ander ziekenhuis in Nederland (in het geval van civiele patiënten) of ontslag.

Daarnaast maakt het RIVM gebruik van ruimten binnen het calamiteitenhospitaal. Tijdens verbouwingen in het CMH en UMC Utrecht wordt het calamiteitenhospitaal regelmatig gebruikt als uitwijklocatie om de normale bedrijfsvoering van beide ziekenhuizen doorgang te laten vinden.

Het CMH heeft als één van de hoofdtaken het geven van keuringsadviezen aan diverse keuringsinstanties binnen Defensie. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het Dienstencentrum Medische Keuringen, de ARBO-dienst en het Centrum voor Mens en Luchtvaart (CML).

Naast de keuringsinstanties zijn ook de keurlingen tot onze klanten te rekenen. Ze worden op dezelfde manier behandeld en beschouwd als onze patiënten.

Naast cliënten op het gebied van zorg heeft het CMH ook klanten waarvoor het ondersteunende diensten verleent. Het gaat hierbij om diensten als financiële administratie, IV en ICT, intern transport, inkoop etc, alsmede adviezen hieromtrent. Deze diensten worden verleend aan andere bedrijven binnen de Bedrijfsgroep, bijvoorbeeld de Militair Geestelijke Gezondheidszorg, Organisatie voor Bijzondere Medische Beoordelingen en het Militair Revalidatiecentrum (MGGZ, BMB en MRC).

### **2.6.3 Samenwerkingspartijen**

Het CMH werkt met verschillende partijen binnen en buiten Defensie samen om tot een zo optimaal mogelijke bedrijfsvoering te komen: het CMH is te klein om op een doelmatige wijze volledig zelfvoorzienend te zijn. Daarnaast maakt het CMH ook gebruik van expertise en dienstverlening van andere bedrijven van BGGZ, omdat dit schaalvoordelen oplevert. Het gaat hierbij om bijvoorbeeld samenwerking met het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum (MGLC) voor de verwerving en het afsluiten van raamcontracten van medisch materiaal. Naast deze samenwerking, kan het Instituut voor Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR) een beroep doen op twee chirurgische teams voor uitzending.

De samenwerkingspartners buiten Defensie zijn met name het UMC Utrecht en U Diagnostics. Het UMC Utrecht is onmisbaar voor het CMH, vanwege de diensten die het levert. Daarnaast is de feitelijke colocatie met het UMC Utrecht van belang voor de patiënten van het CMH, die door de nabijheid van een universitair centrum directe toegang hebben tot de topreferente en topklinische zorg. De medisch specialisten van het CMH verrichten voor een deel van hun tijd werkzaamheden in het UMC Utrecht om hun ervaring met pathologie en patiëntengroepen die niet (frequent) in het CMH voorkomen op peil te houden. Ook vanwege de inhuur van expertise (met name van specialisten die qua capaciteitsbehoefte niet voltijds binnen het CMH ingezet hoeven te worden) is het UMC Utrecht onmisbaar voor het CMH en dus Defensie. Door deze alliantie is het CMH in staat het volledige spectrum van tweedelijns zorg te bieden.

U Diagnostics voert voor het CMH de functie van (poli)klinisch laboratorium uit. Daarnaast biedt U Diagnostics plaats aan een aantal militair klinisch chemisch analisten om hun ervaring op peil te houden. Deze mensen kunnen vervolgens worden ingezet in missiegebieden.

Het CMH werkt nauw samen met verwijzers, het Militair Revalidatiecentrum, de Militair Geestelijke Gezondheidszorg en het UMC Utrecht, maar ook Bedrijfsmaatschappelijk Werk en de Bureaus Case Management van Bijzondere Personeelszorg van de Operationele Commando's om met name de

opvang van repatrianten in goede banen te leiden. Om hier betere invulling aan te geven is in de loop van 2008 een nieuwe procedure ontwikkeld, die begin 2009 is geïmplementeerd. De ervaringen die hier opgedaan worden, vormen aanleiding de ketensamenwerking in zijn geheel te beschouwen en daar waar nodig te verbeteren. Het gaat hierbij dan nadrukkelijk niet alleen om de verbetering van de zorgketen ten behoeve van repatrianten, maar binnen het gehele spectrum van de militaire gezondheidszorg.

### **3. Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering**

#### **3.1 Bestuur en toezicht**

Het CMH valt als defensie-eenheid onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Defensie. Het CMH is als zodanig verantwoording verschuldigd in de hiërarchieke lijn, zoals beschreven in § 2.2 *Structuur van het concern*. Daarnaast heeft het CMH een eigen bestuurlijke verantwoordelijkheid in het kader van de kwaliteitwet zorginstellingen. Het bestuur van het CMH wordt gevormd door de directie, die bestaat uit de commandant, het hoofd Cluster Patiëntenzorg en het hoofd Cluster Beheer. De commandant van het CMH vervult daarbinnen de rol van voorzitter. De voorgestelde aanpassing in de gelaagdheid in het kader van de in de volgende paragraaf nader besproken reorganisatie houdt in dat er een commandogroep zal worden gevormd, met een commandant, plaatsvervangend commandant en chef staf, die een onderlinge taakverdeling zullen hebben vergelijkbaar met de huidige directie. Deze manier van aansturing is conform de aansturing van een militaire organisatie. Daarbij zijn taken en bevoegdheden zo laag mogelijk belegd, en wordt de samenwerking tussen de verschillende onderdelen versterkt. De bestuurlijke verantwoordelijkheid ligt bij de directie en de eindverantwoordelijkheid ligt te allen tijde bij de commandant van het CMH. Deze manier van sturing waarborgt ook de professionele autonomie van de beroepsbeoefenaren, waarbij de noodzakelijke doelmatigheid en doeltreffendheid wordt benadrukt.

De toezichtfunctie wordt vervuld door de staf van de Bedrijfsgroep Gezondheidszorg. Daarnaast wordt een toezichthoudende rol vervuld door de Inspectie Militaire gezondheidszorg wat betreft de geleverde zorg.

#### **3.2 Bedrijfsvoering**

Doordat het CMH een defensie-eenheid is, worden de kaders waarbinnen het CMH haar zorg verleent voornamelijk bepaald door hogere niveaus. Financiering en richtlijnen worden op de hogere niveaus bepaald en gemonitord.

De uitvoering van plannen die hun grondslag vinden in de eerder geïdentificeerde verbeterpunten, zullen in de loop van de komende jaren hun beslag krijgen. De twee meest in het oog springende aspecten zijn de infrastructurele aanpassingen - en dan met name de verbouwing van het OK-complex - en de reorganisatieopdracht, teneinde onder andere de verschuivingen in zorgvraag en de te leveren uitzendbare capaciteit te kunnen accommoderen.

De komende reorganisatie betreft het beschouwen van taken en bevoegdheden en het beleggen ervan op een zo laag mogelijk niveau. Voorts wordt managementparticipatie van de medische staf verder vormgegeven. Hierbij dragen medisch specialisten bij aan de operationele bedrijfsvoering en participeren in de ontwikkeling van de strategie. Deze versterkte samenhang tussen de medische verantwoordelijkheid en bedrijfsvoering is noodzakelijk voor patiëntgerichte gezondheidszorg met militaire meerwaarde, met behoud van een doeltreffende en doelmatige bedrijfsvoering.

Op dit moment is het CMH georganiseerd via twee lijnen; de zorglijn (Cluster Patiëntenzorg) en de 'niet-zorg' lijn (Cluster Beheer). De voorgestelde aanpassing van de gelaagdheid voorziet in de aanstelling van managers per zorgcluster en het vervallen van de functies van Hoofd Patiëntenzorg en Hoofd Cluster Beheer. Deze laatstgenoemde functies zullen worden opgenomen in de commandogroep CMH.

Binnen het Cluster Beheer worden de afdelingen die zich bezig houden met facilitaire ondersteuning van het primaire proces (de zorg) samengevoegd. Zij zullen volgens de 'één loket gedachte' hun diensten gaan verzorgen. De afdelingen binnen het Cluster Beheer die zich hoofdzakelijk bezig houden met het ondersteunen van de commandogroep, worden geclusterd in een nieuwe stafafdeling. Aan de zorgkant van het ziekenhuis komen drie clusters rechtstreeks onder de commandogroep te vallen. Het gaat hierbij om de Clusters Poliklinische Zorg, Klinische Zorg en Medisch Facilitaire Dienst.

### 3.3 Staf, cliëntenraad en adviesraden

#### 3.3.1 Medische staf

Samenstelling Medische Staf 2008

Anesthesioloog	Kol-arts P. Keijzers
Anesthesioloog	Kol-arts H. Gelissen
Apotheker	Maj-apotheker R.S.A. Lalloesingh
Bijzonder tandheelkundige	Lkol-tandarts dr. F.M.C. van Kampen
Cardioloog	Dr. R. Rienks
Cardioloog	Drs. H.M. Natoe
Chirurg	Drs. P.F. Hulstaert
Chirurg	Dr. L.W.M. Janssen
Chirurg	Mw. drs. J.A. van der Hem
Dermatoloog	Mw. drs. S.M. Couwenberg
Dermatoloog	Kol-arts dr. A.M. Lammers
Gynaecoloog	mw. dr. A. J. Goverde (per 1 september)
Internist-infectioloog	KTZAR C.A.J.J. Jaspers
Internist en MDL-arts	Kol-arts J.F. Monkelbaan
Klinisch chemicus	Dr. A. Zwart
KNO-arts	Kol-arts D. Kupperman (tot 1 augustus)
KNO-arts	Kol-arts P.A.A. Struyvenberg
Longarts	Kol-arts N.J.J. Schlösser
Longarts	Mw. drs. A. Bauwens
Neurochirurg	Dr. K.S. Han
Neuroloog	KTZAR C.R.B. Willems
Neuroloog	Kol-arts dr. F.H.H. Linn
Oogarts	KZTAR dr. A.P.J. Rouwen
Orthopeed	Dr. D.B.F. Saris
Orthopeed	Kol-arts M.J van Haeff
Orthopeed	Kol-arts A. van der Krans
Orthopeed	Dr. H. Ch. Vogely (tot 1 juli)
Plastisch chirurg	Mw. drs. Y. Jonasse
Radioloog	Dr. B.K. Velthuis
Radioloog	Mw. drs. M.A. Fernandez Gallardo
Uroloog	Drs. M.T.W.T. Lock
Ziekenhuisapotheker	Kol-apotheker M.L. Vervelde

De medisch specialisten van het CMH zijn verenigd in een medisch stafbestuur. Zij geven de directie gevraagd en ongevraagd advies over medisch inhoudelijke zaken en overleggen met de commandant. De voorzitter van de medische staf neemt deel aan de MT-vergaderingen.

Samenstelling Medisch Stafbestuur:

Voorzitter:	Kol-apotheker M.L. Vervelde
Secretaris:	Kol-arts F.H.H. Linn
Penningmeester:	Kol-arts A. van der Krans
Lid:	Kol-arts P. Keijzers

### 3.3.2 Cliëntenraad

De uitzonderingspositie van het CMH is reeds beschreven en toegelicht in § 2.5.2. *Klanten*.

### 3.3.3 Medezeggenschap

In het kader van het Besluit Medezeggenschap Defensie beschikt elke eenheid van Defensie over een medezeggenschapscommissie (MC). Binnen het CMH is ook een MC die de belangen van het personeel behartigt. De commissie heeft op gezette tijden overleg met de commandant van het CMH, zowel formeel als informeel. De voorzitter van de MC neemt als toehoorder deel aan de MT-vergaderingen.

Samenstelling MC gedurende 2008:

Voorzitter:	dhr. H.C.A. Lezeman
Vice-voorzitter:	mw. J.C. Kroezen-Quint
Secretaris:	mw. A.C. Brouwer
Leden:	dhr. H.B. Iping AOO L.G.J. de Borst dhr. Y. Gaarhuis (tot 1 mei 2008) Elnt F.J. van Leeuwen (Voorzitter a.i. vanaf 1 juni 2008) dhr. M. van Zanten

## **4. Beleid, inspanningen en prestaties**

### **4.1 Meerjarenbeleid**

Het CMH is het enige militaire ziekenhuis in Nederland en heeft de volgende missie en visie geformuleerd:

Missie:

Het CMH is dé tweedelijns gezondheidszorginstelling van Defensie. In die rol organiseert ze:

1. prompte specialistische tweedelijns gezondheidszorg gerelateerd aan de inzetbaarheid van de militair,
2. uitzendbaar militair geneeskundig personeel waaronder twee chirurgische teams,
3. gegarandeerde opvangcapaciteit,
4. medisch specialistische keuringen en
5. militaire medische expertise op het gebied van specialistische tweedelijns gezondheidszorg, teneinde bij te dragen aan de inzetbaarheid van de Nederlandse krijgsmacht.

Visie:

Het CMH levert zorg aan militairen teneinde de beschikbaarheid op functie te maximaliseren. Zowel de militairen als de verwijzers en de militaire organisatie willen en kunnen gebruik maken van de kennis en kwaliteit die het CMH biedt. Door een slagvaardige houding en organisatiewijze doet het CMH recht aan haar missie.

### **4.2 Algemeen beleid 2008-2009**

#### **4.2.1 Algemeen**

Binnen de bestuursstaf van Defensie, onder de Hoofddirecteur Personeel, ressorteert de Directie Militaire Gezondheidszorg. Zij vertalen civiel gezondheidszorgbeleid en andere externe ontwikkelingen in militair gezondheidszorgbeleid. Daar waar het niet mogelijk blijkt de civiele gezondheidszorg te volgen, ontwikkelen zij specifiek beleid. Het beleid beslaat de gehele keten van militaire gezondheidszorg en derhalve ook het CMH. Ondanks het feit dat - conform het door Defensie omarmde besturingsmodel - het CMH formeel geen beleid formuleert, wordt zij betrokken bij beleidsontwikkeling en formuleert zij haar eigen richtlijnen en uitvoeringsbepalingen binnen de kaders van het gestelde beleid.

Het CMH biedt uitsluitend zorg aan militairen in actieve dienst. Het zorgaanbod is afgestemd op de militaire beroepsbeoefening. Deels door gebruik te maken van militaire artsen, militair verpleegkundigen en ondersteunend personeel, deels door het hebben van expertise op het gebied van specifiek militaire aandoeningen.

In 2008 is het inrichten van de zorg rondom de patiënt verder geconcretiseerd. Dit kantelen van de zorg heeft vorm gekregen bij de interne verbouwing van het OK-complex, die in 2008 is gestart en in 2009 wordt afgerond. Deze verbouwing is katalysator voor ontwikkelingen op het gebied van het stroomlijnen van processen rondom het behandelen van de patiënt.

De organisatie gaat zich nog meer instellen op de zorgvraag, in plaats van op het zorgaanbod. Ook de reorganisatie, waarvoor de voorbereidingen zijn gestart in 2008, heeft deze focus. De verwachting is dat deze reorganisatie in de loop van 2009 zal plaatsvinden.

## **4.2.2 Organisatieontwikkelingen en grote projecten**

### **4.2.2.1 Verbouwing OK**

In 2007 is de verbouwing van het operatiekamercomplex gegund op basis van een Europese aanbestedingsprocedure. De eerste afstemming tussen de aannemer, Dienst Vastgoed Defensie en het CMH heeft eind 2007 plaatsgevonden. In 2008 zijn definitieve afspraken gemaakt voor de invulling van het ontwerp en aanvullende wensen. De verbouwing heeft een groot gedeelte van 2008 in beslag genomen. De oplevering van het complex is in het tweede trimester van 2009. In de tussenliggende periode heeft het CMH haar operaties in het calamiteitenhospitaal uitgevoerd. Ook de dagverpleging heeft haar patiënten daar verzorgd.

### **4.2.2.2 Reorganisatie CMH**

Het CMH is in 2008 gestart met het plannen van een reorganisatie die in het laatste trimester van 2009 haar beslag moet krijgen. In deze reorganisatie zal het CMH een aantal VTE reduceren en een aantal knelpunten in de organisatie oplossen.

Het Cluster Poliklinische Zorg wordt met een aantal functies uitgebreid om de verschuiving die jaren geleden is ingezet van klinische naar meer ambulante zorg ook in personele capaciteit tot uiting te laten komen. De hoge werkdruk binnen dit cluster zal hierdoor afnemen.

Het Cluster Klinische Zorg geeft een aantal verschuivingen te zien in kwaliteit en status (militair of burger) van functionarissen. Door deze verschuivingen kan de kliniek beter inspelen op ontwikkelingen en de wens personeel uit te zenden en stagairs vanuit Defensie te begeleiden.

Daarnaast wordt een Cluster Medisch Facilitaire Dienst opgericht, die zich zal bezig houden met alle medisch ondersteunende processen, zoals apotheek en radiologie.

Het Cluster Beheer wordt opgeheven en vier stafsecties worden direct onder de commandogroep geplaatst.

Door de oprichting van deze clusters, stafsecties en de commandogroep worden de taken, verantwoordelijken en bevoegdheden lager in de organisatie gelegd en een managementlaag verwijderd, waardoor de besturing van het CMH vergemakkelijkt wordt. Door het 'platter' worden van de organisatie kan de kwaliteit van de werkzaamheden van eenieder beter gewaarborgd worden.

### **4.2.2.3 Gynaecologie**

Voortkomend uit een langer bestaande vraag of het doeltreffend en doelmatig is gynaecologische zorg aan te bieden aan militairen is besloten, in het kader van het genderbeleid, een pilot te starten voor de polikliniek voor vrouwengeneeskunde binnen het CMH. In 2008 is gestart met de inrichting. De personele invulling van deze polikliniek heeft in nauwe samenspraak met het UMC Utrecht plaatsgevonden. Deze polikliniek heeft begin 2009 haar eerste patiënten gezien.

### **4.2.2.4 IV en ICT**

In 2008 is het haalbaarheidsonderzoek voor MULAN (een hogere softwareversie van een door Defensie gebruikt besturingssysteem) afgerond. Naar aanleiding hiervan is er door staf BGGZ een Taskforce gestart om de IV/ ICT knelpunten binnen het CMH op te lossen. In samenwerking met de HDP en het UMC Utrecht wordt er onderzocht of uitbesteding aan het UMC Utrecht van de IV/ICT van



het medisch deel haalbaar is. De ondersteunende diensten, staf en directie zullen in 2009 overgaan op MULAN.

Er is een start gemaakt met een nieuwe ICT-inrichting voor het OK-complex. In 2009 zal dit gestalte krijgen. Hierbij is er nadrukkelijk rekening gehouden met de laatste wensen en eisen op het gebied van patiëntveiligheid, zoals hygiëne en elektrische veiligheid.

Tevens is er gestart met de verwerving van een Patiënt Data Management Systeem voor Anesthesie en het peri-operatieve proces. Deze zal in 2009 na de opening van het OK-complex geïmplementeerd worden. Hiermee is de continuïteit van de anesthesieverslaglegging en een efficiënte OK-planning gegarandeerd.

Binnen het UMC Utrecht is men gestart met een strategische studie zorg. Deze studie moet leiden tot de vervanging van het, ook door het CMH gebruikte, Zorg InformatieSysteem (ZIS). In 2009 zal er een keuze gemaakt worden voor het systeem wat uiteindelijk in 2010 geïmplementeerd moet zijn. Het CMH deelt een ZIS met het UMC Utrecht en participeert in dit project.

### **4.3 Algemeen Kwaliteitsbeleid**

In 2007 is een kwaliteitsproject gestart met als doel de basis te leggen voor een kwaliteitssysteem CMH. Dit project is in 2008 voortgezet en verdere (verdiepende) implementatie zal doorlopen in 2009. Het CMH levert goede kwaliteit van zorg, maar kan dit onvoldoende aantonen doordat een kwaliteitssysteem ontbreekt. Tot nu toe wordt deze kwaliteit voornamelijk geleverd en geborgd door het professioneel handelen van de medewerkers en de initiatieven die ad hoc ontplooid worden. Het kwaliteitssysteem zal de samenhang tussen deze initiatieven aanbrengen met de reguliere taken van het ziekenhuis.

#### **4.3.1 Systeem**

Het kwaliteitssysteem CMH wordt gebaseerd op de NIAZ<sup>6</sup> normenset, zodat kan worden aangesloten bij de ontwikkelingen die ook in andere ziekenhuizen plaatsvinden. Deze NIAZ normenset is gebaseerd op de INK<sup>7</sup> indeling en ingevuld met termen en normen die zijn toegesneden op de ziekenhuissetting. De nulmeting die aan de hand van de NIAZ norm is gedaan in zomer 2007, heeft geleid tot een plan van aanpak dat aangrijpt op diverse onderdelen: het bouwen van een kwaliteitssysteem, het verhogen van het kwaliteitsbewustzijn en enkele concrete verbeterprojecten. In de loop van 2008 is, ook met het oog op de ontwikkeling van de nieuwe NIAZ norm 2.0, het patiëntveiligheidsbeleid opgenomen in het kwaliteitsbeleid. Aan de hand van een plan van aanpak voor kwaliteit is via meerdere projecten aan de kwaliteit van zorg gewerkt.

#### **4.3.2 Beleid**

Het kwaliteitsbeleid ligt op dit moment nog niet vast in één document, maar is intrinsiek in de organisatie aanwezig. Het verbeterplan: "Beter is niet goed genoeg" is hier een voorbeeld van: patiënten worden in het CMH niet behandeld tot ze "beter" zijn, ze worden behandeld tot ze weer inzetbaar zijn op functie. Een ander voorbeeld is dat onze taakstelling luidt: het leveren van prompte zorg. Dat wil zeggen dat wachtlijsten kort dienen te zijn.

---

<sup>6</sup> Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen

<sup>7</sup> Instituut Nederlandse Kwaliteit

Bijsturing van het kwaliteitsbeleid is integraal onderdeel van het kwaliteitsproject. Door het actualiseren van de vaste orders, reglementen en procesbeschrijvingen, wordt indirect de bijsturing van het kwaliteitsbeleid meegenomen.

## **4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten**

### **4.4.1 Kwaliteit van zorg**

#### **4.4.1.1 Verantwoorde zorg**

Onder verantwoorde zorg wordt in het CMH verstaan: prompte zorg, gericht op de inzetbaarheid van de militair. Het zorgaanbod is afgestemd op de militaire beroepsbeoefening. Deels door gebruik te maken van de deskundigheid en achtergrond van militaire artsen, militair verpleegkundigen en ondersteunend personeel, deels door de expertise op het gebied van specifiek militaire aandoeningen. Dit geeft de woorden doeltreffend en doelmatig een bijzondere invulling: primair wordt gekeken naar de lange termijn inzetbaarheid van de militair, boven een efficiënte zorg op korte termijn.

#### **4.4.1.2 Systematisch beheersen, meten en analyseren van de kwaliteit van zorg**

Als integraal onderdeel van de bedrijfsvoering wordt maandelijks een rapportage gemaakt van diverse aspecten van de bedrijfsvoering. Hierover wordt intern gerapporteerd en aan de hand daarvan kan worden gestuurd. De volle breedte van bedrijfsvoeringsgegevens komt daarin aan de orde: van financiën en personeelszaken tot het aantal klachten van patiënten. Voorbeelden van prestatie indicatoren zijn: toegangstijden uitgesplitst naar poli, aantal klachten ingediend door patiënten en afhandeltijd klachten, openstaande vacatures in de zorg.

Daarnaast wordt de tevredenheid van klinische patiënten gemeten en in een korte cyclus met verbeterpunten teruggekoppeld naar de verpleegafdeling. Ook de MIP<sup>8</sup> meldingen kunnen aanleiding zijn voor bijsturing, en wanneer nodig ad hoc georganiseerd.

#### **4.4.1.3 Prestatie indicatoren ziekenhuizen**

In 2008 is geëvalueerd of het CMH deel moet nemen aan de Prestatie Indicatoren Ziekenhuizen. Tot dan werden deze prestatie indicatoren niet gemeten. Uit de evaluatie is gekomen dat het grootste deel van de indicatoren wel van toepassing is op het CMH, maar dat daarvan een deel aanvullend bezien moet worden op relevantie voor de militaire patiënt. Deze prestatie indicatoren zijn ontwikkeld voor de gemiddelde patiëntenpopulatie van Nederlandse ziekenhuizen. De karakteristieken van deze populatie wijken af van de militaire patiëntenpopulatie. Uitgangspunt is dat bij vergelijking met andere ziekenhuizen vergelijkbare gegevens kunnen worden opgeleverd. Zo niet, is aanlevering van deze gegevens voor een landelijke benchmark niet gewenst vanwege vervuiling van gegevens. Intern zijn ze wel te gebruiken om de zorg te evalueren. In 2009 zal per indicator worden bekeken hoe we deze kunnen gaan meten en of het praktisch is om deze naar buiten te brengen.

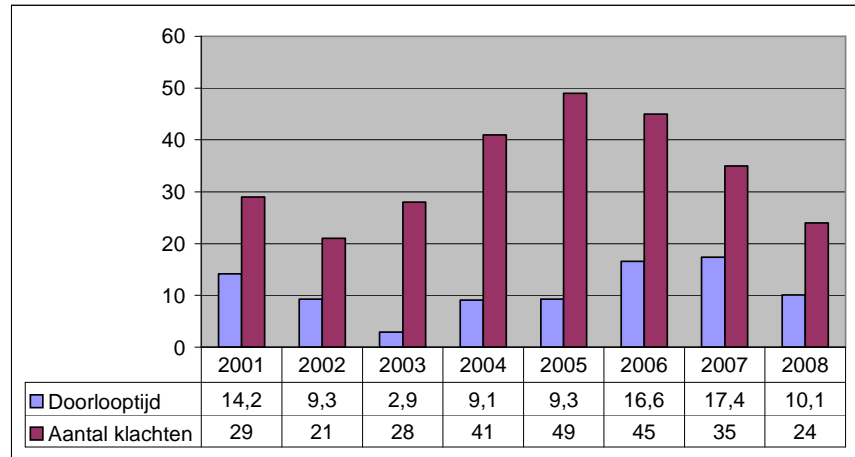
### **4.4.2 Klachten**

Klachten die mondeling of schriftelijk worden geuit door patiënten van het CMH, komen terecht bij de klachtenfunctionaris. Deze functionaris is laagdrempelig toegankelijk voor zowel patiënt, als voor medewerkers die de hulp van de klachtenfunctionaris voor de patiënt willen inschakelen. De eerste stap in het klachtentraject is de bemiddeling van de klacht. Indien de patiënt dat wil, kan de klacht vervolgens bij de onafhankelijke klachtencommissie worden neergelegd ter behandeling.

---

<sup>8</sup> Meldingen Incidenten in de Patiëntenzorg

In 2008 zijn bij de klachtenfunctionaris 24 klachten<sup>9</sup> van patiënten binnen gekomen. Daarvan zijn er 23 bemiddeld en is er nog 1 bij het afsluiten van het jaar in bemiddeling. Er is geen enkele klacht ingediend bij de onafhankelijke klachtencommissie. Dit is een daling van de klachten en van de doorlooptijd ten opzichte van de voorgaande jaren. Een analyse van de bemiddelde klachten geeft voorsnog geen aanleiding tot structurele verbeteracties in de organisatie.



**Grafiek 1: Aantal klachten en doorlooptijd**

#### 4.4.3 Toegankelijkheid

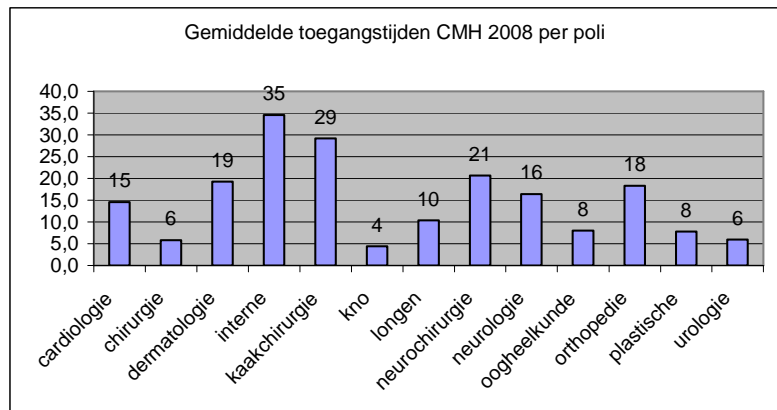
Het CMH ligt in het midden van het land en is daarmee goed bereikbaar voor militairen uit het hele land. Het CMH is ook eenvoudig bereikbaar per openbaar vervoer, mede dankzij de ligging naast een academisch ziekenhuis. Telefonisch is het CMH 24 uur per dag bereikbaar, waarbij buiten de reguliere uren de bereikbaarheid van de medisch specialisten is geregeld.

##### 4.4.3.1 Toegangstijden

De zorg wordt prompt geboden. Civiel wordt hierbij de Treeknorm (80% van de patiënten wordt binnen 28 dagen voor het eerst door een specialist gezien) als norm is gesteld. Binnen het CMH streven we naar halvering van deze norm voor 100% van de patiënten. Naast de medische spoed worden patiënten met "militaire spoed" eerder gezien, veelal binnen 24 uur, maar zeker binnen 48 uur. Dit speelt bijvoorbeeld als een militair op missie, oefening of cursus moet. Militaire spoed is voorts van belang indien het vraagstukken omtrent de inzetbaarheid van de militair betreft.

In onderstaande grafiek treft u een overzicht aan van de gemiddelde toegangstijd per polikliniek over het jaar 2008.

<sup>9</sup> De rapportage van de OKC spreekt over 18 bemiddelde klachten. Er zijn 6 verzoeken om informatie geweest van onder ander letselschade advocaten en de IMG. De registratie van klachten zal in 2009 aangepast worden, waarbij onderscheid gemaakt zal worden tussen claims, verzoeken om informatie en klachten.



**Grafiek 2:** Toegangstijden polikliniekbezoek

In deze grafiek valt op dat in veel gevallen de intern gestelde norm van 14 dagen toegangstijd niet gehaald wordt. De grote uitschieters (> 21 dagen toegangstijd) zijn interne geneeskunde en kaakchirurgie. De toegangstijden hebben continue aandacht en langdurige overschrijding van de norm is onderdeel van het vakgroepgesprek en bijsturende maatregelen (indien mogelijk).

Doorlooptijden worden op dit moment in het CMH niet gemeten, omdat er geen verschil gemaakt kan worden tussen een normale doorlooptijd en de doorlooptijd die op verzoek van de patiënt wordt verlengd. Dit laatste kan het geval zijn in verband met een oefening of uitzending als de behandeling om medische redenen uitgesteld kan worden. Een oefening betekent al snel een uitstel van twee tot drie weken, een uitzending kan de behandeling met vier maanden tot een half jaar uitstellen. Om reële gegevens te vergelijken met andere ziekenhuizen, moeten de gegevens zuiver gemeten kunnen worden. Of dat voor het CMH mogelijk is, zal in 2009 worden gezien.

#### 4.4.4 Veiligheid

Binnen het algemene beleid van het CMH worden diverse aspecten van veiligheid onderkend:

- Patiëntveiligheid,
- Personeelsveiligheid,
- Informatieveiligheid,
- Materiaal- en infrastructurele veiligheid

In het kwaliteitsbeleid komen specifiek aan de orde: patiëntveiligheid en veiligheid apparatuur en gebouw.

Patiëntveiligheid krijgt aandacht middels het verder uitwerken van het VMS(zorg), het veiligheidsmanagement systeem voor patiëntveiligheid. De normen voor het systeem zijn bekend, de invulling van de onderdelen en daarmee ervaring opdoen heeft de aandacht gehad in 2008.

Het plan van aanpak voor een VMS(zorg), geïntegreerd in het kwaliteitssysteem is door de directie goedgekeurd. Het onderdeel prospectieve risicoanalyse wordt in het CMH uitgevoerd middels de methodiek SAFER<sup>10</sup>. De resultaten van de eerste SAFER zijn aangeboden aan het MT en de uitvoering van enkele lastige actiepunten blijft onder de aandacht. De deelnemers hebben de SAFER als leerzaam ervaren.

<sup>10</sup> SAFER is een methode voor proactieve (of predictieve) risicoanalyse. SAFER staat voor Scenario Analyse van Faalwijzen Effecten en Risico's.

Veiligheid van personeel is ook belangrijk binnen het CMH. Het brand en reanimatie alarmnummer van het UMC Utrecht, waar het CMH ook gebruik van maakt, is vernieuwd. Alle plattegronden en ontruimingsposters aan de muren zijn voorzien van dit nieuwe nummer. Medewerkers hebben stickers met het nieuwe nummer ontvangen om op de telefoons te plakken.

Alle ontruimingsplannen zijn beoefend en geactualiseerd. Nieuwe medewerkers krijgen een instructie kleine blusmiddelen. Onderdeel van deze instructie is ook de wijze waarop effectief alarm geslagen wordt en hoe men veilig anderen tijdens rook of brand een helpende hand kan toesteken.

Daarnaast zijn cursussen reanimatie en bedrijfshulpverlening gegeven aan medewerkers van het CMH.

Het kwaliteitssysteem voor medische apparatuur bestond al, maar daarover werden zorgverleners voorheen niet ingelicht. Gezien de extra aandacht die hiervoor is gevraagd door de Inspectie Gezondheidszorg en de verhoogde vraag van de zorgverleners naar de staat van onderhoud van medische apparatuur, is er meer aandacht voor het systeem, de evaluatie van de werking ervan en de communicatie van de resultaten naar de gebruikers van medische apparatuur toe.

De gegevensbeveiliging voldoet zowel aan patiëntprivacy eisen als aan de strenge eisen van Defensie. Als specifiek voorbeeld: geen enkele computer in het CMH staat gegevensoverdracht via een USB-stick toe.

## 4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

### 4.5.1 Uitzendingen

Ook dit jaar zijn er militairen vanuit het CMH uitgezonden geweest, allen in het kader van de ondersteuning van de missie in Afghanistan. In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de tijd dat de personen in het missiegebied hebben doorgebracht. Gerelateerde afwezigheid als gevolg van opleiding en verloven zijn niet opgenomen.

Functie	Aantal uitzendingen	Totaal aantal maanden
IC-verpleegkundigen	1	2
Verpleegkundigen	2	6
Ziekenhuisapotheker	1	2
Radiodiagnostisch laboranten	2	3
Anesthesiologen	1	1
<b>Totaal</b>	<b>7</b>	<b>14</b>

Tabel 4: Overzicht uitzendingen CMH

Uitzending van medisch personeel impliceert een zwaardere belasting voor achterblijvend personeel. Deze extra belasting wordt zo goed als mogelijk opgevangen door ondersteuning vanuit het UMC Utrecht en aanpassingen in de bedrijfsvoering. Dit jaar is de uitzendendruk fors gedaald ten opzichte van 2007, toen vanuit het CMH in totaal ongeveer 65 maanden personeel in een missiegebied werkzaam was. De gevolgen voor de bedrijfsvoering van missieondersteuning zijn dit jaar dan ook een stuk minder geweest.

#### 4.5.2 Ziekteverzuim

In onderstaande tabel treft u een overzicht aan van het ziekteverzuim van het CMH over de jaren 2005 tot en met 2008. Het ziekteverzuimcijfers is opgebouwd uit het kortdurend en langdurig verzuim, exclusief zwangerschapsverlof en partieel verzuim.

In 2008 is het verzuim met een half procent toegenomen ten opzicht van 2007. Een relatief laag aantal langdurig zieken is (deels) verantwoordelijk voor deze stijging. De ziekteduur is ook toegenomen, maar nog steeds significant lager dan in de jaren voor 2007.

Ziekteverzuim %	2005	2006	2007	2008
Militairen	6,0	3,6	6,0	5,8
Burgers	7,8	8,1	4,9	5,8
<b>Totaal</b>	<b>7,1</b>	<b>6,4</b>	<b>5,3</b>	<b>5,8</b>
Ziekteverzuim frequentie				
Militairen	1,6	1,2	1,2	1,7
Burgers	2,1	2,0	2,0	1,6
<b>Totaal</b>	<b>1,9</b>	<b>1,7</b>	<b>1,8</b>	<b>1,6</b>
Gemiddelde duur				
Militairen	12,7	11,7	13,8	9,5
Burgers	13,4	23,3	7,6	11,2
<b>Totaal</b>	<b>13,2</b>	<b>20,7</b>	<b>8,9</b>	<b>10,7</b>

Tabel 5: Overzicht ziekteverzuim CMH

#### 4.6 Samenleving

De samenleving is feitelijk de omgeving waarin het CMH functioneert. Dat is enerzijds geografisch (Utrecht en directe omgeving) en anderzijds de defensieomgeving. Voor het onderdeel samenleving zijn in het bedrijfsplan geen concrete doelen opgenomen voor het jaar 2008. Door het uitvoeren van de gestelde taken, oefent het CMH een positieve invloed uit op haar omgeving. Enkele punten daaruit zullen in dit hoofdstuk worden weergegeven.

Vanuit de taakstelling: leveren van zorg aan militairen en leveren uitzendbaar militair geneeskundig personeel, levert het CMH een bijdrage aan veiligheid in Nederland en in de wereld. Het uitgezonden militair geneeskundig personeel levert niet alleen zorg aan eigen militairen, maar ook aan de bewoners van de gebieden waar zij zijn gestationeerd en leveren daarmee een humanitaire bijdrage.

Voor Nederland en voor (burger)repatrianten speelt het Calamiteitenhospitaal een belangrijke rol. Indien zich in Nederland een grote ramp voordoet en er op korte termijn veel ziekenhuiscapaciteit nodig is, zal het Calamiteitenhospitaal binnen een half uur 100 patiënten kunnen opvangen. Indien nodig kan deze capaciteit binnen 24 uur verdubbeld worden. Daarmee is het Calamiteitenhospitaal een aanvulling op de capaciteit van alle ziekenhuizen in Nederland.

##### Utrecht en omgeving

Tijdelijk wordt het Calamiteitenhospitaal als onderdak gebruikt voor afdelingen van het CMH en het UMC Utrecht die aan het verbouwen zijn. Dit onder de strakke voorwaarde, dat bij openstelling van het Calamiteitenhospitaal, er direct ontruimd kan worden. Daarmee zorgt het voor een soepele bedrijfsvoering en continuïteit van zorg binnen de genoemde ziekenhuizen. En maakt daarmee de modernisering van de verbouwende afdelingen mogelijk.

Voor de directe omgeving is het CMH een ziekenhuis waar stageplaatsen zijn voor MBO- en HBO-opleidingen en waar (in beperkte mate) arts-assistenten onder supervisie ervaring kunnen opdoen. Het calamiteitenhospitaal fungeert deels als oefenruimte voor reanimatiecursussen voor artsen in opleiding. Daarnaast wordt regelmatig nascholing aan artsen gegeven. In 2008 heeft dat niet plaatsgevonden, wel is tijd besteed aan de voorbereiding van het symposium over gynaecologie.

### **Milieu**

Het CMH wil zijn omgeving niet belasten. Zo wordt het gebruik van openbaar vervoer en carpoolen gestimuleerd en zijn er mogelijkheden om (afhankelijk van de functie) te werken volgens een flexibel rooster. De belasting van het milieu wordt gemonitord door de afvalstromen continu te meten. Verder zijn er activiteiten om het milieubewustzijn te stimuleren.

### **Militaire meerwaarde voor de patiënt**

Voor de militaire patiënt wil het CMH meerwaarde leveren ten opzichte van een regulier ziekenhuis. Zeer belangrijk hierin is het bieden van zorg met een korte toegangstijd. Binnen het CMH wordt gestreefd naar een toegangstijd die ver onder de Treeknorm ligt, waarbij de term militaire spoed naast medische spoed gehanteerd wordt. Met militaire spoed wordt bedoeld dat die patiënten voorrang krijgen, die vanwege een oefening of uitzending niet kunnen wachten tot een later tijdstip. Het aanbieden van combi-afspraken (twee of meer verschillende poliklinieken op één dag) is ook een voorbeeld van prompte zorg. Evenals het doen van onderzoek, het stellen van de diagnose en het inzetten van de behandeling op één dag te plannen. Daarnaast wordt in de nabije toekomst, voor die patiënten die moeten wachten, de gelegenheid geboden om te werken en daarbij indien nodig in te loggen op het Defensie netwerk, zodat de wachttijd nuttig gebruikt kan worden.

Ook een belangrijk aspect is dat de zorg die wordt geboden is gericht op de inzetbaarheid van de militair. Dit houdt in dat er kennis moet zijn van specifiek bij militairen veel voorkomende aandoeningen, maar ook dat er kennis moet zijn van woon- en werkomstandigheden van militairen en de aard en zwaarte van hun functie en militaire trainings- en oefenschema's. Behandelingen die veel controles of mogelijke recidieven met zich meebrengen worden afgewogen tegen andere behandelingen die mogelijk initieel tijdrovender of kostbaarder zijn, maar een betere prognose hebben ten aanzien van de inzetbaarheid. De patiënt zo snel mogelijk weer inzetbaar terug bij de eenheid te krijgen, is daarbij het belangrijkste. Daarbij wordt in de keten samengewerkt met onder andere een apotheek voor polipatiënten onder hetzelfde dak en met het Militair Revalidatiecentrum (MRC) te Doorn.

Specifiek militaire meerwaarde is daarnaast expliciet terug te vinden in de integrale aanpak van gewonde gerepatrieerde militairen. Zowel de gewonde militair als zijn familie en relaties worden opgevangen binnen een multidisciplinair team, waarbij nauw samengewerkt wordt met verschillende diensten binnen Defensie. Er wordt gestreefd naar een optimaal herstel-, revalidatie- en reïntegratieproces, voor zover de opgelopen verwondingen dat toelaten, binnen de geneeskundige keten van Defensie (zie verder).

### **Ketengericht**

Binnen Defensie zijn er meerdere transmurale ketens te definiëren. Een keten die veel in de aandacht is geweest in 2008 is het repatriëren van militairen uit uitzendgebieden. Een repatriant is de militair die in het buitenland gewond raakt, of vanwege overige ongevallen of als gevolg van ziekte niet meer inzetbaar is en voor behandeling of consult naar Nederland wordt teruggebracht.

Het soepel verlopen van de overdracht van de medicus in het (uitzend)gebied naar het CMH, heeft continue aandacht. Zo is er afgelopen jaar gekeken naar de informatie die vooraf bij het CMH bekend

moet zijn, om te zorgen dat op moment van aankomst de juiste specialismen aanwezig zijn (ongeacht het tijdstip van aankomst).

Daarnaast zijn de verschillende methoden van MRSA screening<sup>11</sup> aan de patiënt beoordeeld (bijvoorbeeld reeds uitgevoerd tijdens de reis). Verder is het zorgpad voor de repatrianten verfijnd door meer aandacht te geven aan de multidisciplinaire behandeling van repatrianten. Voor de opvang van familie van de repatrianten is een aparte ruimte gemaakt. Deze ruimte komt tegemoet aan de behoefte van familie en relaties om aanwezig te zijn in de nabijheid van de repatriant, die mogelijk al geruime tijd op uitzending was, zonder voor extra drukte op de verpleegafdeling te zorgen.

De ketengerichtheid komt ook terug in de interactie van het ziekenhuis met de eerste lijn. Er is informatie verstrekt over de nieuw te openen poli gynaecologie en de voorbereidingen zijn getroffen voor een symposium over gynaecologie. Dit specialisme start in 2009 in het CMH. Het voorbereiden van de eerste lijn op deze dienstverlening kan uitstekend samengaan met het vertellen van de laatste stand van zaken op het gebied van vrouwengeneeskunde.

De algemeen militair artsen (AMA's) die nieuw in dienst komen, krijgen in het CMH en in het Calamiteitenhospitaal een introductie. Door deze kennismaking wordt de drempel tussen de verschillende partners in de keten verlaagd en daarmee de keten versterkt.

Omgekeerd gaan specialisten, die nieuw in het CMH komen werken, op bezoek bij de andere zorgbedrijven binnen de Bedrijfsgroep Gezondheidszorg, voor kennis over de keten. Ook bezoeken zij enkele militaire onderdelen om begrip te krijgen onder welke omstandigheden een militair zijn beroep uitoefent en welke belasting het lichaam van een militair te verduren krijgt. Dit is van belang voor specifiek op de militair gerichte behandeling en inzicht in specifiek militaire aandoeningen.

### **Acute zorg**

Het CMH levert geen acute zorg via een eigen spoedeisende hulpafdeling. Dat is gezien de geringe frequentie in de militaire populatie en de spreiding van de potentiële patiënten door heel Nederland ook niet wenselijk. De acute zorg voor patiënten in de nabijheid van het CMH is geregeld via de afdeling Spoedeisende Hulp van het UMC Utrecht.

Het CMH heeft personeel werkzaam op de SEH van het UMC Utrecht. Zo zorgt het CMH dat de eventuele extra aanloop van militairen op de SEH niet voor vertraging voor burgerpatiënten zorgt. Daarnaast doen onze militaire zorgverleners ervaring op met het afhandelen van allerlei spoedeisende zorgvragen. Deze ervaring is weer van nut tijdens de inzet in missiegebieden en deze ervaring wordt ook gedeeld met andere militairen, die voor missiegerichte geneeskundige opleiding in het Calamiteitenhospitaal komen.

### **Rampen en crises**

Het CMH beschikt samen met het UMC Utrecht over het Calamiteitenhospitaal. Doel van het Calamiteitenhospitaal is het gestructureerd opvangen van groepen slachtoffers van een calamiteit. Dit kan zijn een groot ongeval, blootstelling aan nucleaire-, chemische en/ of biologische agentia en evacuatie van patiënten bijvoorbeeld bij een interne calamiteit in het CMH of UMC Utrecht, maar ook van andere ziekenhuizen. Het Calamiteitenhospitaal kent een opstarttijd van 30 minuten waarbinnen 100 bedden inclusief personeel beschikbaar zijn. Onder bijzonder omstandigheden is het aantal bedden uit te breiden.

---

<sup>11</sup> Screening op Multi Resistente Staphylococcus Aureus bacteriën



De inzet van het Calamiteitenhospitaal wordt tweemaal per jaar geoefend met inzet van de regionale partners. Zowel ambulancepersoneel als Rode Kruisvrijwilligers als het zorg- en facilitair personeel traint dan een realistisch scenario. Zo is afgelopen jaar geoefend hoe de zorg van het Calamiteitenhospitaal verloopt tijdens de lunch.

Het Calamiteitenhospitaal is op 16 juni 2008 kortdurend ingezet ter bestrijding van de gevolgen van vergiftigingsverschijnselen van mensen werkzaam in een kantoorpand in Amersfoort. Daarnaast zijn er twee oefeningen geweest. Aandachtspunt, aangegeven in de evaluatieverslagen, is dat de communicatie nog beter kan.

Bij inzet en oefening bleek het calamiteitenhospitaal telkens binnen een half uur volledig inzetbaar, conform de gestelde norm.

#### **4.7 Financieel beleid**

In 2007 is in het project Kostenbewust naar voren gekomen dat de kosten van de vredes zorg niet gelijk zijn aan de opbrengsten van diezelfde vredes zorg. Met de zorgverzekeraar SZVK/ Univé is overeengekomen dat de volledige vredes zorg gedeclareerd moet kunnen worden.

In 2008 is een begin gemaakt met de wijziging in de financieringssysteem. In overleg met de zorgverzekeraar wordt een methode ontwikkeld die de zorgprestaties in detail blijft meten en waarmee de kosten volledig kunnen worden gedeclareerd. Voor de overgangperiode zijn afspraken gemaakt en is een lumpsumfinanciering overeengekomen.

Een gedetailleerder overzicht ten aanzien van de financiën van het CMH (jaarrekening) maakt geen onderdeel uit van dit kwaliteitsjaarverslag en zal separaat, na toetsing door een accountant, naar belanghebbenden verstuurd worden.