

Aanwijzing SG V/26

Datum: 26 oktober 2007
Onderwerp: Grondslagen, hoofdlijnen en systeemeisen militaire gezondheidszorg

1. Doelstelling van de aanwijzing

Met deze aanwijzing worden de grondslagen, hoofdlijnen en systeem eisen voor de Militaire Gezondheidszorg, die op 27 mei 2002 door de minister en staatssecretaris zijn vastgesteld en de daarop volgende amendementen, algemeen bekend gesteld.

2. Doelstelling van de grondslagen, hoofdlijnen en systeemeisen

2.1. De grondslagen, hoofdlijnen en systeemeisen zijn bedoeld om de effectiviteit, kwaliteit en doelmatigheid van de militaire gezondheidszorg te bevorderen.

2.2. De grondslagen, hoofdlijnen en systeem eisen zijn uitgangspunten bij de beleidsvoorbereiding, -uitvoering en -evaluatie op het gebied van de militaire gezondheidszorg.

3. Verantwoordelijkheid

3.1. De Directeur Militaire Gezondheidszorg is, als hoogste medische autoriteit, conform het gestelde in punt 3.2.c. van de hoofdlijnen voor de militaire gezondheidszorg binnen Defensie belast met en verantwoordelijk voor de uitwerking van de grondslagen, hoofdlijnen en systeemeisen.

3.2. De Directeur Militaire Gezondheidszorg neemt gewenste wijzigingen van de grondslagen, hoofdlijnen en systeemeisen in behandeling en is verantwoordelijk voor de advisering van de bewindslieden.

4. Toezicht en informatieverstrekking

4.1. Voorafgaand toezicht van de implementatie van de grondslagen, hoofdlijnen en systeem eisen vindt plaats via het daartoe regulier bestaande instrumentarium van het beleids-, plannings-, begrotingsproces. De Directeur Militaire Gezondheidszorg geeft binnen zijn bevoegdheden sturing aan en houdt toezicht op de implementatie.

4.2. De Commandant der Strijdkrachten, de hoofddirecteuren en de hoofden van de defensie-onderdelen dragen zorg voor de naleving van deze aanwijzing en verstrekken de Directeur Militaire Gezondheidszorg desgevraagd de door hem benodigde informatie.

5. Informatie over de toepassing van deze aanwijzing

5.1. Voor informatie over de toepassing van deze aanwijzing kunt u terecht bij de Directeur Militaire Gezondheidszorg.

5.2. Informatie-eigenaar van deze aanwijzing is de Directeur Militaire Gezondheidszorg.

6. Deze aanwijzing treedt in werking met ingang van 1 november 2007. Indien zij op deze datum niet is gepubliceerd op het intranet, treedt zij in werking de dag volgend op de publicatie op intranet.

7. Aanwijzing SG V/19 d.d. 16 juli 2002 wordt hierbij ingetrokken.

8. Deze aanwijzing wordt bekend gemaakt volgens bijgevoegde verzendlijst.

Den Haag, 26 oktober 2007,

DE SECRETARIS-GENERAAL,

Drs. A.H.C. Annink.

Grondslagen, Hoofdlijnen en Systeemeisen
voor de
Militaire Gezondheidszorg.

Oktober 2007

Voorwoord

bij de tweede uitgave, de dato oktober 2007.

1. Algemeen.

1.1. De Grondslagen (mét de toelichting), de Hoofdpijnen (mét de verantwoordelijkheidstoedeling) en de Systeemeisen vormen één geheel. Het doel (i.c. de missie) van de activiteiten in de militaire gezondheidszorg wordt in dit document aangegeven, maar ook de kaders en de randvoorwaarden voor de inrichting van de zorg en voor de uitvoering worden beschreven. Dit document vormt een referentiekader voor kwaliteitsborging. Op basis van dit document zal nadere verdieping en uitwerking worden gegeven in deelplannen en rapportages door Bestuursstaf en overige Defensie-onderdelen. Planningsdocumenten voor de militaire gezondheidszorg zullen deze Trias als referentie moeten hebben. Dit document is in lijn met civiele ontwikkelingen, wettelijke eisen en relevante NATO en EU documenten, zoals de MC 326/2 (NATO Principles and Policies of Operational Medical Support) en het EU Health and Medical Support Concept for Military EU lead Crisis Management Operations, en spoort met bestaande planningsactiviteiten (zoals die t.a.v. operatiën (incl. medevac), opleidingsontwikkelingen, informatiseringsbehoeften, zorg rond uitzendingen, logistieke ontwikkelingen, Force Goals en samenwerkingsprojecten met het buitenland).

1.3. Militaire Gezondheidszorg bevordert de gezondheid in relatie tot de inzetbaarheid van defensiepersoneel, onder alle omstandigheden. Dit document gaat in op normen en streefwaarden. Het gaat in op de inspanningsverplichting van de organisatie om een verantwoorde en verantwoordbare zorg te kunnen leveren.

1.4. Militaire Gezondheidszorg is niet het exclusieve domein van het functiegebied. Dit document is dan ook niet alleen een document voor de Militaire Gezondheidszorg, maar vooral óver de militaire gezondheidszorg. Dit document staat boven het functiegebied en geeft inzake gezondheidszorgaangelegenheden ook richting aan de taken en verantwoordelijkheden van andere dan geneeskundige functionarissen.

2. Uitgave 2007.

2.1. Op 27 mei 2002, na accordering in het Politiek Beraad, verscheen de eerste versie van 'Grondslagen, Hoofdpijnen en Systeemeisen voor de Militaire Gezondheidszorg' na intensief overleg met de toenmalige krijgsmacht en de bestuursstaf. Dit document verving de Grondslagen en Hoofdpijnen van 1990. Zoals ook aangegeven bij het verschijnen van die eerste versie heeft dit document geen eeuwigheidswaarde. De afgelopen jaren heeft een aantal ontwikkelingen plaatsgevonden die nopen tot een bijstelling van dit document.

2.2. Conform SG aanwijzing V26 is de hoogste medische autoriteit, i.c. de Directeur Militaire Gezondheidszorg verantwoordelijk voor het actueel houden van dit document. Met deze actualisatie wordt daar inhoud aan gegeven. Deze versie is geaccordeerd in het Departementaal Beraad van 1 oktober 2007.

2.3. Zoals voorzien blijken de Grondslagen en de Hoofdpijnen een verder wegliggende horizon te hebben dan de Systeemeisen. Aanpassingen in de Defensiedoctrine of het algemene beleidskader van Defensie nopen vooralsnog niet tot fundamentele aanpassing van Grondslagen of Hoofdpijnen. Geconstateerd wordt dat er wel accentverschuivingen optreden: de zogenaamde derde hoofdtaak van Defensie krijgt meer gewicht. Bij operationeel optreden krijgt steunverlening aan de lokale bevolking en samenwerking met hulpverleningsorganisaties meer aandacht. Van betekenis is dat de Arbo-dienstverlening voor burgerwerknemers zal plaatsvinden door de interne Arbo-dienstverleningsorganisatie en dat er meer ruimte is voor de behandeling van veteranen binnen het militair geneeskundig systeem.

2.4. De in de uitgave doorgevoerde veranderingen hebben verder te maken met de veranderingen in het besturingsmodel van Defensie. Er is een duidelijker scheiding doorgevoerd tussen beleid (bestuur), uitvoering, ondersteuning en toezicht. Samenwerking tussen de operationele commando's krijgt nóg meer gestalte. Een andere wijziging heeft te maken met aanpassingen die zijn doorgevoerd bij de NAVO op het gebied van de operationele gezondheidszorg. Zo zijn de MC 326 en de AJP 4-10 (de medische bronndocumenten bij de NAVO) sinds de vorige versie gereviseerd. De toenemende rol van de Europese Unie op militair gebied vraagt de aandacht. Kleinere aanpassingen hebben b.v. betrekking op de opheffing van de noodhulpverkenningsteams.

2.5. De Militaire Ambtenarenwet en de zorgverzekeringswet versterken de binding van de militair aan het militair geneeskundig systeem en verankeren de geïntegreerde curatief-bedrijfsgeneeskundige zorg bij Defensie.

2.6. Er zijn enkele redactionele verbeteringen aangebracht. Er is voor de leesbaarheid gekozen om de benaming 'geneeskundig' in deze versie te handhaven, ook waar sprake is van 'gezondheidskundig'. In algemene zin is terughoudend opgetreden bij het doorvoeren van wijzigingen; de vorige versie blijkt in algemene zin goed te voldoen.

Grondslagen Militaire Gezondheidszorg.

1. De krijgsmacht moet kunnen beschikken over inzetbare militairen. Hiervoor is voor alle omstandigheden waarin de militair kan komen te verkeren een goede personele zorg en een specifieke militaire gezondheidszorg vereist. De militaire gezondheidszorg is gericht op het bewaken, bevorderen en zo nodig herstellen van de gezondheid van de militair. De militaire gezondheidszorg draagt bij aan de onbelemmerde uitvoering van de operationele taak van de individuele militair en zijn eenheid. Hiertoe worden alle relevante aspecten van gezondheidszorg in onderlinge samenhang en in een continuüm uitgevoerd.
 2. De militaire gezondheidszorg richt zich primair op militairen. Op aanwijzing van de minister, kan worden voorzien in zorg aan derden.
 3. De gezondheidszorg voor de krijgsmacht richt zich, met inachtneming van de omstandigheden waaronder de krijgsmacht moet opereren, de uitvoering van de operationele taak en de eisen die in dit kader aan het personeel worden gesteld, op de in Nederland civiel gebruikelijke kwaliteitsnormen, de Nederlandse wetgeving en de Nederlandse professionele standaard. De militaire gezondheidszorg volgt de verplichtingen voortvloeiend uit internationale verdragen.
-

Toelichting op de grondslagen.

1. Toelichting op grondslag 1. Doelstelling.

1.1. De krijgsmacht dient, vanwege haar bijzondere taken, te kunnen beschikken over optimaal inzetbaar personeel. De op deze inzetbaarheid en de onbelemmerde uitvoering van de operationele taak gerichte taken van de militaire gezondheidszorg omvatten een breed scala van preventieve en curatieve activiteiten. Deze activiteiten beïnvloeden elkaar.

De voorbereiding op inzet, de begeleiding tijdens inzet zelf en de geneeskundige aspecten van nazorg worden in een continuüm verricht.

De militaire gezondheidszorg bevordert de gezondheid in samenhang en afstemming met andere functiegebieden bij Defensie.

De militaire gezondheidszorg is uniek: zij is integraal gericht op inzetbaarheid. Dit vereist een zeker gestelde binding tussen de militair en de militaire gezondheidszorg.

1.2. De militair kan door de overheid in omstandigheden worden gebracht die grote gezondheidsrisico's kunnen inhouden. De militaire gezondheidszorg richt zich erop om de negatieve gevolgen voor de gezondheid van inzet als militair zo veel mogelijk te beperken of teniet te doen.

2. Toelichting op grondslag 2. Doelgroep.

2.1. De militaire gezondheidszorg richt zich in eerste instantie op ondersteuning van de eigen en multinationale militaire eenheden. Militair geneeskundig personeel en militair geneeskundige eenheden voorzien in gezondheidszorg voor (gemilitariseerd) civiel personeel bij uitzendingen en militaire inzet. Op aanwijzing van de Minister kan militair geneeskundig personeel en / of militair geneeskundige eenheden worden opgedragen om, met een nader aangegeven reikwijdte en richtlijnen, gezondheidszorg te verlenen aan derden. In het bijzonder wordt hierbij gedacht aan vluchtelingen of burgerslachtoffers bij rampen en calamiteiten (militaire bijstand en humanitaire hulpverlening). Daarnaast moet het militair geneeskundig personeel, wanneer zij geconfronteerd wordt met een patiënt met een acute levensbedreigende aandoening, ook onder operationele omstandigheden, levensreddende hulp verlenen. Bovendien is personeel van de militaire gezondheidsdienst, conform de Verdragen van Genève, verplicht tot het geven van hulp aan militairen van de tegenpartij. Verder heeft de groep veteranen bijzondere aandacht. Deze groep kan, binnen nader aan te geven grenzen, voor (geestelijke) gezondheidszorg gebruik maken van militair geneeskundige voorzieningen.

3. Toelichting bij grondslag 3. Het referentiekader.

3.1. De Nederlandse wet- en regelgeving vormt de toetssteen voor het handelen van de militaire gezondheidszorg. Daarbij wordt rekening gehouden met de bijzonderheden welke voortvloeien uit het werken onder operationele omstandigheden en het bijzondere belang van het uitvoeren van een door de overheid opgedragen missie. Zo kunnen, onder operationele omstandigheden gezondheidsbelangen ondergeschikt worden gemaakt aan het bereiken van het doel van de eenheid. Ten aanzien van geneeskundige normen en waarden conformeert Defensie zich in beginsel aan het Nederlandse referentiekader. Voor geneeskundige werkwijzen geldt in principe de Nederlandse professionele standaard. Opgemerkt wordt dat op een aantal terreinen de militaire gezondheidszorg een bijzondere expertise heeft.

3.2. De militaire gezondheidszorg volgt relevante internationale wet- en regelgeving. Dit is temeer van belang daar zij frequent acteert in een internationale omgeving.

3.3. Defensie heeft planmatig de verplichting tot het leveren van een optimale gezondheidszorg, met name ook onder operationele omstandigheden. Bij de voorbereiding op inzet dienen onder meer de gezondheidsrisico's in kaart te worden gebracht. Er moet, tegen de achtergrond van kwaliteitseisen en de mogelijkheden om te beschikken over de geëigende capaciteiten, kunnen worden aangegeven of de zorg op een verantwoorde wijze kan worden verleend.

3.4. Het moet aannemelijk gemaakt kunnen worden dat, gelet op de omstandigheden een zo goed mogelijke zorg is geleverd. Dit geldt voor de beleidsverantwoordelijken, de uitvoerende commandant en de betreffende arts. Zo kunnen vragen worden gesteld over bijvoorbeeld de beschikbaarheid van goede middelen, of daar juist gebruik van is gemaakt, of er een verantwoordbare afweging is gemaakt bij het besluit om bepaalde voorzieningen niet of in beperkte mate ter beschikking te stellen en / of er sprake was van een

situatie van overmacht. De zorg moet toetsbaar zijn aan tevoren vastgestelde criteria. Op Nederlands grondgebied geschiedt dit mede op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, buiten Nederland wordt deze wet als leidraad gebruikt.

3.5. Binnen de militaire gezondheidszorg dient, naast de richtlijnen van Defensie, rekening te worden gehouden met de functionele verantwoordelijkheid van de individuele militair-geneeskundige beroepsbeoefenaar (involge de wet BIG) en de eigen verantwoordelijkheid van de individuele militair.

3.6. Als bij de analyse van de omstandigheden van inzet blijkt dat er een groot risico bestaat dat bij ziekte of verwonding de resultaten van behandeling sterk zullen achterblijven bij wat in Nederland gebruikelijk is dient dit gegeven in de besluitvorming en communicatie nadrukkelijk te worden meegenomen.

3.7. Bij humanitaire hulpverlening wordt, in overleg met andere deelnemende en betrokken partijen (waaronder bijvoorbeeld de Verenigde Naties, de NAVO, de EU, NGO's en/of de WHO) en lokale autoriteiten bij de zorg aan lokale bevolking rekening gehouden met het niveau van zorg in het betreffende land. De aard en omvang van de te leveren humanitaire hulp kan per operatie verschillen. Hierover dienen voorafgaand aan de operatie afspraken gemaakt te worden. In alle gevallen zal aan derden, indien vereist, noodzakelijke levensreddende hulp worden geboden.

—

Hoofdlijnen
voor de
Militaire Gezondheidszorg

1. Beleidsveld.

1.1. De militaire gezondheidszorg draagt bij aan de Defensiedoelstellingen door een eigen inbreng bij de vorming, instandhouding en inzet van de krijgsmacht voor alle haar opgedragen taken. Tevens voorziet de militaire gezondheidszorg in geneeskundige verzorging of begeleiding voor militair personeel en aangewezen groepen ex-militairen. De militaire gezondheidszorg is in organisatorische zin veelal ondergebracht bij de personele functie. Daarnaast heeft de militaire gezondheidszorg nadrukkelijk ook verantwoordelijkheden op het gebied van de operationele en de logistieke functies.

1.2. Binnen de militaire gezondheidszorg wordt ervoor zorggedragen dat in samenhang en continu wordt voorzien in alle aspecten van gezondheidszorg die nodig zijn om de gezondheid te beoordelen, te bevorderen, te handhaven en te herstellen, mede in relatie tot een onbelemmerde uitvoering van de operationele taak door de individuele militair en de eenheid. Tevens richt de militaire gezondheidszorg zich op het waarborgen van afstemming met andere militaire functiegebieden en het bevorderen van:

- a. De samenhang en interoperabiliteit tussen de gezondheidszorgdiensten van de operationele commando's en het commando dienstencentra;
- b. De afstemming en interoperabiliteit met de gezondheidszorgdiensten van andere krijgsmachten;
- c. De afstemming met de civiele sector, in het bijzonder inzake de voorbereiding op rampen.

2. Hoofdlijnen. De hoofdlijnen voor de militaire gezondheidszorg behelzen:

- a. Het waarborgen en bevorderen van de kwaliteit van het handelen door een integrale benadering, waarbij rekening wordt gehouden met de samenhang tussen de verschillende deelfunctiegebieden binnen de militaire gezondheidszorg en de vereiste afstemming met het operationele en andere functiegebieden.
- b. De militaire gezondheidszorg is in staat, al of niet in bondgenootschappelijke samenwerking, onder militair-operationele omstandigheden op effectieve en doelmatige wijze geneeskundige hulp te bieden aan zieken en gewonden.
- c. De militaire gezondheidszorg streeft naar een optimale bescherming van het militair personeel tegen aandoeningen en gebreken die een gevolg kunnen zijn van operationele inzet.
- d. De militaire gezondheidszorg levert een bijdrage aan de inzetbaarheid van het personeel. In curatieve zin richt zij zich in het bijzonder op de effectieve behandeling van getraumatiseerde militairen. Daarnaast richt zij zich op de preventie en behandeling van bij operationele inzet gangbare aandoeningen.
- e. De militaire gezondheidszorg treft maatregelen voor het zekerstellen van een goede geneeskundige nazorg aan militairen na inzet. Hierbij wordt samengewerkt met andere hulpverlenende instanties.
- f. De militaire gezondheidszorg levert een bijdrage aan het bevorderen van de gezondheid van het personeel.
- g. De militaire gezondheidszorg levert een bijdrage aan de vereiste Arbo-zorg bij Defensie.
- h. Het bevorderen van de kwaliteit van het handelen door de opbouw en instandhouding van de kennis-infrastructuur binnen en buiten de Defensieorganisatie op het gebied van gezondheidszorg en verwante functiegebieden.

3. Verantwoordelijkheidstoedeling.

3.1. De bevoegdheidsverdeling is gebaseerd op het algemeen organisatiebesluit Defensie en de subtaakbesluiten.

3.2. Militaire gezondheidszorg is essentieel voor de ondersteuning van de hoofdprocessen binnen de krijgsmacht. Dit betekent dat naast geneeskundige functionarissen meerdere andere functionarissen een verantwoordelijkheid hebben op het gebied van militaire gezondheidszorg:

a. De CDS heeft een verantwoordelijkheid voor de planning, gereedstellingsvoorbereiding, inzet en de evaluatie van eenheden voor militaire operaties.

b. De Commandanten van de Operationele Commando's hebben bijzondere verantwoordelijkheden bij de instandhouding en de gereedstelling van operationele eenheden en de nazorg, binnen onder meer de kaders van de Grondslagen, Hoofdlijnen en Systeemeisen voor de Militaire Gezondheidszorg. De Commandanten van de Operationele Commando's en C CDC zijn verantwoordelijk voor de instandhouding van de geneeskundige deelsystemen binnen de betreffende defensieonderdelen. In de zin van de Kwaliteitswet Zorginstellingen zijn zij belast met de uitvoering van het zorgaanbiederschap:

c. De Directeur Militaire Gezondheidszorg (DMG) is de hoogste medische autoriteit voor Defensie. De DMG is belast met het ontwikkelen, overdragen en evalueren van het militair geneeskundig beleid, het beleid voor de Arbo-dienstverlening en het beleid voor het militair geneeskundig zorgsysteem. Het beleid heeft een kaderstellend karakter. De DMG vergewist zich van de uitvoering van het beleid, in beginsel door rapportages van de defensieonderdelen. Het beleid betreffende het militair geneeskundig zorgsysteem wordt door de DMG overgedragen aan de defensieonderdelen, door aanwijzingen en richtlijnen die, na overleg met de defensieonderdelen, door tussenkomst van de secretaris-generaal worden verstrekt en waar het de operationele commando's betreft door tussenkomst van de CDS. De DMG geeft waar nodig aanwijzingen voor de uitvoering van wettelijke regelingen op het gebied van de geneeskundige zorg. De DMG is ten behoeve van beleidsvoorbereiding, beleidsevaluatie en het vergewissen van de uitvoering van het beleid bevoegd tot het stellen van eisen aan de informatie-uitwisseling tussen de defensieonderdelen op het gebied van geneeskundig beleid en het geneeskundig zorgsysteem. De DMG vertegenwoordigt Defensie op geneeskundig gebied naar buiten. De DMG adviseert de CDS over de kwaliteit van zorg bij operaties. De DMG formuleert de kwalitatieve eisen aan de door de dienstencentra op te leveren producten en diensten op het gebied van de gezondheidszorg. De DMG formuleert mét de Militaire Luchtvaart Autoriteit de vliegmedische eisen.

d. De Commandant van de Bedrijfsgroep Gezondheidszorg in het CDC (C BGGZ) is verantwoordelijk voor de doelmatige instandhouding van de onder hem ressorterende geneeskundige instellingen cf. het submandaat voor C CDC. Hij levert diensten aan de Defensieonderdelen op basis van een producten- en dienstencatalogus en binnen de kaders die door de bestuursstaf worden aangegeven.

e. De Hoofden van de Geneeskundige Staven van de Operationele Commando's (de stafartsen inbegrepen het Hoofd Geneeskundige en Personele Zorg van CZSK) en de stafarts van de Koninklijke Marechaussee dienen, onder meer binnen de door de DMG aangegeven kaders de Commandanten van de Operationele Commando's van advies inzake de inrichting van de militaire gezondheidszorg. Zij vormen een intermediair tussen het krijgsmachtdeel en de DMG inzake medisch-inhoudelijke aangelegenheden. De stafartsen bewaken de kwaliteit van de geleverde zorg. Zij zijn bevoegd tot het zelfstandig afdoen van beklagen en bezwaren over de militaire gezondheidszorg, voorzover deze niet door de zelfstandige klachtencommissies worden afgedaan;

f. Operationele commandanten zijn primair verantwoordelijk voor het uitvoeren van een opdracht binnen aangegeven kaders. Daarbij zijn zij onder meer verantwoordelijk voor de veiligheid en de gezondheid van het hen onderhebbend personeel. De commandant dient zich te onthouden van richtlijnen t.a.v. de medische behandeling van individuele patiënten. De commandant kan geen dienstopdrachten geven die treden in de individuele bevoegdheid van de medische beroepsbeoefenaar of die strijdig zijn met ethische principes betreffende het medisch professioneel handelen. Ook commandanten van multinationale eenheden (in NAVO-, EU verband of anderszins) hebben een verantwoordelijkheid op gezondheidszorggebied ten aanzien van de hun onder bevel gestelde eenheden als beschreven in MC 326 en NATO AJP 4-10 of het Health and Support Concept for EU lead Crisis Management Operations;

g. Militair geneeskundig personeel (i.c. staffunctionarissen militaire gezondheidszorg, hoofden van geneeskundige eenheden) is ervoor verantwoordelijk de commandant goed geïnformeerd te houden

over de gezondheidsrisico's tijdens een operatie, met name wanneer deze risico's afwijken van de planning;

Individuele geneeskundige beroepsbeoefenaren hebben, als zorgverlener, een eigen verantwoordelijkheid voor hun op een individu gericht medisch professioneel handelen. Ingevolge de Arbo-wet voert het militair geneeskundig personeel de bedrijfsgeneeskundige taken op onafhankelijke wijze uit zowel t.b.v. de werkgever als de werknemer. Verzekeringsgeneeskundige taken worden uitgevoerd voor de werkgever;

Wanneer geneeskundig personeel als zodanig is ingezet hebben zij de status van non-combattant;

h. De militair draagt een eigen verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid en inzetbaarheid. Hij of zij kan zich hierin laten adviseren door militair geneeskundig personeel; de militair is de afnemer van de zorg.

i. De militair heeft een eigen verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl. Hij wordt hierin ondersteund door de Defensie-organisatie, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van gezonde voeding en mogelijkheden ter bevordering van de fitheid, een rook- en alcoholbeleid.

j. De Inspecteur Militaire Gezondheidszorg houdt namens de Minister en in afstemming met de Inspectie voor de Volksgezondheid toezicht op de kwaliteit van de militaire gezondheidszorg.

3.3. Op de bij Defensie gebruikelijke wijze vindt overleg plaats met vertegenwoordigers van het personeel.

4. Toetsingscriteria.

4.1. De doeltreffendheid van het beleid wordt getoetst aan:

- a. De mate waarin bijgedragen wordt aan de inzetbaarheid van de krijgsmacht;
- b. De mate waarin bijgedragen wordt aan de gezondheid van het personeel;
- c. De mate van effectiviteit van het militair gezondheidszorgsysteem;
- d. De mate waarin wordt voorzien in geneeskundige preventieve zorg voor militair personeel;
- e. De mate waarin wordt voorzien in geneeskundige verzorging of begeleiding voor (gewezen) militair personeel dat nadelige gevolgen ondervindt van de aan het militaire beroep verbonden risico's;
- f. De effectiviteit van de bijdrage aan civiele steunverleningen;
- g. Het voldoen aan kwaliteitseisen en wet- en regelgeving.

4.2. De militaire gezondheidszorg moet doelmatig zijn ingericht.

4.3. Er zullen voor deze criteria kengetallen worden vastgesteld.

5. Instrumenten. Voor de uitvoering van de hoofdlijnen van het gezondheidszorgbeleid wordt gebruik gemaakt van de volgende instrumenten:

- a. de door de DMG uitgegeven beleidsaanwijzingen;
- b. Van onder meer van de Grondslagen, Hoofdlijnen en Systeemeisen voor de militaire gezondheidszorg afgeleide deelplannen voor de gezondheidszorg bij de defensie-onderdelen;
- c. van onder meer deze Grondslagen, Hoofdlijnen en Systeemeisen afgeleide functionele deelplannen;
- d. Rapportages en evaluaties;
- e. Overlegstructuren.

Systeemeisen

Consequenties van de grondslagen en hoofdlijnen voor de organisatie en werkwijze van de militaire gezondheidszorg.

1. Omschrijving, afbakening en accenten.

1.1. Opzet. De systeemeisen beschrijven op basis van de grondslagen en hoofdlijnen voor de militaire gezondheidszorg, het organisatiebesluit Defensie en de Gezondheidszorgwetgeving de uitgangspunten voor de organisatie en bedrijfsvoering van de militaire gezondheidszorg.

1.2. Organisatorische afbakening. Het gezondheidszorgsysteem betreft het samenstel van de gezondheidszorgdiensten en/of -functies van de defensie-onderdelen en de functionarissen die buiten de geneeskundige organisatie betrokken zijn bij de militaire gezondheidszorg (zoals 'geneeskundige neventakers'). De organisatorische afbakening is nader beschreven in punt 3.

1.3. Het bevorderen en handhaven van de gezondheid is niet het exclusieve domein van het personeel van de gezondheidszorgdiensten. Vele andere functionarissen en instanties dragen bij aan het optimaliseren van de gezondheid (keukenpersoneel (betrouwbare voeding), de Dienst Vastgoed Defensie (betrouwbaar drinkwater, huisvesting vrij van gevaarlijke stoffen), de Organisatie voor Sport en Lichamelijke Vorming, het Dienstencentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk (sociaal welzijn), de Geestelijke Verzorging, de Bedrijfshulpverlening etc. Het noopt tot samenwerking en vormt een aandachtsveld voor leidinggevend en beleidsmakers in de militaire gezondheidszorg.

1.4. Commandanten hebben een eigen bijzondere verantwoordelijkheid inzake het bevorderen van de veiligheid en gezondheid van het hun onderhebbend personeel. Deze is aangegeven in de Hoofdlijnen voor de Militaire Gezondheidszorg.

1.5. Functionele afbakening. Binnen het systeem worden door of vanwege de organisatie alle aspecten van gezondheidszorg in samenhang en in een continuüm uitgevoerd. Dit betreft de eerstelijns curatieve geneeskundige zorg, spoedeisende- en rampengeneeskunde, bedrijfsgezondheidszorg, 'public health' (preventieve zorg) en verzekeringsgeneeskunde, tandheelkundige zorg, farmaceutische en fysiotherapeutische zorg, specialistisch-geneeskundige curatieve zorg en geestelijke gezondheidszorg. De nadruk ligt hierbij op de voorbereiding, uitvoering en afhandeling van de ondersteuning van militaire operaties.

1.6. Doelgroep. De militaire gezondheidszorg is toegerust op zorgverlening aan militairen. Daarnaast is zij in staat tot arbo-dienstverlening, ook aan burgerwerknemers van Defensie. Verder kan humanitaire hulp of civiele bijstand gegeven moeten worden aan burgerbevolking. Bovendien kan, onder voorwaarden, hulp worden verleend aan gezinsleden van militairen in het buitenland en aan veteranen met een psychotrauma. De gezondheidszorg voor derden bij de Kon. Marechaussee (b.v. uit te zetten vreemdelingen) valt niet onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Defensie.

Organisatie en werkwijze.

2. Kaders voor de omvang van de organisatie.

2.1. De omvang van het bestand aan paraat militair geneeskundig personeel van de krijgsmacht is gerelateerd aan de omvang van de formatie welke benodigd is ter ondersteuning van het Nederlandse ambitieniveau. Hierbij zijn inbegrepen de uitgezonden Nederlandse eenheden alsmede het geneeskundig personeel van Defensie waarvan bij een militaire operatie de aanwezigheid in Nederland vereist is ten behoeve van opwerking en nazorg. Voor de inzet van specialistisch geneeskundig personeel wordt naast paraat militair personeel beschikt over civiel medisch personeel in ziekenhuizen waarmee Defensie ter zake een overeenkomst heeft gesloten.

2.2. Reservisten hebben voor de geneeskundige dienst een rol als kenniskern. Onder nader aan te geven voorwaarden kunnen zij worden ingezet bij militaire operaties.

2.3. Militair geneeskundig personeel zal kunnen worden ingezet voor taken die niet geneeskundig zijn voor zover de uitoefening van de geneeskundige taak hiermee niet in het geding is. Tijdens de uitoefening van niet-geneeskundige taken verliest het personeel de status van non-combattant.

2.4. Naast voldoende paraat militair geneeskundig personeel kan worden beschikt over (burger-) personeel t.b.v. de overige geneeskundige zorg en de Arbo-dienstverlening.

3. Kaders voor de inrichting van de zorg.

3.1. Indeling. Binnen de militaire gezondheidszorg wordt onderscheid gemaakt tussen eerstelijns zorg en tweedelijnszorg. De eerstelijns zorg is dat deel van de zorg dat rechtstreeks voor patiënten toegankelijk is. Tweedelijnszorg betreft de zorg die, na verwijzing door een arts of tandarts wordt uitgevoerd in een gezondheidszorginrichting door medisch-specialistisch personeel. Onder operationele omstandigheden wordt de zorg, cf. NATO MC 326 en AJP 4-10, ingedeeld in Roles. Role 1 is vergelijkbaar met de eerstelijnszorg. Bij hogere Roles is sprake van specialistische en verpleegkundige capaciteit van toenemende complexiteit. Role 4 betreft het eindhospitaal. Een nadere uiteenzetting van de verdeling in Roles is gegeven in bijlage 1. Voor de Nederlandse krijgsmacht is ook sprake van een Role 0: het niveau voordat formele geneeskundige hulpverleners betrokken zijn; het betreft hier de Zelfhulp en Kameradenhulp en de hulp verleend door 'Geneeskundige neventakers' zoals de 'Medic' bij Special Forces en verkenningseenheden en de Combat Life Saver.

3.2. Het calamiteitenhospitaal is een bijzondere inrichting voor de opvang van grote groepen patiënten. Het calamiteitenhospitaal is een samenwerkingsverband tussen het Universitair Medisch Centrum - Utrecht en Defensie, onder gezamenlijke bestuurlijke verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS en het Ministerie van Defensie. De DMG behartigt de Defensiebelangen in dezen.

3.3. In Nederland kan de militaire gezondheidszorg onderdeel-, gebieds- of ressortgebonden, of per operationeel commando worden georganiseerd. Daarbij blijft de bijzondere relatie bestaan tussen de militaire gezondheidszorgdienst en de commandant van de betrokken militair. Zo veel als mogelijk is worden eerstelijns militair-geneeskundige (sub-)eenheden c.q. Role 1 eenheden organisatorisch opgenomen bij operationele eenheden dan wel in een zo vroeg mogelijk stadium hieraan toegevoegd. Zij volgen de operationele eenheid bij oefeningen en inzet. Waar het toedelen van eigen geneeskundige eenheden niet mogelijk is (b.v. bij inzet van zelfstandige inzet van geneeskundige eenheden voor noodhulp) wordt op andere wijze de geneeskundige zorg verzekerd.

3.4. De Operationele Commando's zijn binnen de door de CDS gegeven kaders verantwoordelijk voor de inrichting van de gezondheidszorg bij operationele inzet.

3.5. Het CDC voorziet in tweedelijnszorg in Nederland, geneeskundige opleidingen, Arbo-dienstverlening en de toelevering van gespecialiseerd geneeskundig personeel en geneeskundige dienstgoederen en bloed(producten).

3.6. Verantwoordelijkheidstoedeling. De verantwoordelijkheidstoedeling ter zake de militaire gezondheidszorg is vastgelegd in het Algemeen Organisatiebesluit Defensie en in de Hoofdlijnen voor de Militaire Gezondheidszorg. In subtaakbesluiten zijn de bevoegdheden en taken vastgelegd.

4. Kaders voor de uitvoering van de zorg.

4.1. Doelstelling. Binnen het gezondheidszorgsysteem wordt datgene gedaan dat noodzakelijk is voor het behoud en herstel van de gezondheid, mede in relatie tot de inzetbaarheid, van de militair. Daarbij wordt ook invulling gegeven aan de vereiste reïntegratieactiviteiten en nazorg. Daarnaast voorziet het systeem in de medische beoordeling van de dienstgeschiktheid.

4.2. Binding. De commandant dient steeds geïnformeerd te kunnen zijn over de inzetbaarheid van het hem / haar onder bevel staand personeel. Deze inzetbaarheid moet worden gewaarborgd en zo mogelijk worden verbeterd. Derhalve is een zeker gestelde binding tussen de militair en een eigen militaire gezondheidszorgdienst vereist. De zorg vindt plaats door of vanwege de militaire gezondheidszorgdienst. De eerstelijns militaire arts heeft hierin een sleutelrol. Een militair dient zich voor gezondheidszorg te wenden tot het militaire gezondheidszorgsysteem. Wanneer dit niet mogelijk is, is hij / zij verplicht van de behandeling elders melding te maken bij zijn / haar militaire arts.

4.3. Beperkte voorrangszorg. In principe wordt geen onderscheid des persoons gemaakt voor de volgorde van medische behandelingen; de prioritering geschiedt op basis van medische argumenten. Wanneer geen sprake is van de noodzaak tot direct geneeskundig handelen kan hulpverlening aan operationeel ingezet personeel en andere taken gericht op bevordering en instandhouding van de inzetbaarheid, voorrang krijgen boven elke andere taak van de militaire gezondheidszorg.

4.4. Informatie-uitwisseling binnen het systeem. Alle facetten van zorg worden in samenhang en continu verleend. Voor een goede zorgverlening aan de militair moet de militair arts over één gegevensbestand beschikken met alle gegevens die van belang zijn voor beoordeling, handhaving, bevordering en zo nodig herstel van gezondheid en de inzetbaarheid.

4.5. Daar waar de veiligheid, i.c. de inzetbaarheid en de gezondheid, van het individu, de groep of derden in het geding is, kan binnen de eerstelijns militaire gezondheidszorg zonder expliciete toestemming van de militair door de eigen militair arts gebruik worden gemaakt van curatieve gegevens én gegevens over de belastbaarheid van een militair.

4.6. Verzekeringsgeneeskunde is gericht op het beoordelen van aanspraken gebaseerd op wet- en regelgeving; informatie ten behoeve van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling mag alleen worden verstrekt door de curatieve / bedrijfsgeneeskundige sector met toestemming van de betreffende patiënt. Binnen Defensie zijn de inspanningen primair gericht op het reintegreren van werknemers in hun eigen functie of, als dit niet mogelijk is, een andere militaire functie of ultimo een andere burgerfunctie.

4.7. Informatieverstrekking aan derden. De militair geneeskundige diensten leveren de zorg die nodig is om een goede gezondheid te waarborgen en om de operationele taken van de krijgsmacht uit te voeren. De zorg voor de individuele militair omvat behandeling en begeleiding met bijzondere aandacht voor de belastende omstandigheden die met de functie als militair samenhangen. De zorgverlener is gehouden om zo nodig de operationele leiding te informeren over de medisch-functionele beperkingen van het personeel. De zorgverlener verstrekt in dat kader informatie over individuele functionele beperkingen van de inzetbaarheid aan de commandant als daardoor kan worden vermeden dat risico ontstaat voor de veiligheid en / of gezondheid van de militair zelf of de eenheid waartoe deze behoort. Daarbij mag hij geen mededelingen doen over de aard van de aandoening of de ingestelde therapie. Voorafgaand aan zijn / haar indiensttreding zal de militair expliciet worden geïnformeerd over de bijzondere voorwaarden en verplichtingen van dit zorgsysteem.

4.8. Eenheid van Doctrine. In toenemende mate is sprake van intensieve samenwerking op geneeskundig gebied tussen defensieonderdelen en tussen krijgsmachten. De zorgketen strekt zich bovendien uit over meerdere defensieonderdelen. Medische procedures en werkwijzen zullen voor de gehele krijgsmacht zo veel als mogelijk is uniform zijn (unité de doctrine) teneinde de continuïteit en de kwaliteit van de zorg (door meerdere zorgverleners) te optimaliseren.

5. Het operationeel geneeskundig zorgconcept.

5.1. NATO AJP-4.10 is van toepassing op de operationeel-geneeskundige zorg.

5.2. Voorbereiding en Planning. Voor een operationele inzet zal een risico-analyse, onder verantwoordelijkheid van de CDS mét inbreng van de DMG, mede gericht op het aspect gezondheidszorg worden uitgevoerd, gericht op de voorgenomen missie. Bij een verkenning zal medische inbreng, mede t.b.v. beoordeling van Hygiëne en Preventieve Gezondheidszorg (HPG) worden gewaarborgd.

5.3. Samenstelling van eenheden. Militair geneeskundige eenheden moeten onder uiteenlopende omstandigheden en voor verschillende taken kunnen worden ingezet. De omvang en samenstelling van uitgezonden (c.q. uitzendbare) eenheden is gebaseerd op een risicoanalyse, tijdruimte factoren in het inzetgebied en, indien van toepassing verliesverwachtingen. Deze zullen per operatie verschillen. Voor planningsdoeleinden zijn algemene cijfers weergegeven in bijlage 2. Voor incidenten met bijzondere infectieziekten zijn outbreak response teams verantwoordelijk voor de medische aspecten van de beheersing hiervan.

5.4. Taken. Het militair geneeskundig systeem is toegerust om onder operationele omstandigheden een kwalitatief adequate behandeling van eventueel grote aantallen gewonden en zieken mogelijk te maken alsmede op het verrichten van preventieve gezondheidszorg. Hiertoe participeren stafartsen c.q. medische planners op alle niveau's in het operationele plannings- (en behoeftestellingen) proces.

5.5. Echelonnering en vervoer. De zorg voor gewonden en zieken verloopt minimaal conform het gestelde in NATO MC 326 en AJP 4-10. De zorg is veelal geecheloneerd. Bij hogere echelons ('roles') is sprake van een opschaling van de medische behandelmogelijkheden. Het is niet noodzakelijk en soms ongewenst dat alle behandel niveaus in de afvoerketen dwingend worden doorlopen. Bovendien bestaat de mogelijkheid om, wanneer de omstandigheden dit toelaten, gespecialiseerde zorg naar de patiënt (op de plaats van ongeval of onwel worden) te brengen. De wijze en mate van echelonnering is afhankelijk van het soort operatie en de

beschikbare middelen en mogelijkheden. Het streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van de zorg staat daarbij voorop. Voor criteria over minimale streefwaarden wordt verwezen naar bijlage 2.

5.6. Geneeskundige transportmiddelen. Voor de operationele taakuitvoering dienen ten behoeve van de militaire organisatie voldoende middelen voor patiënten vervoer aanwezig te (kunnen) zijn, die zich - de operationele omstandigheden waaronder zij moeten worden gebruikt in aanmerking nemend - kunnen spiegelen aan de civiele normen en regelgeving. Voor het zekerstellen van tijdige adequate zorg aan patiënten moet naast dedicated grondtransport ook geneeskundig luchttransport met geëigende uitrusting en hiertoe bekwaamd geneeskundig personeel direct beschikbaar te zijn.

5.7. Internationale samenwerking. Uitzendingen worden veelal niet alleen gekenmerkt door samenwerking tussen defensieonderdelen ('joint opereren') maar ook door gezamenlijk optreden van krijgsmachten ('combined opereren'). Vooraf zal afstemming plaatsvinden door DS met DMG over de te hanteren kwaliteitseisen. Onverlet de mogelijkheden van internationale samenwerking blijft de verantwoordelijkheid voor het leveren van adequate gezondheidszorg een nationale aangelegenheid ('shared responsibility').

5.8. Role 3. Voor langdurige inzet van Role 3 eenheden dan wel in geval van de noodzaak van inzet van meer Role 3 eenheden wordt internationale samenwerking nagestreefd. De inzet is nader uiteengezet in bijlage 2.

5.9. Role 4. Voor de eindbehandeling van ingezette militairen, alsmede voor de waarborging van voldoende specialistische expertise dient, door of vanwege Defensie, te worden beschikt over de in Nederland gebruikelijke geneeskundige klinische specialismen, inclusief revalidatiegeneeskunde. Het militair geneeskundig systeem voorziet in eigen prompte opvangcapaciteit voor gerepatrieerde gewonde of zieke militairen in Nederland. Bij grootschalige opvang in Nederland biedt het Calamiteitenhospitaal een eigen opvangfunctie. Daarna zullen militaire patiënten zonodig worden gehospitaliseerd in militaire of civiele ziekeninrichtingen.

5.10. Reservevoorraden. Militair personeel kan worden opgedragen taken uit te voeren die grote persoonlijke risico's met zich meebrengen. Er moet worden gestreefd naar een maximale veiligheid voor dit personeel. Dit kan betekenen dat bij een onvoorziene schaarste aan geneeskundige goederen de operationele commandant, gehoord het advies van zijn stafarts, een zo klein mogelijke voorraad van geneeskundige goederen reserveert voor het eigen personeel (i.c. niet beschikbaar stelt voor derden). De stafarts van de eenheden treffen zonodig al in een vroeg stadium maatregelen tot beperking van de uitgifte van genees- en verbandmiddelen.

5.11. Voortzettingsvermogen. Geneeskundige inrichtingen moeten in staat zijn cf. richtlijnen welke gelden voor de ondersteunde operationele eenheid zonder herbevoorrading en / of personele aanvulling zelfstandig te functioneren.

5.12. Nazorg. De militaire gezondheidszorg is erop gericht om nazorg aan uitgezonden militairen zo optimaal mogelijk te kunnen laten verlopen in samenhang met andere zorgdisciplines binnen en buiten Defensie.

5.13. Nadere richtlijnen. Nadere richtlijnen voor de gezondheidszorg onder operationele omstandigheden worden gegeven in een CDS-aanwijzing ter zake en een operationeel geneeskundig beleidskader van de DMG.

6. Kaders voor Humanitaire hulpverlening.

6.1. Het Geneeskundig Stelsel kan op aanwijzing van de Minister ook worden ingezet voor hulpverlening onder operationele omstandigheden aan anderen dan militairen (i.c. vluchtelingen en/of de lokale bevolking bij humanitaire hulpverlening). Dit geschiedt in beginsel met de ten behoeve van militaire inzet beschikbare personele en materiële middelen.

6.2. Wanneer civiele hulpverlening ontoereikend is kan op aanwijzing van de Minister meer gerichte humanitaire hulp worden geboden. Deze hulp kan een geneeskundige component hebben. De hulpverlening richt zich op leniging van de meest dringende nood in de acute fase van een noodsituatie. Zonodig worden uit de staande organisatie, door de zorg van de CDS, eventueel na een gerichte verkenning, noodhulpeenheden geformeerd waarbij rekening wordt gehouden met de voor de betreffende inzet vereiste kennis en uitrusting. Een en ander wordt nader uitgewerkt in CDS- en DMG aanwijzingen ter zake.

6.3. Uitgangspunt is dat in geval van geneeskundige humanitaire hulpverlening aansluiting wordt gezocht bij civiele hulpverleningsorganisaties (Internationale Rode Kruis, NGO's) en in afstemming met lokale, nationale en internationale autoriteiten. In beginsel zet Defensie haar middelen in wanneer civiele mogelijkheden uitgeput of afwezig zijn. Het streven is gericht op een bijdrage met een interdepartementaal karakter. Indien wordt overgegaan tot humanitaire hulpverlening en noodhulp dient primair de aanwezige lokale gezondheidszorgvoorzieningen te worden ondersteund. Het zorgniveau aan de lokale bevolking sluit in principe aan bij de lokale standaard.

7. Kaders voor civiel-militaire samenwerking.

7.1. De militaire gezondheidszorg bevordert de afstemming met de civiele sector, in het bijzonder inzake de voorbereiding op rampen op het grondgebied van het Koninkrijk. De militaire gezondheidszorg kan worden ingezet bij civiele steunverlening in Nederland. Waar mogelijk dient derhalve interoperabiliteit met civiele middelen en procedures te worden nagestreefd. Interoperabiliteit en Standaardisatie met NAVO-partners hebben evenwel prioriteit.

7.2. In principe wordt gebruik gemaakt van organieke middelen. Deze middelen worden beschikbaar gesteld voor zover zij niet benodigd zijn voor de overige taken van de krijgsmacht.

Personeel.

8. Kaders voor de kwaliteiten van het personeel.

8.1. Voor de uitvoering van haar taken beschikt het gezondheidszorgsysteem van de krijgsmacht over geneeskundig en hulppersoneel dat bij de taakuitvoering tenminste voldoet aan de in Nederland gestelde wettelijke eisen.

8.2. Profiel. Militair geneeskundig personeel dient op een breed terrein kundig en vaardig te zijn. Naast voldoende kennis op het gebied van de curatieve zorg dient dit personeel te beschikken over de vereiste kennis en vaardigheden op het gebied van de algemene gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg. De beroepsgroepen van militaire artsen en militaire verpleegkundigen beschikken over een door de DMG goedgekeurd eigen beroepsprofiel.

8.3. Functies. De krijgsmacht beschikt in eigen beheer over artsen, tandartsen, verpleegkundigen en apothekers alsmede paramedisch en ondersteunend personeel. T.b.v. de Role 2-3 eenheden wordt minimaal beschikt over chirurgen, anesthesisten en gespecialiseerd ondersteunend personeel voor de operatiekamers. In sommige gevallen zal een beroep gedaan moeten kunnen worden op meer gespecialiseerde expertise, bijvoorbeeld t.b.v. een Role 3 eenheid of voor noodhulp en humanitaire hulpverlening.

8.4. T.b.v. de zorg- en opvangfunctie in Nederland (Role 4) wordt in eigen beheer beschikt over de voor een kleine perifere kliniek gebruikelijke specialismen. Voor een deel van de zorg kan gebruik worden gemaakt van het samenwerkingsverband met het Universitair Medisch Centrum Utrecht en van een aantal civiele ziekenhuizen waarmee Defensie ter zake een relatie heeft gelegd.

8.5. Niet zelfstandig bevoegd personeel. Het is voorzienbaar dat onder operationele omstandigheden medisch-onbevoegd personeel geneeskundige handelingen moet verrichten wanneer zij geconfronteerd worden met personen die dringend medische hulp nodig hebben wanneer regulier medisch personeel niet tijdig of in onvoldoende mate beschikbaar is. Alhoewel cf. de wet een ieder is gehouden tot het geven van noodhulp betreft dit m.n. ook geneeskundig hulppersoneel en geïsoleerd optredende militairen. Dit geldt in het bijzonder voor de 'medic' tijdens SF operaties. In noodomstandigheden kan het vereist zijn dat zij een aantal voorbehouden handelingen moeten verrichten zoals het aanleggen van een infuus. De inspanningen dienen er op gericht te zijn dat er voor het operationeel optreden een zorgstructuur beschikbaar is die primair is opgebouwd rond (functioneel) zelfstandig bevoegden. Niet zelfstandig bevoegden dienen, naar het oordeel van de stafarts van het Operationeel Commando wel bekwaam te zijn voor een aantal specifiek toe te wijzen geneeskundige handelingen. Er moet in worden voorzien dat dit personeel geregeld getoetst wordt en na een geneeskundige inzet verantwoording aflegt van dit handelen. Hiertoe worden door de zorgverleners separate regelingen getroffen en vastgelegd.

8.6. Sommige medische beroepsbeoefenaren kunnen in het kader van hun militaire functie worden belast met een breder takenpakket dan dat wat civiel voor die professie gebruikelijk is. Dit personeel kan worden belast met aanvullende militaire en geneeskundige taken, bijvoorbeeld op het gebied van preventieve zorg.

8.7. Professionele autonomie. Hulpverleners zijn gehouden aan hun eigen professionele standaard. Zij verrichten geen individugebonden medische handelingen die zij voor zichzelf in het kader van hun beroepsuitoefening niet kunnen verantwoorden.

8.8. Formatiebeheer. Formatiebeheer is een lijnverantwoordelijkheid binnen de defensieonderdelen. De DMG adviseert inzake geneeskundig kwalitatieve aspecten.

9. Kaders voor Opleidingen.

9.1. Civiel-plus. Uitgangspunt is dat zorg wordt verleend door personeel met de wettelijke kwalificaties (arts, verpleegkundige, verzorgende) met aanvullende opleiding en training op het gebied van kennis en vaardigheden inzake de militaire gezondheidszorg. Dit personeel dient aantoonbaar de vereiste kennis en vaardigheid te onderhouden. De vereiste kennis, vaardigheden en attitude zijn vastgelegd in een beroepsprofielen. Zij worden intern Defensie vastgelegd in opleidingseindoelen en functiebeschrijvingen.

9.2. Militaire vaardigheden. Naast (militair-) geneeskundige vaardigheden dient het militair personeel van de geneeskundige diensten uit de aard der zaak opgeleid en getraind te zijn als militair en, afhankelijk van de functie, te beschikken over managementkwaliteiten. Kennis van en bekendheid met het militaire bedrijf is essentieel.

9.3. Specifieke operationeel-geneeskundige vaardigheden. Naast algemeen geneeskundige vaardigheden, algemeen militair-geneeskundige vaardigheden en algemene militaire vaardigheden zijn voor de Operationele Commando's aanvullende militair-geneeskundige en militaire vaardigheden vereist gericht op de bijzonderheden van het maritieme c.q. grond- of luchtgebonden optreden.

9.4. Gelet op de mogelijkheid van joint optreden dienen Operationele Commando's zoveel als mogelijk is interoperabel te zijn. Dit betekent zoveel mogelijk gelijkvormigheid in opleiding en training waardoor patiëntenzorg en logistieke aansturing worden vereenvoudigd en waardoor in noodgevallen wederzijdse ondersteuning, evt. na een aanvullende opleiding of training, door personeel van andere defensieonderdelen mogelijk wordt gemaakt.

9.5. Geneeskundig personeel kan, zondig met aanvullende opleiding en training en onder nader aan te geven voorwaarden ook worden tewerkgesteld bij buitenlandse c.q. multinationale geneeskundige eenheden.

9.6. Protocollair. Gelet op het feit dat militair geneeskundig personeel onder zeer moeilijke omstandigheden grote aantallen patiënten moet kunnen behandelen, waarbij deze hulpverlening meerdere echelons doorloopt en waarbij multidisciplinaire samenwerking essentieel is ligt bij de opleiding een sterk accent op protocollen en drills.

9.7. Geneeskundig hulppersoneel en individuele militairen die onder omstandigheden belast kunnen worden met het verrichten van geneeskundige handelingen worden zodanig opgeleid en getraind in deze handelingen dat dit personeel in noodomstandigheden geacht mag worden adequate zorg te verlenen.

9.8. Uitvoering. Initiële militair geneeskundige opleiding geschiedt door of vanwege het Instituut Defensie Geneeskundige Opleidingen. Het onderhoud van kennis en vaardigheid is een eigen verantwoordelijkheid van de betreffende beroepsbeoefenaar binnen de aanwijzingen van de DMG en de uitvoeringsaanwijzingen van de betreffende stafarts c.q. de C BGGZ voor het hun onder bevel staand personeel.

9.9. De commandanten van de Operationele Commando's en de Commandant van het CDC dragen ervoor zorg dat het personeel belast met gezondheidszorg en personeel met een geneeskundige neventaak in de gelegenheid is om de vereiste nascholing te volgen. De commandanten van de operationele commando's verzekeren zich van bekwaamheid in Zelfhulp en Kameradenhulp van het bij hen in beheer gesteld militair personeel.

9.10. Nadere richtlijnen. De minimale opleidings- en trainingseisen voor militair geneeskundig personeel worden nader vastgelegd in een Beleidskader Opleidingen Militaire Gezondheidszorg.

Informatievoorziening en - beheer.

10. Kaders voor Informatievoorziening en - beheer.

10.1. Beschikbaarheid. Een goede informatievoorziening is van bijzonder belang in de gezondheidszorg. Steeds meer is sprake van multidisciplinaire samenwerking, ketenbehandeling, tewerkstelling van militairen bij andere onderdelen en Defensieonderdelen. Overplaatsingen van zowel de patiënt als de arts leggen verder een extra accent op de noodzaak van het borgen van continuïteit van de zorg. De zorgverleners zijn verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van de vereiste informatie, de zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van de vereiste middelen. Op alle locaties ook bij uitzendingen, dient de militair arts te kunnen beschikken over een medisch dossier waarin alle relevante gegevens samenkomen. Wanneer een militair geneeskundige hulp heeft gekregen in de civiele sector zorgt de militair arts voor het invoeren van relevante medische gegevens in het militaire dossier.

10.2. Managementinformatie. Op beheers- en beleidsniveau dient managementinformatie te kunnen worden gegenereerd. Hierbij is aansluiting met personeels- en materieelsystemen vereist. T.b.v. staven mogen geaggregeerde medische gegevens niet herleidbaar zijn tot individuele Defensiemedewerkers. Management informatie over de gehele krijgsmacht en delen daarvan dient door daartoe bevoegden gericht te kunnen worden opgevraagd.

10.3. Door de zorg van de stafartsen van de Operationele Commando's en de commandant van de BGGZ (inzake de onder hem ressorterende instellingen) worden kerngegevens over de gezondheidstoestand van de militaire populatie alsmede de toestand van het gezondheidszorgsysteem periodiek volgens een vast format managementinformatie gerapporteerd aan de Commandanten van de Operationele Commando's resp. C CDC. Deze informatie wordt tevens gerapporteerd aan de DMG. De DMG informeert de ambtelijke leiding van het departement ter zake. Dit laat onverlet de rapportageverplichting van de Commandanten van de Operationele Commando's en C CDC. Gegevens over de gezondheidszorg inzake uitgezonden eenheden worden volgens een vast format gerapporteerd door de zorg van de Senior Medical Officer en de stafarts van het coördinerend Operationeel Commando aan de CDS en aan de DMG.

10.4. Beheer. Teneinde de informatiebehoefte en het beheer zeker te stellen beschikt de gehele krijgsmacht over één Geneeskundig Informatievoorzieningsplan en één Informatie Systeem voor de Gezondheidszorg met één centrale database. Geneeskundig gegevensbeheer geschiedt op éénduidige wijze. Hierbij wordt de relevante wet- en regelgeving gevolgd. Bijzondere eisen worden daarbij gesteld aan de (beperking van de) toegankelijkheid van de medische gegevens.

10.5. Nadere richtlijnen. Nadere richtlijnen worden vastgelegd in een visie geneeskundige informatievoorziening. Een informatiseringsplan wordt opgesteld door de ter zake verantwoordelijken.

Financiën.

11. Kaders voor Financiën, Planning en Control.

11.1. De middelen (PIOFAH) t.b.v. de taken betreffende de militaire gezondheidszorg zijn verspreid over de defensieonderdelen. De budgetten kunnen zijn ondergebracht bij de behoeftezoekers (de defensieonderdelen) of bij de uitvoerende eenheden. Teneinde te waarborgen dat de middelen aanwezig en op elkaar afgestemd zijn worden zij in de reguliere plan- en begrotingscyclus van Defensie opgenomen, waarbij de DMG een stem heeft als adviseur van de CDS als Corporate Planner.

11.2. De rol van de verzekeraar is binnen het gezondheidszorgsysteem van de krijgsmacht gericht op de financiële afhandeling van de curatieve zorg. De zorgverzekeraar toetst de gedeclareerde verstrekking aan het verstrekkingspakket.

11.3. De omvang van de productie van de bedrijfsgroep gezondheidszorg van het CDC wordt in relatie tot de beschikbare middelen afgestemd met de behoeftezoekers in een klantenraad.

11.4. De militaire gezondheidszorg dient doeltreffend te zijn. Daarnaast wordt een afweging gemaakt tussen de te bereiken doeltreffendheid en de redelijkheid van de daarvoor te maken kosten.

Aanschaffingen en Logistiek.

12. Kaders voor de Logistiek.

12.1. Keten. De logistiek van geneeskundige goederen volgt het algemeen logistiek beleid van de krijgsmacht. Bijzondere aandacht is daarbij vereist voor kwaliteitsborging van het systeem. In het gehele geneeskundig logistieke systeem, van fabrikant tot gebruiker is sprake van veel schijven en verantwoordelijke functionarissen die hiërarchisch geen verantwoordelijkheid schuldig zijn aan éénzelfde functionaris. De keten kan meerdere operationele commando's en het CDC doorlopen terwijl ook gebruik kan worden gemaakt van civiele partners of van andere krijgsmachten. Derhalve dient, bijzondere omstandigheden in aanmerking nemend, speciale aandacht gegeven te worden aan het zekerstellen van de continuïteit van de keten door goede onderlinge afspraken over levertermijnen en vereiste kwaliteit.

12.2. Interoperabiliteit. Bij de samenstelling van materieel wordt rekening gehouden met inzet onder operationele omstandigheden. Gelet op de mogelijkheid van uitwisseling van personeel tussen de krijgsmachtdelen en krijgsmachten is interoperabiliteit een voorwaarde en wordt waar mogelijk standaardisatie doorgevoerd. Waar mogelijk wordt standaardisatie met de civiele sector nagestreefd. Standaardisatie conform NAVO STANAGS heeft evenwel prioriteit.

12.3. Geneeskundige Goederen. Geneeskundige goederen worden aangeschaft en geleverd door of vanwege het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum. Hierbij wordt gestreefd naar een voor de krijgsmacht zo uniform mogelijke catalogus. Daarbij wordt rekening gehouden met specifieke behoeften welke voortvloeien uit de bijzondere wijze van optreden van de onderscheiden krijgsmachtdelen.

12.4. De Hoofddirecteur Personeel stelt, in overleg met de DMG en gehoord hebbende andere belanghebbenden, de omvang van het verstrekkingen- en voorzieningenpakket vast.

12.5. T.a.v. farmaceutische artikelen wordt het Uitvoeringsvoorschrift van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening toegepast, "Richtsnoer voor Goede Distributiepraktijken".

12.6. Nadere logistieke richtlijnen voor de militaire gezondheidszorg zijn vastgelegd in een Beleidskader Militaire Gezondheidszorg Logistiek.

Huisvesting.

13. Kaders voor geneeskundige infrastructuur.

13.1. Inrichtingseisen van geneeskundige installaties voldoen aan wet- en regelgeving. Onder operationele omstandigheden kan hier op nader aan te geven wijze van afgeweken worden. In dit kader is ook het Arbeidsomstandighedenbesluit Defensie van overeenkomstige toepassing.

13.2. Cf. de Conventies van Genève kunnen operationeel geneeskundige installaties en transportmiddelen worden gemarkeerd met emblemen (Rode Kruis, Rode Halve Maan, Rode Ruit). De beslissing tot markering c.q. camouflage komt toe aan de operationele commandant te velde / op zee. Zonder markering vervalt de aanspraak op bijzondere bescherming in het kader van genoemde Conventies.

Kwaliteitsborging.

14. Kaders voor de Kwaliteitsborging.

14.1. Het militair geneeskundig systeem dient te beschikken over integrale kwaliteitsborgingsystemen. Dit behelst onder meer het zo efficiënt én effectief mogelijk inrichten van een systeem dat is toegespitst op taken en verwachtingen, zorg draagt voor goede communicatie middels onder meer functionele richtlijnen en aanwijzingen en dat toetsbaar is. Het zekerstellen van kwaliteit is een lijnverantwoordelijkheid.

14.2. Voor de militaire gezondheidszorg gelden een aantal kwaliteitstoetsingscriteria die voortvloeien uit de grondslagen en de hoofdlijnen en de professionele normen en waarden van de betreffende beroepsgroep. Verder wordt gebruik gemaakt van de managementrapportages als beschreven in punt 10.3, de kwaliteitsjaarverslagen van de gezondheidszorgdeelsystemen (zie punt 14.5), de rapportages van de Inspecteur Militaire Gezondheidszorg en de jaarverslagen Arbo-dienstverlening, productie-overzichten van de Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht en de defense planningsdocumenten.

14.3. Naast evaluatie van gegevens uit het gezondheidszorgsysteem zelf wordt periodiek getoetst of het systeem moet worden aangepast op basis van ontwikkelingen in gezondheid en gezondheidszorg in Nederland. Aandachtsvelden zijn daarbij niet alleen de ontwikkeling van medische kennis en technieken, maar ook de uitwerking van ethische discussies, demografische ontwikkelingen, waaronder wijzigingen in het voorkomen van aandoeningen en verwachtingspatronen. Ook de arbeidsmarkt moet worden gevolgd (de beschikbaarheid van medisch personeel, de ontwikkeling van beroepsprofielen en functiecategorieën. Tenslotte kunnen financiële kaders van invloed zijn op de vormgeving van de zorg.

14.4. De kwaliteit van de militaire gezondheidszorg wordt onder meer bevorderd door het stimuleren en (doen) uitvoeren van gericht wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de gezondheidszorg en verwante functiegebieden. Het wetenschappelijk onderzoek richt zich met name op de invulling van lacunes in kennis die vereist is door de bijzondere omstandigheden waaronder de krijgsmacht en haar personeel moet kunnen functioneren. Het beleid inzake het wetenschappelijk onderzoek voor de militaire gezondheidszorg wordt vastgelegd in een geneeskundig wetenschappelijk deelplan. Deze dient als inbreng in het beleidsplan van de Defensie R&D organisatie.

14.5. In het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen worden de volgende deelsystemen in de militaire gezondheidszorg onderkend:

- a. het gezondheidszorgsysteem van het Commando Zeestrijdkrachten;
- b. het gezondheidszorgsysteem van het Commando Landstrijdkrachten;
- c. het gezondheidszorgsysteem van het Commando Luchstrijdkrachten;
- d. het Centraal Militair Hospitaal;
- e. het Militair Revalidatie Centrum;
- f. de dienst Militaire Geestelijke Gezondheidszorg.

14.6. De hierboven genoemde deelsystemen zijn toegerust op het leveren van zorg aan alle aan dat systeem voor gezondheidszorg toevertrouwde personen, ongeacht status en /of hij of zij behoort tot de Koninklijke Marine, de Koninklijke Landmacht, de Koninklijke Luchtmacht of de Koninklijke Marechaussee. Hierbij worden eveneens eisen gesteld aan de geneeskundige activiteiten die plaatsvinden bij de Arbo-dienstverleningsorganisatie van de krijgsmacht.

14.7. In relatie tot de Kwaliteitswet Zorginstellingen is de Minister van Defensie zorgaanbieder. Ten behoeve van onder meer het gestelde in 14.5, 14.6. en 14.9 en 14.10. zijn de volgende functionarissen (vanwege de PIOFAH-verantwoordelijkheid over de hun onderhebbende gezondheidszorginstellingen) belast met de uitvoering van het Zorgaanbiederschap:

- a. de commandant Zeestrijdkrachten;
- b. de commandant Landstrijdkrachten;
- c. de commandant Luchstrijdkrachten;
- d. de commandant Dienstencentra.

Deze taak mag bij de operationele commando's niet worden doorgedelegeerd en bij het CDC niet lager dan C-BGGZ.

14.8. De uitvoering van de militaire gezondheidszorg voor de Koninklijke Marechaussee, het Commando Diensten Centra, de Defensie Materieel Organisatie en de Bestuursstaf berust bij de operationele commando's. De leiding van KMAR, CDC, DMO en BS bepalen in afstemming met de operationele commando's de verdeling van de zorg door de geneeskundige diensten van de operationele commando's.

14.9. C CDC ziet toe op de beschikbaarheid voor adequate uitvoering van de aannamekeuring bij het Dienstencentrum medische keuringen van de bedrijfsgroep Personele Diensten, alsmede op een efficiënte bedrijfsvoering. De kwaliteit van de aanstellingskeuring voldoet aan de eisen voor certificering van de Arbodienstverlening Defensie en de terzake gegeven kaders van de DMG.

14.10. De Commandant van het Militair Tehuis Bronbeek treft maatregelen voor een verantwoorde gezondheidszorg binnen zijn instelling en voor de bewoners. Hij stelt de DMG in kennis van de inrichting van die zorg.

14.11. De Commandanten van Zee-, Land- en Luchstrijdkrachten en de commandanten van de gezondheidszorginstellingen van de bedrijfsgroep gezondheidszorg leggen jaarlijks in het kader van de genoemde Kwaliteitswet Zorginstellingen verantwoording af in een kwaliteitsjaarverslag voor het door hen

gevoerde kwaliteitsbeleid aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg en aan de Inspecteur Militaire Gezondheidszorg en de Minister van Defensie door tussenkomst van de CDS en de DMG. De Commandanten van de Operationele Commando's betrekken hierbij tevens de zorg verleend aan defensiepersoneel van andere defensieonderdelen.

Instrumenten.

15.1. Conform het gestelde in de hoofdlijnen voor de militaire gezondheidszorg stellen naast de in deze systeemeisen genoemde rapportages de operationele commando's en het CDC de eisen en deelplannen op die (mede) gebaseerd zijn op de Grondslagen, Hoofdlijnen en deze Systeemeisen.

15.2. Rekening houdende met de aangegeven bevoegdheidsverdeling geldt het Afstemmingsoverleg Militaire Gezondheidszorg als afstemmingscollege van de militaire Gezondheidszorg.

—

Bijlage 1, behorende bij de systeemeisen voor de militaire gezondheidszorg.

Indeling in Roles conform NATO AJP 4-10.

Medical Treatment Facilities (MTFs)

1. MTFs should, where appropriate, be as mobile and robust as the units they need to support, within the time related constraints of medical care and the provision of medical evacuation assets. An integral part of the definitions of capabilities is the determination of its output. A medically qualified doctor will provide supervised care at every Role. This planning factor will however be addressed in AJP 4.10.1, Medical Planning. Furthermore, the MTFs should be described by their capability and capacity as detailed in AMedP-16.

Role 1 MTF

2. The Role 1 MTF provides primary health care, specialised first aid, triage, resuscitation and stabilisation. Generally Role 1 medical support is ultimately a national responsibility and it must be readily and easily available to all force personnel.

3. Included within the basic Role 1 capabilities are: basic occupational and preventative medical advice to the chain of command, routine sick call and the management of minor sick and injured personnel for immediate return to duty, as well as casualty collection from the point of wounding and preparation of casualties for evacuation to the higher level MTF.

4. Whenever a national contingent is unable to meet these criteria an increase in capability or medical support from another contingent's medical resources should be negotiated.

5. In accordance with the mission, Role 1 medical capabilities may include the following:

- a. Minimal patient holding capacity.
- b. Primary dental care.
- c. Basic laboratory testing.
- d. Initial stress management.

Role 2 MTF

6. MC 326/2 significantly recognised the clinical enhancement at Role 2 and defined Role 2 as: "A Role 2 MTF is a structure capable of the reception and triage of casualties, as well as being able to perform resuscitation and treatment of shock to a higher level than Role 1. It will routinely include DCS and may include a limited holding facility for the short term holding of casualties until they can be returned to duty or evacuated". It may be enhanced to provide basic secondary care including primary surgery, ITU and nursed beds.

7. The deployment of Role 2 MTFs is mission-dependent, especially when:

- a. There are large numbers of personnel or a risk of high numbers of casualties.
- b. Geographic, topographic, climatic or operational factors may limit medical evacuation capability to Role 3 to comply with treatment timelines, especially when lines of communication are extended.
- c. The size and/or distribution of the force does not warrant the deployment of a full Role 3 capability.

8. It is in light of this mission dependency and the need to ensure quality of outcome in the most efficient and effective manner that NATO countries felt the need to increase the clinical capability of their Role 2 MTFs. Therefore Role 2 MTFs are now classified into Role 2 Light Manoeuvre and Role 2 Enhanced.

Role 2 Light Manoeuvre (2LM)

9. Role 2LM MTFs are light, highly mobile MTFs to support component formations (normally brigade equivalent level). Normally these are only used for initial crisis or warfighting deployments. These MTFs act as a focal point for Role 1 MTFs in the formation, but may be bypassed if situation and resources allow. A Role 2LM MTF is able to conduct triage and advanced resuscitation procedures up to DCS. It will usually evacuate its post surgical cases to Role 3 (or Role 2E) for stabilisation and possible primary surgery before evacuation to Role 4.

10. In addition to Role 1, Role 2LM will include:

- a. Specialist medical officer led resuscitation with the elements required to support it.
- b. Routinely DCS with post-operative care.
- c. Field Laboratory capability.
- d. Basic imaging capability.
- e. Reception, regulation and evacuation of patients.
- f. Limited holding capacity.

Role 2 Enhanced (2E)

11. Role 2 Enhanced (2E) MTFs are effectively small field hospital. They provide basic secondary health care, built around primary surgery, ICU and nursed beds. A Role 2E MTF is able to stabilise post-surgical cases for evacuation to Role 4 without needing to put them through a Role 3 MTF first. They have two principle uses:

- a. As a light mobile manoeuvre hospital in advance of Role 3.
- b. As a theatre or regional secondary health care hub mainly on stable operations where full capability Role 3 units are not justified. A Role 2E will normally replace both Role 2LM and full Role 3 units as an operation stabilises.

12. In addition to Role 2LM, Role 2E will include:

- a. Primary surgery.
- b. Surgical and medical intensive care capability.
- c. Nursed beds.
- d. Enhanced field laboratory including blood provision.
- e. Casualty decontamination facilities for Chemical Warfare (CW) and Biological Warfare (BW) casualties dependent on the operational risk assessment.

13. Role 2 may have additional capabilities such as:

- a. Preventive medicine and environmental health capability.
- b. Primary dental care.
- c. Operational stress management, psychiatry or psychology.
- d. Tele-medicine capability.
- e. Patient evacuation coordination capability.

Comparison between Role 2LM and Role 2E

	Op Environment Examples	Tactical Mobility	Clinical Capability	Position in Deployed System
Role 2LM	Potential high intensity combat, support to manoeuvre. Mainly land or amphibious ops	Highly mobile, quick to establish and redeploy	Advanced trauma care and specialist medical officer led resuscitation routinely including DCS	Will usually need to evacuate post-surgical cases to Role 3 (or Role 2E)
Role 2E	Potential low intensity combat: a. Manoeuvre, light forward hospital. b. Non-warfighting, manoeuvre limited. c. Enduring PSO. Land or maritime ops	Medium to low mobility, may be set up in fixed accommodation	Primary surgery, ICU and nursed ward beds	May be last MTF before strategic AE for post-surgical cases

Role 3 MTF

14. Role 3 MTFs are designed to provide theatre secondary health care within the restrictions of the Theatre Holding Policy. Role 3 medical support is deployed hospitalisation and the elements required to support it. It basically includes surgical at primary surgery level, ICU, nursed beds and diagnostic support. Depending on mission characteristics it includes a mission-tailored variety of clinical specialities, focussed on the provision of emergency medical care. This does not exclude nations to include other specialities as well.

15. In addition to beds, including surgical and medical intensive care capabilities, required for the seriously ill and injured, the holding capacity will be sufficient to allow diagnosis, treatment and holding of those patients who can receive adequate treatment and be returned to duty within the Joint Operations Area (JOA), dependent on the Theatre Holding Policy. Resupply of Role 2 facilities and either control of, or ready access to, patient evacuation assets are included within the minimum capability. It is important to note that the mobility of Role 3 facilities depends significantly on the operational scenario. Many need only to be deployable in order to be deployed into theatre and will not require subsequent redeployment. However, in a highly mobile conflict some will also require to be redeployable in order to be able to continue supporting the manoeuvring formations.

16. Role 3 MTFs can include mission tailored clinical specialities, of which the addition dependant on the need for medical/clinical assets to ensure emergency medical care, limit the repatriation of patients to Role 4 within the theatre holding policy and ensure adequate survivability during transport from Role 3 to 4. They can include

- a. Specialist surgery (neuro-surgery, maxillo-facial, burns, etc).
- b. Advanced and specialist diagnostic capabilities to support clinical specialists (CT scan, arthroscopy, sophisticated lab tests, etc).
- c. Major medical, nursing specialities (Internal medicine, neurology, intensive care, ophthalmology).

Role 4 MTF

17. A Role 4 MTF provides the full spectrum of definitive medical care that cannot be deployed to theatre or is too time consuming to be conducted there.

18. Role 4 would normally include definitive care specialist surgical and medical procedures, reconstructive surgery and rehabilitation.

19. This care is usually highly specialised, time consuming and normally provided in the casualty's country of origin or the home country of another Alliance member. In many member nations Role 4 care is provided for by military hospitals, but there are also models within the national (civilian) health care system.

Bijlage 2, behorende bij de systeemeisen voor de militaire gezondheidszorg.

Planmatige verliesverwachtingen en geneeskundige tijdslimieten.

1. Verliesverwachtingen.

1.1. Verliesverwachtingen zijn planmatige inschattingen van gewonden en zieken tijdens of als gevolg van militaire operaties en oefeningen. Dit cijfermateriaal kan uitsluitend worden gezien als één van de uitgangspunten voor de planning van de geneeskundige zorg voor een militaire operatie. De feitelijke inrichting van de gezondheidszorg voor een operatie geschiedt op basis van de totale analyse van alle aspecten van de desbetreffende operatie.

1.2. De verliesverwachtingen bij vredesoperaties worden bepaald op basis van inschattingen en ervaringscijfers. Voor Peace Enforcing (PE) en de Algemene VerdedigingsTaak (AVT) gelden de ACE dir 85-8, de AJP4-10.1 en de Bi-SC MMPG paper.

2. Tijdslimieten voor de militaire gezondheidszorg.

2.1. Binnen de militaire gezondheidszorg worden tijdslimieten gehanteerd. Zij vormen de basis voor de organisatorische inrichting met name bij landoptreden. Zij zijn gebaseerd op het optimaliseren van de kansen op herstel van slachtoffers. Bij de daadwerkelijke uitvoering kan het, gelet op de omstandigheden, onmogelijk zijn om hieraan steeds volledig tegemoet te komen. Met name voor maritieme en amfibische operaties, bij speciale operaties en bij individueel uitgezonden militairen kunnen de tijdruimte factoren zodanig zijn dat tijdslimieten niet haalbaar kunnen zijn. Er zal evenwel steeds naar worden gestreefd deze limieten zo goed mogelijk te benaderen. Afwijkingen van de norm zullen worden gecommuniceerd met de betrokken partijen.

2.2. De kwaliteit van de geneeskundige keten en de inrichting van de organisatie moeten ervoor zorgdragen dat de tijd tussen ziek- of onwel worden of het melden van een ongeval zo kort mogelijk is.

2.3. Tijdslimieten zijn primair gebaseerd op medische gronden. Gegeven dat de tijd tussen ziek worden c.q. gewond raken en melding zo kort mogelijk is gelden, vanaf het moment van melden, planmatig de volgende tijdslimieten:

- a. Door zelfhulp en kameradenhulp wordt direct bij een ongeval of een acute aandoening eerste hulp gegeven.
- b. Binnen 15 minuten wordt een aanvang gemaakt met de professionele hulpverlening, minimaal door geneeskundig personeel dat bevoegd en bekwaam is tot het stabiliseren van vitale lichaamsfuncties en het gereedmaken voor transport naar een geneeskundige installatie.
- c. De geneeskundige keten is zodanig ingericht dat acute en ernstige traumapatiënten tijdig geavanceerde (trauma)hulp kunnen krijgen, tenminste conform de (B)ATLS-norm. Hier volgt Nederland de tijdslijnen zoals aangegeven in de AJP4-10, zie aanhangsel 1.
- d. De geneeskundige keten is zodanig ingericht dat acute ernstig zieke patiënten zo spoedig mogelijk, doch binnen één uur hulp kunnen krijgen van tenminste een Algemeen Militair Arts.
- e. De geneeskundige keten is zodanig ingericht dat overige traumapatiënten en zieken binnen vier uur geavanceerde hulp door specialistisch geneeskundig personeel te kunnen krijgen.
- f. Tandheelkundige hulp zal bij alle operaties binnen ten minste 48 uur beschikbaar moeten zijn.
- g. Psychologische hulp zal bij alle operaties binnen tenminste 72 uur beschikbaar moeten zijn.
- h. De Algemeen Militair Verpleegkundige en de Algemeen Militair Arts dienen binnen 24 uur een militair specialist te kunnen consulteren.

2.4. De individueel uitgezonden militair dient in de preventieve sfeer optimaal te zijn voorbereid op de missie. Er dienen dusdanige regelingen te zijn getroffen, dat deze militairen voor hun niet spoedeisende curatieve zorg kunnen terugvallen op professionele geneeskundige hulp binnen zes uur.

2.5. Voor militaire eenheden dienen dusdanige regelingen te zijn getroffen, dat deze militairen voor hun curatieve zorg kunnen terugvallen op professionele geneeskundige hulp binnen zes uur. Voor acute situaties dient de militair binnen maximaal één uur terug te kunnen vallen op gespecialiseerde geavanceerde hulp in of nabij het inzetgebied.

2.6. De opvangcapaciteit, de verpleegcapaciteit en de maximale opnameduur van geneeskundige eenheden zijn afhankelijk van de aard van de ondersteunde operatie en de risico-inschatting. Deze parameters worden zoveel als mogelijk is voor de uitvoering van een operatie vastgesteld.

2.7. Patiënten die aanvullende zorg nodig hebben worden zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen drie dagen getransporteerd naar een meer gespecialiseerd c.q. eindhospitaal, tenzij dit medisch is gecontraïndiceerd. De overige patiënten worden zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen vijf dagen getransporteerd naar een meer gespecialiseerd c.q. eindhospitaal, tenzij dit medisch is gecontraïndiceerd. De verpleegcapaciteit is ingesteld op bovengenoemde termijnen.

2.8. Bij repatriëring van ernstig zieke of gewonde patiënten vindt opvang in principe plaats in het CMH /Calamiteitenhospitaal en wordt de patiënt medisch begeleid tot het bereiken van volledig herstel resp. het bereiken van een medische eindtoestand.

2.9. In Nederland kunnen in het Calamiteitenhospitaal initieel 100 patiënten worden gehospitaliseerd. Uitgaande van een spoedige uitplaatsing betekent dit dat na de tweede dag 50 patiënten per dag kunnen worden opgevangen. Voor het geval de capaciteit van het calamiteitenhospitaal volledig is benut (in verband met b.v. de noodzaak tot isolatie van patiënten of een groot aanbod) zal op andere wijze een bufferfunctie in Nederland of de direct omringende landen worden gecreëerd

2.10. Eigen tandheelkundige hulp is beschikbaar bij operationele inzet met eenheden op tenminste bataljonsniveau.

3. Kengetallen voor de situatie in Nederland.

3.1. In Nederland gelden de civiel gebruikelijke toegangs- en doorlooptijden met dien verstande dat een militaire patiënt, behoudens spoedgevallen, binnen één dag gezien moet kunnen worden door een militair arts, binnen twee dagen door een tandarts en binnen 14 dagen door een militair specialist.

Aanhangsel 1.

Tijdslimiet voor chirurgische hulp cf. AJP 4.10 (juni 2005).

Time-Related Constraints of Medical Care

In order to reduce the mortality or disability rate of casualties and the required period of hospitalisation, resuscitation and stabilisation should be initiated as soon as possible on the field, primarily within the first hour of trauma management, sometimes called “the golden hour.” A proportion of severely wounded casualties resuscitated will deteriorate or remain unstable. These casualties will require primary surgery as soon as possible. Where primary surgery can be provided forward the number of casualties saved can be increased, and the degree of disability can be minimised. The principal medical planning timeline for deployments should be to provide primary surgery for critically injured patients within one hour. However, when this is not feasible (determined by the operational planning process and operational and political risk management), the planning timelines may be extended to two hours for the provision of Damage Control Surgery (DCS)¹ and four hours for Primary Surgery².

¹ Damage Control Surgery: Emergency surgical procedures and treatment to stabilise casualties, in order to save life, limb or function, always conducted by surgical team. These procedures should be followed later by primary surgery.

² Primary Surgery: Primary surgery describes the surgery directed at repair of the local damage caused by wounding, rather than correcting the generalised effects.

(aantekeningen)

—