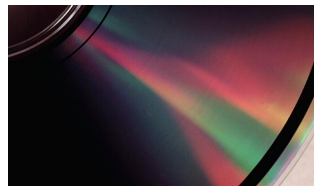


Nieuwsbrief Informatiebeleid

Nummer 3, oktober 2009



LBZ – DOT – ICD10 – Basisadministratie: Waar gaat het over?

In de ziekenhuissector leeft al geruime tijd het ideaalbeeld van de eenmalige vastlegging aan de bron van alle zorggerelateerde gegevens. Door de verwezenlijking hiervan zouden op efficiënte wijze meerdere interne en externe doelen kunnen worden gediend. De werkelijkheid is echter weerbarstig. Niet alleen is het inhoudelijk een lastig vraagstuk, de oplossingen moeten ook nog eens worden bedacht en ingevoerd in organisaties die tegelijkertijd met veel complexe veranderingen worden geconfronteerd.

Hier staat tegenover dat een tekortschietende basisadministratie en basisregistratie een ziekenhuis vrijwel zeker op achterstand zet. Bovendien heeft het als neveneffect dat de hieraan gerelateerde landelijke projecten (LBZ, DOT en ICD10) niet goed van de grond komen. Deze constatering bracht NVZ, NFU en DHD ertoe om op 26 mei 2009 een Invitational Conference te beleggen. Hiervoor waren zowel beleidsmakers, als ook praktijkdeskundigen uitgenodigd. Er waren vertegenwoordigers aanwezig van de ziekenhuizen (Raad van Bestuur, hoofden zorgadministratie, medisch specialisten), de brancheorganisaties NVZ en NFU, VWS, DBC-Onderhoud, CBS, CBV, projectleider 'uitrol ICD10', en DHD. Doel van de bijeenkomst was: kennis en inzichten delen en zoveel mogelijk van elkaar leren. De gedachtewisseling van deze Invitational Conference is in deze nieuwsbrief samengevat om een inzichtelijk totaalbeeld te schetsen van deze thema's.

Thema 1: Eenmalige vastlegging aan de bron

Er zijn verschillende redenen om het ideaalbeeld van een eenmalige gegevensvastlegging aan de bron na te streven. Het bevordert de eenduidigheid van de gegevensvastlegging. Het eenmalige karakter daarvan sti-

muleert de doelmatigheid van de vastlegging en helpt dus bij het terugdringen van de administratieve lasten. In een ziekenhuis vormt de patiënt de natuurlijke bron van alle basisgegevens. Velen zullen bij

“gegevensvastlegging aan de bron” echter primair denken aan de plaats waar de patiëntgebonden activiteit plaatsvindt.

Bepleit wordt om de basisadministratie op te bouwen vanuit de zorgdocumentatie. Daarbij staat voorop dat het zorgvuldig documenteren van de zorg (het patiëntendossier) primair is bedoeld om de continuïteit daarvan te (kunnen) garanderen. Ook bij de basisadministratie staat het belang van de patiënt dus centraal. Betreurd wordt dat de ziekenhuizen in de achterliggende jaren niet bewuster bezig zijn geweest met de vormgeving en inrichting van de zorgdocumentatie.

Colofon

De DHD Nieuwsbrief Informatiebeleid is een uitgave van stichting Dutch Hospital Data en is met name bedoeld voor Raden van Bestuur, Hoofden Zorgadministratie en HEAD's van de ziekenhuizen, aangesloten bij NFU en NVZ. Belangstellenden kunnen zich op deze Nieuwsbrief abonneren via de website van DHD: dutch.hospitaldata.eu. Of telefonisch via: 030- 2739521.

Stichting DHD is opgericht door de NVZ vereniging van ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) met als doel het beheer en onderhoud van verzamelingen van ziekenhuisgegevens, toezicht op relevante databanken die elders worden aangehouden en het bevorderen van een hoogwaardige informatievoorziening over de ziekenhuiszorg.



Het feit dat bij de behandeling van een individuele patiënt vele zorgprofessionals en afdelingen betrokken kunnen zijn, impliceert dat op vele plaatsen in het ziekenhuis zorggerelateerde gegevens worden vastgelegd. Illustratief in dit opzicht is het getoonde meervoudige matrixmodel (zie bijlage) dat handvatten biedt om per patiënt of patiëntengroep inzicht-

telijk te maken welke zorgprofessionals en afdelingen direct of indirect bij de behandeling zijn betrokken. In samenhang hiermee biedt dit model ook aanknopingspunten om af te spreken welke functionarissen/afdelingen welke gegevens vastleggen. Vast staat in ieder geval dat het inrichten van een deugdelijke basisadministratie altijd maatwerk vergt.



Thema 2: Basisadministratie en basisregistratie

De begrippen basisadministratie en basisregistratie worden nogal eens door elkaar gebruikt.

Bij **basisadministratie** gaat het vooral om het vastleggen en verwerken van gegevens op het niveau van de individuele patiënt. Ook zorgdocumentatie kan dus worden gezien als een vorm van basisadministratie, zij het dat deze vooral betrekking heeft op de inhoud van het individuele zorgproces. Het behoort daarom primair tot het werkterrein van de zorgprofessional.

Bij **basisregistratie** gaat het om een zodanige verzameling en ordening van basisgegevens dat deze bruikbaar worden voor besturingsdoelinden. Idealiter kunnen de gegevens voor de basisregistratie eenvoudigweg worden afgetapt uit de zorgdocumentatie / basisadministratie. In de praktijk komt het echter geregeld voor dat er voor specifieke doelinden aparte gegevensverzamelingen worden aangelegd die in administratief opzicht extra inspanningen vergen. Geen wonder dat het onderscheid tussen administratie en registratie in de praktijk niet altijd even duidelijk is.

De ervaring leert dat de basisadministratie complex is, maar in essentie ook heel eenvoudig. Feitelijk gaat het steeds om het vastleggen van de antwoorden op de volgende drie vragen:

- 1 *Wat heeft de patiënt (welke diagnoses worden gesteld)?*
- 2 *Wat doen we ermee (welke interventies en zorgactiviteiten vinden er plaats)?*
- 3 *Welke contacten heeft de patiënt (welke zorgprofessionals/afdelingen spelen een rol in het zorgproces)?*

Met betrekking tot de registratiedruk wordt over het algemeen geconstateerd dat er de afgelopen tijd te vaak en te veel wijzigingen zijn aangebracht in de gegevensset die verplicht verzameld en aangeleverd moet worden. Ook wordt het naast elkaar lopen van oude en nieuwe (in ontwikkeling zijnde) systemen als zeer belastend ervaren. Er is dringend behoefte aan meer stabiliteit van de registratie-eisen waaraan de ziekenhuizen moeten voldoen. Dus minder polderen, minder dubbel doen en meer duidelijkheid van bovenaf.

Feitelijk gaat het in de basisadministratie steeds om het vastleggen van de antwoorden op drie vragen:

- 1 *Wat heeft de patiënt (welke diagnoses worden gesteld)?*
- 2 *Wat doen we ermee (welke interventies en zorgactiviteiten vinden er plaats)?*
- 3 *Welke contacten heeft de patiënt (welke zorgprofessionals/afdelingen spelen een rol in het zorgproces)?*

Anderzijds leeft het besef dat een adequaat ingerichte basisadministratie en basisregistratie zeker ook voor het ziekenhuis zelf van grote betekenis is. Deze kan immers voor verschillende besturingsdoelinden van nut zijn, zoals kwaliteitsmanagement; veiligheidsmanagement; risicomangement; bepalen marktpositie; ontwikkeling zorgpaden en ketenzorg; berekenen kostprijzen; doelmatigheidsverbetering; verbeter-

ren patiëntenlogistiek. Een goede basisadministratie maakt het mogelijk om te weten waar je staat en wat je doet. Voor de besturing van de zorg is dat van groot belang. Echter: ook hier gaat de kost voor de baat uit.

Over de rol van medisch specialisten in de basisregistratie lopen de meningen uiteen. Enerzijds wordt het als een dure aangelegenheid gezien als specialisten veel tijd aan registratie moeten besteden. Specialisten besteden veel tijd aan zorgdocumentatie, daar horen dus op eenvoudige wijze (voor de specialist 'niet merkbaar') de gegevens voor de registratie uit gedestilleerd te worden. Waar dat niet eenvoudig kan c.q. niet eenvoudig gedaan wordt, komt de medische codeur in beeld. Bovendien zijn medisch codeurs/zorgadministrateurs hiervoor in het algemeen beter opgeleid. Anderzijds wordt onderkend dat medisch specialisten dicht bij de bron zitten, zeker waar het de diagnostiek betreft. Bovendien hebben met name de vrijgevestigde medisch specialisten ook een financieel belang bij een correcte registratie. Alle reden dus om daarbij ook betrokkenheid te hebben. Op dit moment worden in veel ziekenhuizen ook de DBC's door (of onder directe verantwoordelijkheid van) de specialist geregistreerd. Nog handiger is het als in plaats van de naam van de DBC de (vermoedelijke) diagnose door de specialist wordt vastgelegd. Vertrekpunt daarbij is uiteraard dat de ICT-voorzieningen hierop toegerust moeten zijn.

Met het oog op de voorziene situatie waarin de DBC's niet meer recht-

streeks worden geregistreerd, maar zullen worden afgeleid van de geregistreerde basisgegevens (diagnoses, verrichtingen en zorgactiviteiten), wordt geopperd dat een zekere taakverdeling tussen medisch specialisten en zorgadministrateurs wellicht de meeste kans van slagen heeft. In dat model registreren de medisch specialisten 'aan de poort' de meest voorkomende minder ingewikkelde diagnoses, terwijl de medisch codeurs / zorgadministrateurs later in het zorgproces aan de hand van de zorgdocumentatie de meer complexe diagnoses vastleggen. Overigens lijkt er overeen-



stemming over te bestaan dat voor de zorgadministratie de normale uitgangspunten voor administratieve organisatie (AO) en interne controle (IC) moeten gelden. Ook hierin heeft de zorgadministrateur een belangrijke rol te vervullen.

Onderkend wordt dat de meeste zorgprofessionals weinig plezier beleven aan het registreren. Velen zullen zich daarbij de vraag stellen: 'What's in it for me?' Voor veel medisch specialisten is er een financiële prikkel. Daarnaast hechten veel specialisten belang aan wetenschappelijk onderzoek en aan mogelijkheden om controle uit te oefenen op het eigen werk. In zijn algemeenheid wordt het van belang geacht dat degenen die registreren geconfronteerd worden met de resultaten van

hun inspanningen.

Dat is niet alleen motiverend, maar ook voor de kwaliteit van de registratie van belang. Vanuit de praktijk is het motto echter luid en duidelijk: 'Houd het simpel'. Overigens kan niet iedereen zich vinden in de benadering die schuil gaat achter de vraag: 'What's in it for me?' Niet het denken vanuit het eigen perspectief zou dominant moeten zijn, maar het denken vanuit het zorgproces. Dan luidt de enige vraag die ertoe doet: 'What's in it for the patient?'

Registreren?



Thema 3: Diagnoseregistratie

Nederland kent met de Landelijke Medische Registratie (LMR) een lange geschiedenis waar het betreft de registratie van diagnoses van ziekenhuispatiënten (klinische opnamen en dagopnamen). Feitelijk gaat het hier om een afgeleide administratie. Veel gegevens voor de LMR worden aan de administratieve systemen onttrokken. Het classificeren en coderen van de diagnoses geschiedt door daarvoor opgeleide medische codeurs / zorgadministrateurs aan de hand van de beschikbare zorgdocumentatie. Daarbij wordt tot op de dag van vandaag gebruik gemaakt van de inmiddels gedateerde ICD-9. Overigens worden in de LMR (met behulp van de CvV-codering) ook de belangrijkste medische verrichtingen vastgelegd. Helaas zijn de participatiegraad en kwaliteit van de gegevensaanlevering aan de LMR de laatste jaren teruggelopen. Benaadrukt wordt dat de diagnoseregistratie in het kader van de LMR (nog steeds) volledig gescheiden is van de financiële administraties van ziekenhuis en specialist. Het project "DBC's op weg naar transparantie" (DOT) voorziet er echter in dat er een einde komt aan deze scheiding. De bedoeling is dat de diagnoses straks mede worden vastgelegd om het afleiden van DBC's mogelijk te maken. Overigens vraagt een enkele

ling zich af waarom er een einde moet komen aan de toch goed werkende LMR.

Medio 2008 namen Prismant en DHD (als de nieuwe beheerder van de LMR) gezamenlijk het initiatief voor een landelijke conferentie over een mogelijke introductie van de ICD10 in Nederland. Bij die gelegenheid hebben alle betrokken partijen zich gecommitteerd aan een project dat ten doel heeft om de ICD10 in 2011 uitgerold te hebben. Reden voor de gespreksleider om bij aanvang van de conferentie te peilen hoeveel van de aanwezigen in deze doelstelling geloven. Niet meer dan negen deelnemers steken hun hand op. Uiteengezet wordt dat met name het internationale en uniforme karakter voor de ICD10 pleit. Daarmee biedt deze classificatie de noodzakelijke eenheid van taal in de communicatie, zowel tussen zorgprofessionals als in de vergelijking met andere landen. Van belang is dat het onderhoud van de ICD10 in handen is van de World Health Organization (WHO), en dat de ICD9 al jaren niet meer werd onderhouden. Vervolgens komen nog diverse andere aspecten aan de orde die voor het wel slagen van de ICD10 uitrol van belang zijn. Tevens wordt de vraag op tafel gelegd waarom niet direct wordt

overgestapt van het registreren van DBC's op het registreren van diagnoses in ICD10. Als reden wordt genoemd dat op het moment dat het nieuwe systeem DOT in werking treedt, de ICD10 nog niet volledig ingevoerd zal zijn.

Het eindresultaat is niettemin dat de gespreksleider bij het sluiten van de conferentie tevreden kan vaststellen dat er tijdens de conferentie zeven 'gelovigen' zijn bijgekomen.

Reden voor de gespreksleider om de vraag te stellen wat de overgang naar de ICD10 voor de LMR gaat betekenen? Hierop wordt uiteengezet dat er in opdracht van DHD reeds enige tijd wordt gewerkt aan de ombouw van de LMR naar een moderne landelijke databank van zorggerelateerde basisgegevens, de Landelijk Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ). De bedoeling is dat deze vanuit de basisregistraties in de ziekenhuizen gevuld gaat worden. Dus ook hier eenmalige vastlegging aan de bron voor meervoudig gebruik. Het ontwerp van de LBZ voorziet erin dat de diagnoses in de LBZ straks vastgelegd gaan worden met behulp van de ICD10.



Thema 4: DBC's op weg naar transparantie

De belangrijkste reden om met DOT van start te gaan, is dat de huidige DBC-systematiek niet stabiel en transparant genoeg is om prestatiebekostiging in te voeren in de ziekenhuissector. Feitelijk is er nu sprake van een DBC-systematiek die per medisch specialisme verschilt. De opzet van DOT is daarom om tot een beter gestructureerde, eenvoudiger en uniforme DBC-systematiek te komen. Het aantal DBC's wordt teruggebracht van ruim 30.000 tot rond de 3000. Einddoel is dat deze 3000 DBC's met behulp van een zogenaamde 'grouper' kunnen worden afgeleid uit een aantal basisgegevens (diagnoses, verrichtingen en zorgactiviteiten). In afwachting van de implementatie van de ICD10 in de ziekenhuizen voorziet DOT tijdelijk echter nog wel in het decentraal registreren van DBC's. Vooralsnog is het slechts mogelijk om langs de omgekeerde route op hoofdgroepniveau van de ICD10 een diagnose aan een DBC te koppelen. Met ingang van 2011 zou er een afleidingsmodaliteit moeten zijn zodat ziekenhuizen de ICD10 diagnosecodes aan de grouper kunnen aanbieden. Gememoreerd wordt dat de chirurgen, als de oorspronkelijke initiatiefnemers van de DBC-systematiek, indertijd geen koppeling met een zorginhoudelijke registratie voor ogen stond. De bedoeling van de chirurgen was een nieuw honore-

ringssysteem te ontwikkelen dat voldeed aan het uitgangspunt: 'loon naar werken'. De huidige DBC-systematiek wijkt in de opinie van die chirurgen dan ook sterk af van de oorspronkelijke ideeën uit de beginjaren negentig.

Sommigen vragen zich af waarom het falen van de bestaande DBC-systematiek niet alsnog tot de conclusie heeft geleid dat aangesloten moet worden bij de in vele landen gangbare DRG-systematiek (diagnosis related groups). Waarom is gekozen voor een intensief en kostbaar verbeteringstraject als DOT? Het antwoord is dat de DBC-systematiek belangrijke voordelen heeft omdat de DRG-systematiek zich beperkt tot de kliniek. Kenmerkend voor de DBC-systematiek is dat deze zowel de klinische als de ambulante ziekenhuiszorg omvat en de keten van zorg financiert. Daarmee is er een optimale prikkel voor de substitutie van dure naar goedkopere zorg.

Gewezen wordt op de samenhang tussen DOT en het gebruik van prestatie-indicatoren. Prestatiebekostiging impliceert immers dat zowel op kwaliteit als op prijs wordt gestuurd. Het doel van DOT mag dan ook niet uit het oog worden verloren. Het gaat primair om het verkrijgen van transparantie. Van belang is dat DOT stimuleert tot het op orde bren-

gen van de basisadministratie in ziekenhuizen. Een deugdelijke basisadministratie en basisregistratie is niet alleen een randvoorwaarde voor het afleiden van DBC's, maar ook voor het afleiden van prestatie-indicatoren. Als voorbeeld wordt in dit verband het project 'zichtbare zorg' genoemd. Zowel DOT als de prestatie-indicatoren bieden handvatten voor het afleggen van maatschappelijke verantwoording.

Betreurd wordt dat het proefdraaien met DOT ertoe leidt dat er gedurende anderhalf jaar dubbel geregistreerd moet worden (oude DBC-systematiek en DOT). Als gevolg daarvan is er sprake van een aanzienlijke toename van de administratieve belasting. Complicerend is tevens dat het proefdraaien met DOT parallel verloopt met de geplande uitrol en implementatie van de ICD10 in de ziekenhuizen. Bovendien zal op enig moment ook proefgedraaid moeten worden met de echte afleidingsmodaliteit voor de DBC's. Beseft wordt dat er erg veel tegelijk op de ziekenhuizen afkomt en dat de gepresenteerde tijdschema's behoorlijk ambitieus zijn.



Thema 5: Medisch codeur en zorgadministrateur

Van oudsher is er sprake van een waterdichte scheiding tussen het werk van de medische codeurs (het controleren, classificeren en coderen van de ontslagdiagnoses en het aanleveren daarvan aan de LMR) en het werk van de financiële administratie in ziekenhuizen (het vastleggen, controleren en factureren van declareerbare verrichtingen en zorgactiviteiten). De introductie van de



DBC-systematiek heeft daarin echter duidelijk verandering gebracht. Er is veel meer behoefte ontstaan aan de specifieke kennis waarover deze beroepsgroep beschikt. Zodra de DBC's echt afgeleid gaan worden van de diagnoses, verrichtingen en zorgactiviteiten zal deze behoefte naar verwachting alleen nog maar verder toenemen. Alle reden dus om hieraan separaat aandacht te besteden.

Voor menigeen is de naamgeving 'medisch codeur' nauw verbonden

met het relatieve isolement waarin deze beroepsgroep lange tijd haar taken heeft vervuld. Waar ziekenhuizen bewust geïnvesteerd hebben in zorggerelateerde administratieve kennis, treft men dan ook steeds vaker 'zorgadministrateurs' aan. De evolutie van vakinhoud en naamgeving gaan daarbij hand in hand. Gegeven het feit dat het accent in de ziekenhuizen begrijpelijkerwijze vaak op het factureren heeft gelegen, bestaat de indruk dat de investeringen in zorgadministratieve kennis vaak onvoldoende zijn geweest. In sa-

menhang daarmee is er weinig kennis van gegevensvastlegging in ziekenhuizen. Gevreesd moet worden dat het aanzienlijke inspanningen zal vergen om de ontstane achterstanden op dit terrein weg te werken.

Van belang is dat de diagnoseregistratie in de nieuwe DBC – systematiek niet alleen de kliniek en de dagbehandeling betreft, maar ook de polikliniek. Voor veel medische codeurs is dat een nieuw werkteerrein. Bovendien vervullen de medische specialisten met name hier een belangrijke rol waar het de vastlegging van diagnosegegevens betreft. Dit betekent dat er nieuwe samenwerkingsrelaties zullen ontstaan

waarin de zorgadministrateur een belangrijke rol heeft te vervullen. Als gevolg van dit veranderende beroepsprofiel zal ook de opleiding van de medisch codeur/zorgadministrateur aanpassing behoeven. Het blijft dus niet bij een omschakeling van de ICD-9 op de ICD10, hoe belangrijk de rol van deze beroepsgroep daarin ook zal zijn. Het gaat niet alleen om een verandering van taken maar ook om een aanzienlijke uitbreiding. Bij de aanwezigheid leeft dan ook het besef dat de ziekenhuizen de komende jaren flink in de opleiding van medisch codeurs /zorgadministrateurs zullen moeten investeren.



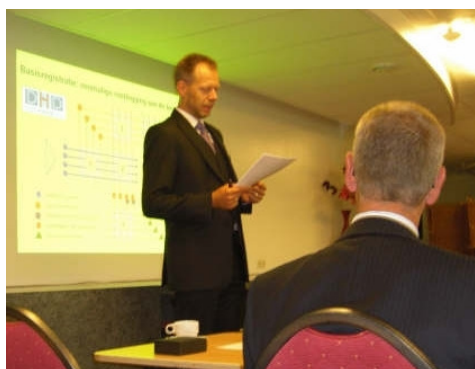
Thema 6: Landelijke Registratie Ziekenhuiszorg

DHD is niet alleen opgericht door de NVZ en de NFU om de bestaande verzamelingen van ziekenhuisgegevens te beheren, maar ook om deze zo nodig verder te ontwikkelen. In dat kader heeft DHD expliciet de opdracht gekregen van de beide brancheorganisaties om de LMR om te bouwen tot een moderne integrale Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (voorheen aangeduid als LZI). Evenals de LMR door DHD

wordt beheerd, zal dat ook voor de LBZ het geval zijn. Inmiddels is het datamodel gereed en heeft DHD opdracht gegeven voor de verdere ontwikkeling van de LBZ.

De bedoeling is dat de LBZ gevoed gaat worden vanuit de basisregistraties van de ziekenhuizen. Nieuw ten opzichte van de LMR is ondermeer dat ook de poliklinische diagnoses, verrichtingen en zorgactiviteiten wor-

den vastgelegd, evenals de gepseudonimiseerde burgerservicenummers (BSN). Doorlevering van deze gegevens aan derden zal onder regie van DHD plaatsvinden. Aan deze opzet (inclusief de functie die aan DHD is toegekend) ligt het uitgangspunt ten grondslag dat de ziekenhuisbranche zelf de verantwoordelijkheid wenst te dragen voor het beheer en de kwaliteit van de gezamenlijke landelijke basisregistratie.

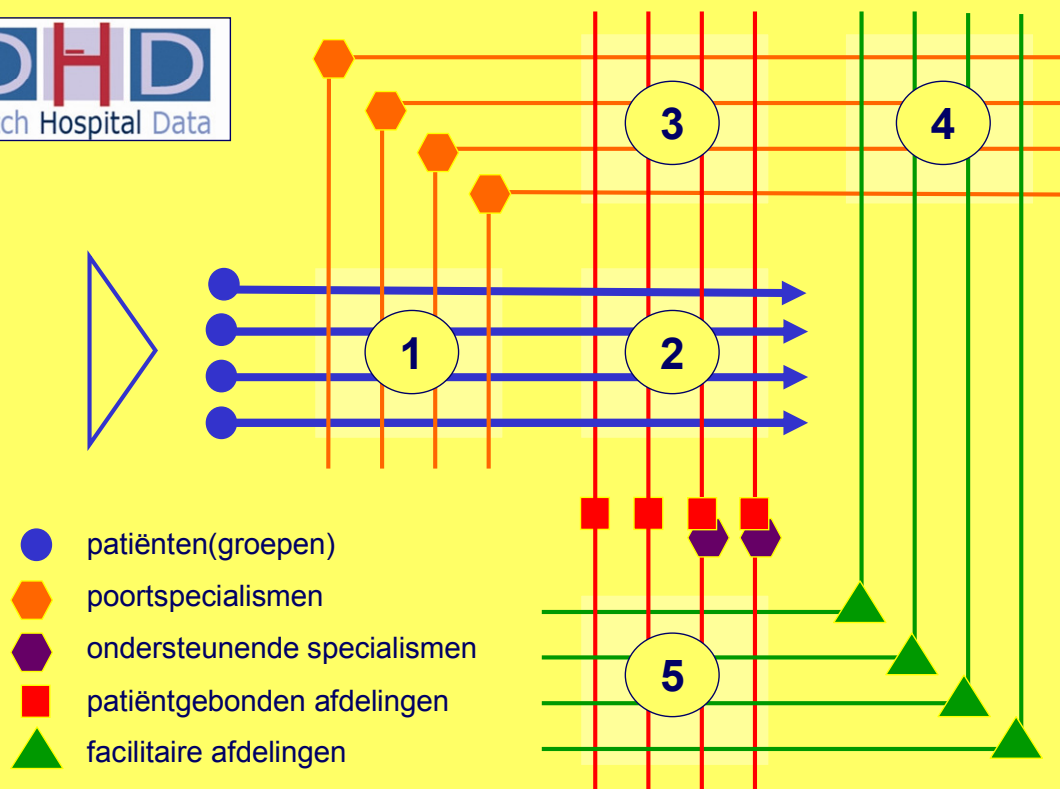


Voorzitter Wout Adema en enkele deelnemers aan de DHD *Invitational Conference* op 26 mei 2009.

Tijdens de slotdiscussie blijkt er de nodige waardering te bestaan voor het concept van de LBZ. Daarentegen blijkt dat een enkeling niet enthousiast is over de regierol die DHD is toebedacht bij de ontwikkeling en het toekomstig beheer van deze landelijke databank. Reden voor de gespreksleider om te concluderen dat er behoefte is aan nadere afstemming tussen de betrokken organisaties en instanties. ■



Basisregistratie: eenmalige vastlegging aan de bron



JHS

Bovenstaand multipele matrix model van het ziekenhuis biedt de mogelijkheid om een groot aantal relevante relatiepatronen op de werkvloer gestructureerd in kaart te brengen:

1. de relaties tussen patiënten/patiëntengroepen en de poortspecialismen
2. de relaties tussen patiënten/patiëntengroepen en de patiëntgebonden afdelingen
3. de relaties tussen de poortspecialismen en de patiëntgebonden afdelingen
4. de relaties tussen de poortspecialismen en de facilitaire afdelingen
5. de relaties tussen de patiëntgebonden afdelingen en de facilitaire afdelingen

Het model is zowel bruikbaar op het niveau van de individuele patiënt (voorzien van BSN en ANW gegevens) als op het niveau van patiëntengroepen. Daarbij maakt het niet uit op basis van welke kenmerken en

op welk moment een patiëntengroep wordt samengesteld. Zo bepaalt de verwijzend huisarts in eerste instantie naar welk poortspecialisme of naar welke specifieke polikliniek (bv. mammapoli, diabetespoli, geheugenpoli) een patiënt wordt verwezen. Bij binnenkomst in het ziekenhuis kunnen patiënten op basis van hun verwijzindicatie, klachtenpatroon, of voorlopige diagnose worden gegroepeerd. Bedrijfsmatig kan het onderscheid naar acute, chronische en electieve patiënten interessant zijn. Achteraf is de DBC (of DRG) groepering vanuit financieel economisch perspectief van belang. Wetenschappelijk is vooral een groepering op basis van de einddiagnose(s) interessant.

Kenmerkend voor patiëntgebonden afdelingen is dat de activiteiten die hier plaatsvinden goeddeels aan individuele patiënten kunnen worden toegerekend. Van belang is dat hier-

bij twee soorten patiëntgebonden afdelingen kunnen worden onderscheiden: afdelingen waar de patiënten zelf participeren in de zorgprocessen (eerste hulp, verpleegafdeling, operatiekamers etc.) en afdelingen waar op afstand activiteiten ten behoeve van individuele patiënten plaatsvinden (laboratoria, apotheek etc.). Voor een aantal patiëntgebonden afdelingen geldt bovendien dat deze de thuisbasis vormen van een ondersteunend specialisme (radiologie, farmacie, klinische chemie etc.). Kenmerkend voor de facilitaire afdelingen (personeelszaken, financiële administratie, technische dienst etc.) is dat de activiteiten hiervan als regel niet rechtstreeks aan individuele patiënten kunnen worden toegerekend.

J.H. Schaaf
Voorzitter DHD