

Basiswerk AG

Werkprocessen in de polikliniek en sociale gezondheidszorg

Vierde, herziene druk

I.W. Bijlsma

> mijn.bsl.nl

 **bohn
stafleu
van loghum**

Basiswerk AG

J. van Amerongen, Hoogeveen, The Netherlands *Serieredacteur*

R. Elling, Hengelo Ov, The Netherlands *Serieredacteur*

R. Schotsman, Utrecht, The Netherlands *Serieredacteur*

Dit boek *Werkprocessen in de polikliniek en sociale gezondheidszorg* is onderdeel van de reeks Basiswerken AG voor de mbo-opleidingen voor dokters-, apothekers- en tandartsassistenten.

Reeks Basiswerk AG

De boeken in de serie Basiswerken AG bieden kennis voor de opleidingen op mbo-niveau voor dokters-, apothekers- en tandartsassistenten. Bij veel uitgaven zijn online aanvullende materialen beschikbaar, zoals video's, protocollen, toetsen etc.

Bestellen

De boeken zijn te bestellen via de boekhandel of rechtstreeks via de webwinkel van uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum: ► www.bsl.nl

Redactie

De redactie van de serie Basiswerken AG bestaat uit Jan van Amerongen, Rikie Elling en Rianne Schotsman, die ieder de uitgaven van een van de opleidingen coördineren. Zij hebben zelf ook boeken binnen de serie geschreven.

Jan van Amerongen is als arts-docent verbonden aan het Alfa-college te Hoogeveen. Daarnaast is hij actief bij de nascholing van doktersassistenten in Noord-Nederland.

Rikie Elling heeft 13 jaar gewerkt als docent-apotheker en opleidingscoördinator. Momenteel is zij werkzaam als apotheker in Enschede. Ze is betrokken bij de bij- en nascholing van apothekersassistenten en lid van de Commissie Opleidingen van de KNMP.

Rianne Schotsman is mondhygiënist en docent aan de opleiding voor tandartsassistenten van het ROC Midden Nederland te Utrecht. Zij studeert onderwijs-wetenschappen en heeft een belangrijke rol in de ontwikkeling van het onderwijs tot tandartsassistent.

I.W. Bijlsma

Werkprocessen in de polikliniek en sociale gezondheidszorg

Vierde, herziene druk



Houten 2017

ISSN 2468-2381

Basiswerk AG

ISBN 978-90-368-1506-2

DOI 10.1007/978-90-368-1507-9

ISSN 2468-239X (electronic)

ISBN 978-90-368-1507-9 (eBook)

© Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media 2017

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet j^o het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

Eerste druk 2006

Tweede, herziene druk 2013

Derde druk 2015

Vierde, herziene druk 2017

NUR 891

Basisontwerp omslag: Studio Bassa, Culemborg

Automatische opmaak: Scientific Publishing Services (P) Ltd., Chennai, India

Cartoons: Bert van Gorkum, BURONAZESSEN = BN6N, Arnhem

Bohn Stafleu van Loghum

Het Spoor 2

Postbus 246

3990 GA Houten

www.bsl.nl

Voorwoord

In dit leerboek staan de werkzaamheden van de doktersassistent centraal. Het accent ligt daarbij op het medisch administratief handelen in de beroepspraktijk. Zowel het *kwali-
ficatiedossier mbo doktersassistent*, opgesteld door Calibris, Kenniscentrum voor leren in de praktijk in Zorg, Welzijn en Sport, als het *beroepsprofiel doktersassistent*, ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA), is hierbij als leidraad gebruikt.

Dit basiswerk is een actualisatie en uitbreiding van de vorige druk. Met name wordt aandacht gegeven aan het elektronisch patiëntendossier (EPD), het Landelijk Schakelpunt (LSP) en het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ). Bij het ontwikkelen van deze uitgave is uitgebreid overleg geweest met medewerkers van verschillende poliklinieken, met de GGD en met de JGZ. Het boek is daardoor volledig afgestemd op het werkveld.

In de eerste acht hoofdstukken (deel I) komt het werken in de polikliniek aan de orde. De laatste vier hoofdstukken gaan in op het werken in de sociale gezondheidszorg. Dit tweede deel van het boek bevat na een algemeen hoofdstuk over de structuur van de Gemeentelijke gezondheidsdienst, drie hoofdstukken over de verschillende diensten, te weten de Algemene gezondheidszorg en Gezondheidsbevordering epidemiologie, de Jeugdgezondheidszorg en de Bedrijfsgezondheidsdienst.

I.W. Bijlsma

Doetinchem, maart 2017

Inhoud

Deel I Inleiding polikliniek

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Structuur ziekenhuis en polikliniek | 3 |
| 1.1 | Inleiding | 5 |
| 1.2 | Ziekenhuizen | 5 |
| 1.2.1 | Algemene ziekenhuizen | 5 |
| 1.2.2 | Categorale ziekenhuizen | 5 |
| 1.2.3 | Universiteitsklinieken/Academische ziekenhuizen | 6 |
| 1.2.4 | Zelfstandige behandelcentra (ZBC) | 6 |
| 1.2.5 | Privéklinieken | 6 |
| 1.3 | Structuur ziekenhuis | 6 |
| 1.3.1 | Toelichting organigram | 7 |
| 1.4 | Structuur polikliniek | 10 |
| 1.4.1 | Toelichting organigram | 11 |
| 1.5 | Polikliniek | 12 |
| 1.5.1 | Ondersteunende afdelingen | 13 |
| 1.5.2 | Medische registratie ten behoeve van de diagnostiek | 14 |
| 1.5.3 | Medische bibliotheek | 15 |
| 1.6 | Vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst | 16 |
| 1.6.1 | Onkosten vrijgevestigde specialisten | 16 |
| 1.6.2 | Onkosten specialisten in loondienst | 16 |
| 1.7 | Medisch specialisten | 16 |
| 1.7.1 | Snijdend specialisme | 19 |
| 1.7.2 | Beschouwend specialisme | 19 |
| 1.7.3 | Ondersteunend specialisme | 20 |
| 1.8 | Kwaliteitsbeleid | 20 |
| 1.8.1 | Gedragscodes | 21 |
| 2 | Zorginformatiesysteem | 23 |
| 2.1 | Inleiding | 25 |
| 2.2 | ICT en gezondheidszorg | 25 |
| 2.3 | Elektronisch patiëntendossier | 25 |
| 2.4 | BurgerServiceNummer | 27 |
| 2.5 | Het registreren van patiëntgegevens | 27 |
| 2.5.1 | Patiëntregistratie | 27 |
| 2.5.2 | Nieuwe inschrijving | 28 |
| 2.5.3 | Basisgegevens | 30 |
| 2.5.4 | Verzekeringsgegevens | 30 |
| 2.5.5 | Extra gegevens | 30 |
| 2.5.6 | Verkorte registratie | 32 |
| 2.5.7 | Mutaties | 32 |
| 2.5.8 | Zoeken | 34 |
| 2.5.9 | Noodprocedure | 34 |

| | | |
|--------|--|----|
| 2.5.10 | Overige patiënttyperingen | 35 |
| 2.5.11 | Patiëntinformatie in het ZIS | 35 |
| 2.5.12 | E-health | 36 |
| 2.5.13 | Kwaliteitsrichtlijnen NIAZ bij zorgweigerings | 37 |
| 3 | Landelijk Schakelpunt | 39 |
| 3.1 | Landelijk Schakelpunt (LSP) | 40 |
| 3.1.1 | Unieke Zorgverleners Identificatiepas | 40 |
| 3.1.2 | Voor- en nadelen | 41 |
| 3.1.3 | Wetgeving | 42 |
| 3.1.4 | Inzagerecht | 42 |
| 3.1.5 | Toestemming uitwisseling medische gegevens | 44 |
| 3.2 | Wet bescherming persoonsgegevens | 46 |
| 3.2.1 | Voorbeeld Wbp: foutenanalyse Nationaal ICT-instituut in de Zorg (Nictiz) | 47 |
| 3.2.2 | Kwaliteitsnorm Veilig Incidenten Melden | 48 |
| 4 | Afsprakenpreekuur | 51 |
| 4.1 | Inleiding | 53 |
| 4.2 | Spreekuur volgens afspraak | 53 |
| 4.2.1 | Voordelen | 53 |
| 4.2.2 | Nadelen | 53 |
| 4.3 | Afspraken maken | 54 |
| 4.3.1 | Patiënt maakt zelf digitaal een afspraak | 55 |
| 4.3.2 | Patiëntenpas of zorgpas | 56 |
| 4.4 | Spoedafspraken en kortetermijnafspraken | 57 |
| 4.5 | Afspraken met behulp van ZorgDomein (ZD) | 58 |
| 4.5.1 | Afspraakbemiddeling zorgverzekeraar | 59 |
| 4.6 | Telefonische uitslag | 59 |
| 4.7 | Spreekuurvoorbereiding | 59 |
| 4.8 | Academisch ziekenhuis | 59 |
| 4.9 | ZIS-agenda | 60 |
| 4.10 | Avondpoli | 60 |
| 4.11 | Kwaliteitsnorm inschrijven en wachttijden | 61 |
| 4.12 | Kwaliteitsnorm spoedeisende consulten | 62 |
| 5 | Polikliniekbezoek | 65 |
| 5.1 | Inleiding | 66 |
| 5.2 | Eerste polikliniekbezoek | 66 |
| 5.3 | Afsprakenbureau/Ontvangstbalie | 67 |
| 5.4 | Receptie polikliniek | 67 |
| 5.5 | ZIS-agenda | 67 |
| 5.6 | Consult specialist | 68 |
| 5.7 | Diagnostisch onderzoek | 70 |
| 5.8 | Afronding (eerste) consult | 71 |
| 5.8.1 | Order | 72 |
| 5.9 | Controlebezoek | 73 |
| 5.9.1 | Registratiezuilen | 74 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 5.10 | Medische verslaglegging | 76 |
| 5.11 | Kwaliteitsnormen informatie patiënt | 77 |
| 5.12 | Patiëntlogistiek | 78 |
| 6 | Opname | 79 |
| 6.1 | Inleiding | 80 |
| 6.2 | Opname ziekenhuis | 80 |
| 6.3 | Dagopname en langdurige opname | 80 |
| 6.4 | Opnameregistratie | 83 |
| 6.5 | Garantieverklaring zorgverzekeraar | 84 |
| 6.6 | Opname | 84 |
| 6.7 | Verschillende behandelaars | 85 |
| 6.7.1 | Overnamebehandeling | 86 |
| 6.8 | Ontslag | 86 |
| 6.9 | Administratieve afhandeling klinische patiënten | 87 |
| 6.10 | Kwaliteitsnormen voorbereiding opname | 87 |
| 6.10.1 | Wat is een preoperatieve screening? | 87 |
| 6.10.2 | Kwaliteitsnormen voorlichting | 87 |
| 7 | Diagnose Behandel Combinatie | 89 |
| 7.1 | Inleiding | 91 |
| 7.2 | DBC-systematiek | 91 |
| 7.2.1 | Wat is een DBC-zorgproduct? | 92 |
| 7.2.2 | Hoe werkt het? | 92 |
| 7.3 | Typeringslijst | 92 |
| 7.3.1 | Zorgtraject | 92 |
| 7.3.2 | Zorgtype | 93 |
| 7.3.3 | Subtrajecten | 95 |
| 7.3.4 | Parallell subtraject | 96 |
| 7.3.5 | Wel of geen nieuwe zorgvraag? | 97 |
| 7.3.6 | Zorgvraag binnen hetzelfde specialisme | 98 |
| 7.3.7 | Grouper | 98 |
| 7.3.8 | Declareren | 99 |
| 7.4 | RSAD-model | 99 |
| 7.4.1 | Vaststellen van de prijs | 100 |
| 8 | Een dagje op de polikliniek | 103 |
| 8.1 | Inleiding | 104 |
| 8.1.1 | Spreekuurbegeleiding KNO | 104 |

Deel II Algemene inleiding sociale gezondheidszorg

| | | |
|-------|--|-----|
| 9 | Structuur Gemeentelijke gezondheidsdienst en Jeugdgezondheidszorg | 113 |
| 9.1 | Inleiding | 114 |
| 9.2 | Doelstelling en werkerrein van de GGD | 114 |
| 9.3 | Structuur van de GGD | 114 |
| 9.3.1 | Algemeen | 115 |
| 9.3.2 | Beroepenveld doktersassistent | 116 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 10 | Algemene gezondheidszorg en gezondheidsbevordering en epidemiologie | 119 |
| 10.1 | Inleiding | 120 |
| 10.2 | Afdeling infectieziekten | 120 |
| 10.2.1 | Contactonderzoek | 122 |
| 10.2.2 | Vaccinaties voor reizen naar de tropen | 123 |
| 10.3 | Openbare gezondheidszorg | 124 |
| 10.3.1 | Voorlichting over hygiëne | 126 |
| 10.3.2 | Sociaal-medische zorg | 126 |
| 10.4 | Openbare Geestelijke Gezondheidszorg | 126 |
| 10.5 | Gezondheidsbevordering en epidemiologie | 126 |
| 10.5.1 | Bevolkingsonderzoek | 127 |
| 11 | Jeugdgezondheidszorg | 129 |
| 11.1 | Inleiding | 131 |
| 11.2 | Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ) | 131 |
| 11.2.1 | Basisdataset JGZ (BDS) | 132 |
| 11.2.2 | Jeugd In Beeld (JIB) | 132 |
| 11.3 | Consultatiebureau | 133 |
| 11.4 | JGZ op het basisonderwijs | 134 |
| 11.4.1 | Preventief gezondheidsonderzoek | 134 |
| 11.4.2 | Gezondheidsonderzoek | 134 |
| 11.4.3 | Vaccinatie | 135 |
| 11.4.4 | Voorlichting | 135 |
| 11.4.5 | Advisering en verwijzing | 136 |
| 11.4.6 | Ondersteuning leerkrachten | 136 |
| 11.5 | Praktijkvoorbeeld | 136 |
| 11.5.1 | Gezondheidsonderzoek en JGZ in het voortgezet onderwijs | 139 |
| 11.5.2 | Elektronische Monitor en Voorlichting (E-MOVO) | 140 |
| 11.6 | Preventieve voorlichting | 140 |
| 11.6.1 | Voorlichtingscampagnes | 141 |
| 12 | Bedrijfsgezondheidsdienst | 143 |
| 12.1 | Inleiding | 144 |
| 12.2 | Arbodienst | 144 |
| 12.2.1 | Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) | 145 |
| 12.2.2 | Arbeidsomstandighedenbesluit (Arbobesluit) | 149 |
| 12.2.3 | Arbeidsomstandighedenregeling (Arboregeling) | 150 |
| 12.3 | Werkzaamheden doktersassistent | 150 |
| 12.3.1 | Samenwerking | 152 |
| 12.3.2 | Ziekteverzuim | 152 |
| 12.3.3 | Bedrijfskeuring | 152 |
| 12.3.4 | Overige werkzaamheden | 153 |
| | Bijlagen | 155 |
| | Bijlagen | 156 |
| | Geraadpleegde literatuur | 156 |
| | Register | 157 |

Inleiding

In Nederland zijn ongeveer 26.000 doktersassistenten werkzaam. De meesten daarvan werken in de huisartsenzorg, zoals in een huisartsenpraktijk, op een huisartsenpost of een multidisciplinair gezondheidscentrum. Verder zijn veel doktersassistenten werkzaam op de poliklinieken van ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra of privéklinieken. Bij de Gemeentelijke gezondheidsdienst, Jeugdgezondheidszorg en bij de Bedrijfsgezondheidsdienst, de zogenaamde Sociale gezondheidszorg zijn ook veel doktersassistenten actief.

Het beroep doktersassistent houdt letterlijk in: het assisteren en ondersteunen van de behandelaar. De essentie van de functie is echter complexer en uitgebreider. De doktersassistent heeft een eigen, herkenbare bijdrage in de individuele gezondheidszorg. Deze is in de kern te omschrijven als:

- » het helder krijgen van de zorgvraag (door middel van triageren), het (zelfstandig) handelen en adviseren conform protocollen en het scheppen van randvoorwaarden, opdat de behandelaar efficiënt en effectief de patiënt kan helpen/behandelen.

Administratieve werkzaamheden polikliniek en sociale gezondheidszorg

Als doktersassistent organiseer en plan je de werkprocessen op poliklinieken en in de sociale gezondheidszorg. Je draagt zorg voor het vastleggen en actueel houden van relevante gegevens en voert taken uit met betrekking tot de elektronische medische dossiers. Hierbij moet je denken aan de volgende (administratieve) werkzaamheden:

- je maakt een planning voor de uit te voeren werkzaamheden;
- je beheert de agenda('s);
- je plant de afspraken;
- je bereidt spreekuren voor;
- je zorgt voor correcte registratie in de digitale dossiers;
- je zorgt dat materialen en hulpmiddelen aanwezig zijn;
- je legt gegevens vast met betrekking tot patiënt en spreekuren;
- je beheert elektronische medische dossiers en machtigingen;
- je verwerkt de inkomende en uitgaande post;
- je draagt zorg voor de correspondentie;
- je triageert;
- je informeert en adviseert;
- je draagt zorg voor de financiële administratie;
- en verder voer je medisch-technische handelingen uit.

Bij al deze werkzaamheden staat de communicatie centraal, zowel de communicatie met interne als externe relaties.

In dit lesboek worden de genoemde werkzaamheden c.q. werkprocessen stapsgewijs uitgelegd en aangeleerd om zodoende over de benodigde kennis en vaardigheden te kunnen beschikken voor de beroepscompetentie doktersassistent.

Deel I Inleiding polikliniek

- Hoofdstuk 1 Structuur ziekenhuis en polikliniek – 3
- Hoofdstuk 2 Zorginformatiesysteem – 23
- Hoofdstuk 3 Landelijk Schakelpunt – 39
- Hoofdstuk 4 Afsprakenspreekuur – 51
- Hoofdstuk 5 Polikliniekbezoek – 65
- Hoofdstuk 6 Opname – 79
- Hoofdstuk 7 Diagnose Behandel Combinatie – 89
- Hoofdstuk 8 Een dagje op de polikliniek – 103

In de Nederlandse ziekenhuizen werken bij elkaar ongeveer 8500 doktersassistenten, voornamelijk op de polikliniek of op de functieafdeling.

De dagelijkse werkzaamheden op een polikliniek verschillen per ziekenhuis en per specialisme. Zo kunnen je werkzaamheden bestaan uit het verrichten van of assisteren bij onderzoeken, geven van injecties, uitvoeren van allergietesten, verwijderen van hechtingen, verzorgen van wonden, aanleggen van verbanden, enzovoort. Je kunt je echter ook bezighouden met het organiseren en begeleiden van een spreekuur. Je zorgt er in dat geval voor dat het spreekuur administratief wordt voorbereid, je begeleidt patiënten tijdens het spreekuur en regelt de afwerking na het spreekuur.

eisen aan de doktersassistent

Omdat jij als doktersassistent vaak de eerste contactpersoon met de patiënt bent, ben je voor je werkgever het visitekaartje van de organisatie. Het ziekenhuis stelt daarom eisen aan de doktersassistent: je moet representatief zijn, je moet over communicatieve vaardigheden beschikken en assertief zijn. Daarnaast moet je kunnen samenwerken met je directe collega's.

In het ziekenhuis werk je in teamverband. Een team op de polikliniek bestaat voornamelijk uit verpleegkundigen, medisch secretaresses en doktersassistenten. Als doktersassistent heb je een breder taakgebied dan een verpleegkundige of een medisch secretaresse. Een verpleegkundige zal voornamelijk medisch-technische handelingen verrichten, een medisch secretaresse zal uitsluitend administratief bezig zijn, maar een doktersassistent kan zowel medisch-technische handelingen verrichten, assisteren bij onderzoeken en administratieve werkzaamheden verrichten.

Dit betekent dat er op de polikliniek goede werkafspraken moeten worden gemaakt en dat iedereen zich hieraan dient te houden. Het vereist een optimale afstemming van werkzaamheden.

Structuur ziekenhuis en polikliniek

Samenvatting

'De doktersassistent zorgt voor een soepel verloop van de gang van zaken in de organisatie en zorgt ervoor dat zichzelf en anderen het werk efficiënt en effectief kunnen uitvoeren', een citaat uit het kwalificatiedossier doktersassistent. Of zoals het competentiegebied van CanMEDS aangeeft: 'De doktersassistent werkt effectief samen met betrokkenen binnen en buiten het team om bij te dragen aan een optimale zorgverlening'. Om het werk efficiënt en effectief binnen het ziekenhuis te kunnen uitvoeren is een beknopte bedrijfsoriëntatie van het ziekenhuis noodzakelijk. Dit wordt met behulp van een organigram uitgelegd en verder gespecificeerd naar de poliklinieken. Daarnaast wordt er aandacht geschonken aan de vakgebieden van diverse specialismen. Ook het kwaliteitsbeleid ziekenhuizen komt aan de orde en de algemeen geldende gedragscode binnen de ziekenhuizen. Het hoofdstuk telt vele praktijkvoorbeelden.

1.1 Inleiding – 5

1.2 Ziekenhuizen – 5

1.2.1 Algemene ziekenhuizen – 5

1.2.2 Categorale ziekenhuizen – 5

1.2.3 Universiteitsklinieken/Academische ziekenhuizen – 6

1.2.4 Zelfstandige behandelcentra (ZBC) – 6

1.2.5 Privéklinieken – 6

1.3 Structuur ziekenhuis – 6

1.3.1 Toelichting organigram – 7

1.4 Structuur polikliniek – 10

1.4.1 Toelichting organigram – 11

1.5 Polikliniek – 12

1.5.1 Ondersteunende afdelingen – 13

1.5.2 Medische registratie ten behoeve van de diagnostiek – 14

1.5.3 Medische bibliotheek – 15

1.6 Vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst – 16

1.6.1 Onkosten vrijgevestigde specialisten – 16

1.6.2 Onkosten specialisten in loondienst – 16

1.7 Medisch specialisten – 16

1.7.1 Snijdend specialisme – 19

1.7.2 Beschouwend specialisme – 19

1.7.3 Ondersteunend specialisme – 20

1.8 Kwaliteitsbeleid – 20

1.8.1 Gedragscodes – 21

1.1 Inleiding

Of je nu een baan in de sociale gezondheidszorg krijgt of een baan in het ziekenhuis, het is altijd goed om je van tevoren te verdiepen in de structuur en bedrijfscultuur van de organisatie van je nieuwe werkgever. In dit hoofdstuk wordt een beknopte bedrijfsoriëntatie van het ziekenhuis gegeven. Om goed in een ziekenhuis te kunnen werken is het belangrijk dat je op de hoogte bent van de organisatie van een ziekenhuis. Daarnaast is het ook van belang dat je weet hoe men in een ziekenhuis met elkaar omgaat. Vandaar dat in dit hoofdstuk niet alleen de organisatieopbouw wordt behandeld, maar ook de normen en waarden van de ziekenhuiswereld.

organisatieopbouw

1.2 Ziekenhuizen

Nederland telt verschillende soorten ziekenhuizen en klinieken. Begin 2017 waren de cijfers:

- 80 algemene ziekenhuizen, met 112 buitenpoliklinieken;
- 55 categorale ziekenhuizen;
- 8 universiteitsklinieken/academische ziekenhuizen
- 213 zelfstandige behandelcentra;
- 106 privéklinieken.

Al deze zorginstellingen hebben doktersassistenten in dienst. Een doktersassistent kan dus kiezen uit een breed werkterrein.

1.2.1 Algemene ziekenhuizen

In het algemene ziekenhuis treft men de meest voorkomende specialismen aan en daardoor ook patiënten met verschillende soorten aandoeningen.

1.2.2 Categorale ziekenhuizen

In de categorale ziekenhuizen beperkt men zich tot een bepaald soort patiënten en specialismen. Tot de categorale ziekenhuizen behoren onder andere:

- kinderziekenhuis;
- revalidatiecentrum;
- ziekenhuis gericht op oncologie;
- ziekenhuis gericht op orthopedie;
- epilepsiecentrum;
- radiotherapeutisch centrum.

1.2.3 Universiteitsklinieken/Academische ziekenhuizen

In een universiteitskliniek/academisch ziekenhuis zijn alle specialismen aanwezig. In een academisch ziekenhuis behandelt men uiteraard patiënten, maar het heeft daarnaast een opleidingsfunctie en een wetenschappelijke functie.

1.2.4 Zelfstandige behandelcentra (ZBC)

Een zelfstandig behandelcentrum is een samenwerkingsverband van ten minste twee medisch specialisten. Een ZBC is door de overheid erkend en biedt naast verzekerde ook onverzekerde zorg; dit in tegenstelling tot een privékliniek die vaak alleen maar zorg aanbiedt die niet door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed.

Zelfstandige behandelcentra bieden planbare, minder complexe medische zorg waarvoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen. Stand-alone specialismen zoals orthopedie, oogheelkunde en dermatologie lenen zich hier bijvoorbeeld goed voor. Een ZBC levert geen spoedeisende en langdurige zorg.

De Wet Toelating Zorginstellingen is in 2006 ingevoerd om de marktwerking in de zorg te stimuleren. Met de komst van deze wet is het onderscheid tussen ziekenhuizen en ZBC's grotendeels vervallen. Formeel bestaan er alleen nog 'instellingen voor medisch specialistische zorg'. In de praktijk wordt de term ZBC echter nog steeds veel gebruikt.

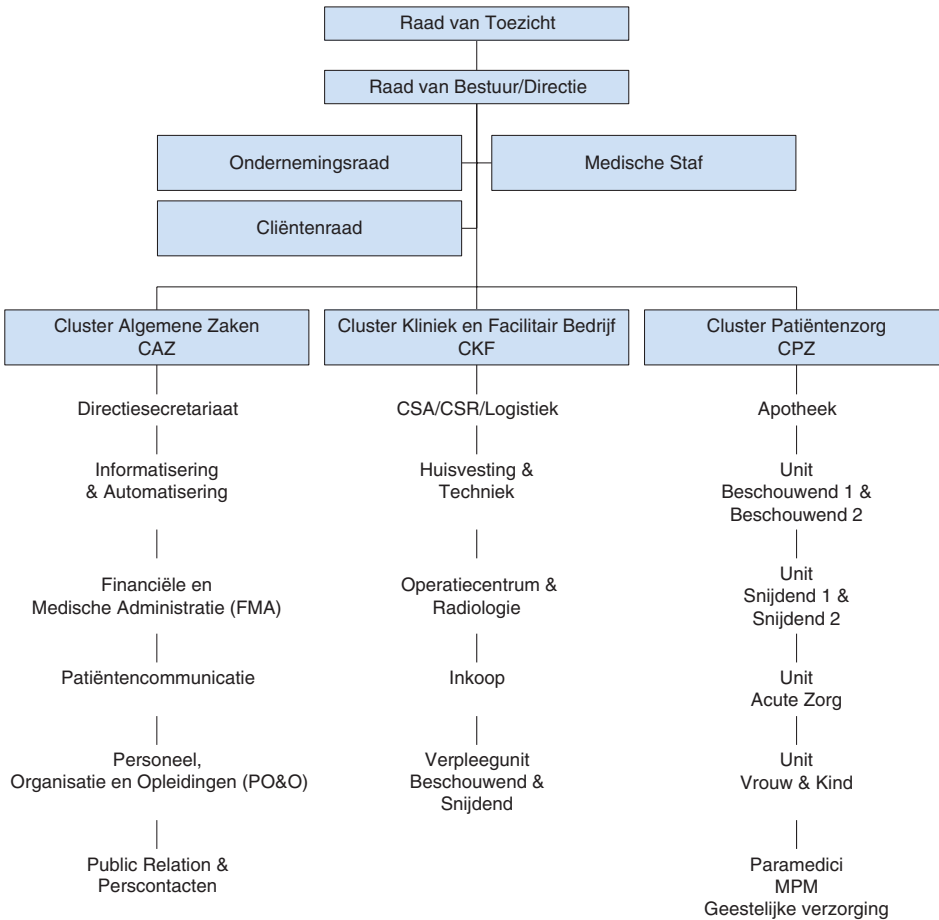
1.2.5 Privéklinieken

Een privékliniek is net als een ZBC een samenwerkingsverband van meerdere medisch specialisten. Zoals gezegd leveren privéklinieken over het algemeen geen verzekerde zorg, dus ook geen spoedeisende en langdurige zorg.

Privéklinieken kunnen onder andere de volgende specialismen aanbieden: oogheelkunde (bijvoorbeeld laseren), kaakchirurgie (bijvoorbeeld implantaten), plastische chirurgie (bijvoorbeeld cosmetische behandelingen of wensgeneeskunde), urologie (bijvoorbeeld vasectomie, circumcisie).

1.3 Structuur ziekenhuis

Wij zullen de structuur behandelen van een middelgroot algemeen ziekenhuis. Ons voorbeeldziekenhuis telt 450 bedden, heeft met negentig specialisten een goede vertegenwoordiging van bijna alle specialismen en heeft vijftienhonderd werknemers in dienst. De beste weergave van een organisatie is een organisatie-schema (▣fig. 1.1).



■ **Figuur 1.1** Organigramm ziekenhuis

1.3.1 Toelichting organigram

De organisatie van ons voorbeeldziekenhuis is opgebouwd uit drie clusters, drie groepen. Deze clusters zijn:

- Cluster algemene zaken (CAZ);
- Cluster kliniek en facilitair bedrijf (CKF)
- Cluster patiëntenzorg (CPZ).

Elk cluster functioneert onder eindverantwoordelijkheid van een clustermanager, die verantwoording aflegt aan de algemeen directeur. Binnen het cluster bevinden zich de verschillende units en binnen de units de werkeenheden. Het organigram wordt hierna nader toegelicht.

drie clusters

Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht heeft als taak toe te zien op de correcte vorming en uitvoering van het ziekenhuisbeleid. Daarnaast heeft zij een adviserende en bemiddelende rol en benoemt zij de algemeen directeur en de accountant.

Raad van Bestuur/Directie

De eindverantwoordelijkheid van het ziekenhuis en de dagelijkse leiding berust bij de Raad van Bestuur/Directie. De Raad van Bestuur/Directie bestaat over het algemeen uit een algemeen directeur (Algemene zaken en facilitaire zaken), en een directeur Patiëntenzorg. De algemeen directeur is de uiteindelijke eindverantwoordelijke, die ook het directieoverleg voorziet. De precieze structuur kan per ziekenhuis enigszins verschillen, maar in grote lijnen zal de structuur veel overeenkomsten vertonen.

Medische staf

In het ziekenhuis zijn de medisch specialisten professioneel verantwoordelijk voor de diagnostiek en de behandeling. De beslissing over welke zorg geboden zal worden, wordt samen met de patiënt genomen. De medisch specialisten zijn verenigd in de medische staf die als doelstelling heeft de onderlinge samenwerking en de kwaliteit van de zorg te verhogen.

Cliëntenraad

Ieder ziekenhuis is wettelijk verplicht een cliëntenraad samen te stellen. De Cliëntenraad houdt zich niet bezig met de problemen van individuele patiënten, wél met de gemeenschappelijke belangen van cliënten/patiënten die op het ziekenhuis zijn aangewezen. Dit betekent bijvoorbeeld dat de Cliëntenraad geen klachten afhandelt. De Cliëntenraad (CR) waakt over de kwaliteit van de geboden zorg in het ziekenhuis en heeft regelmatig 'speerpunten', zoals de patiëntveiligheid, wachttijden en het niet-rokenbeleid. De CR kan daarvoor deelnemen aan het directieoverleg, gevraagd en ongevraagd. Daarnaast is de CR vaak aanwezig op open dagen, doelgroepbijeenkomsten zoals speciale voorlichtingsavonden voor diabeten, over knieprotheses enzovoort. Ten slotte kan de CR het initiatief nemen voor kwaliteitsonderzoek. Het bestuur van een zorginstelling moet bij beslissingen rekening houden met de adviezen van de cliëntenraad.

Ondernemingsraad

De ondernemingsraad (OR) is de gekozen vertegenwoordiging van alle medewerkers van het ziekenhuis. Met een OR hebben werknemers inspraak binnen de organisatie waarvoor zij werken. De OR kan met de Raad van Bestuur/Directie overleggen en adviseert over alle zaken die het beleid van het ziekenhuis betreffen.

Cluster Algemene zaken (CAZ)

Enkele afdelingen binnen dit cluster worden nader toegelicht. Eindverantwoordelijk voor dit cluster is de manager CAZ (soms ook wel het clusterhoofd CAZ genoemd), die verantwoording aflegt aan de Algemeen Directeur.

Personeel, Organisatie & Opleidingen (PO&O)

De afdeling Personeel, Organisatie en Opleidingen bestaat uit de volgende werkeenheden:

- Personeel en Organisatie;
- Opleidingen;
- Intern uitzendbureau.

Samen met de manager CAZ en de afdelingshoofden ontwikkelt de afdeling CAZ het personeelsbeleid. De uitvoering van het vastgestelde personeelsbeleid behoort tot de verantwoordelijkheid van de afdelingshoofden. De personeelsfunctionarissen kunnen hierin adviseren. De afdeling PO&O ondersteunt afdelingshoofden en directie met betrekking tot alle personele vraagstukken en organisatievraagstukken binnen het ziekenhuis. Daarnaast is de afdeling beschikbaar voor vragen die met het werk van de medewerkers samenhangen (bijvoorbeeld over arbeidsvoorwaarden), wanneer de leidinggevende geen direct antwoord kan geven.

De afdeling Opleidingen houdt zich bezig met elke vorm van opleiding. Van verpleegkundige tot specialist, van spreekuurmedewerker tot doktersassistent, van technisch medewerker tot ict'er enzovoort.

Steeds meer werknemers in een ziekenhuis hebben een nul- of acht-urencontract. Als deze werknemers meer uren willen maken kunnen zij zich inschrijven bij het Intern uitzendbureau. Bij tijdelijke vervanging belt het afdelingshoofd het Intern uitzendbureau en geeft de functie en het aantal gewenste werkuren door. Het Intern uitzendbureau regelt vervolgens de ziektevervanging. Ook vakantiekrachten staan ingeschreven bij het Intern uitzendbureau van het desbetreffende ziekenhuis.

Intern
uitzendbureau

Patiëntcommunicatie

Deze afdeling heeft onder meer de volgende aandachtsgebieden:

- organisatie en advisering van evenementen, symposia en thema-avonden;
- organisatie van klinische conferenties.

Het Bureau Patiëntenvoorlichting is onderdeel van de unit Patiëntcommunicatie en heeft een coördinerende rol in het geven van voorlichting in het ziekenhuis en de daaraan gerelateerde zaken, zoals:

- ziekte, bijvoorbeeld voorlichtingsfolder mammacarcinoom;
- onderzoek, zoals voorlichtingsfolder van een cystoscopie;
- behandeling, bijvoorbeeld tonsillectomie;
- algemene ziekenhuisinformatie, zoals de wachttijden;
- gezondheidsinstellingen in de regio, bijvoorbeeld zorghotel;
- patiëntenverenigingen, zoals reumapatiëntenvereniging;
- rechten en plichten van de patiënt; denk hierbij aan inzage in het eigen medisch dossier.

Bureau Patiënten-
voorlichting

Public Relations & Perscontacten

Deze afdeling houdt zich onder andere bezig met:

- in- en externe communicatie;
- persvoorlichting en woordvoering directie;

Algemene zaken

Het cluster Algemene Zaken (CAZ) vervult tevens de functie van administratief centrum. Binnen dit cluster vallen de units Financiële en Medische Administratie (FMA) en de units Informatisering en Automatisering (I&A).

Cluster Kliniek en Facilitair Bedrijf (CKF)

Het cluster Kliniek en Facilitair bedrijf bestaat uit een aantal units zoals Centrale Sterilisatieafdeling (CSA), Centrale Scopereiniging (CSR) en logistiek; Huisvesting & Techniek; Operatiecentrum en de Verpleegunits.

Cluster Patiëntenzorg (CPZ)

Het cluster patiëntenzorg CPZ bestaat uit alle poliklinieken van zowel het beschouwend als het snijdend specialisme. Verderop in dit hoofdstuk zal het beschouwend en het snijdend specialisme nader worden toegelicht.

Casus 1.1

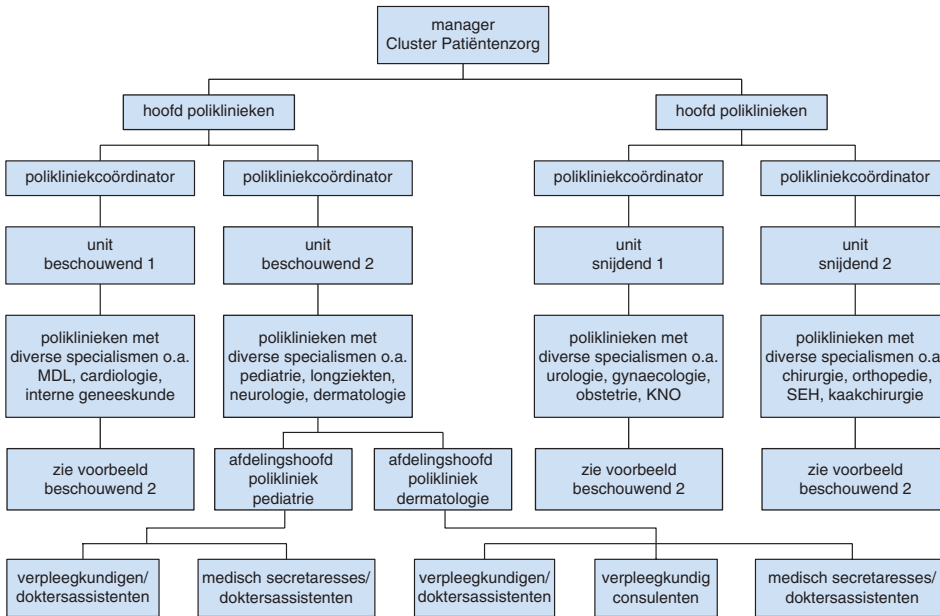
Je bent als doktersassistent werkzaam op de polikliniek Oogheelkunde. De telefoon gaat en je neemt op een correcte manier op. Het blijkt dat je een journalist van een regionaal dagblad aan de lijn hebt. Hij wil graag weten of het gerucht dat ons ziekenhuis een derde oogarts zal aantrekken op waarheid berust. Gelukkig ken je de organisatiestructuur van het ziekenhuis en je verbindt de journalist door met de afdeling Public Relations & Perscontacten. Na enige tijd gaat de telefoon weer en ditmaal meldt zich iemand die geïnteresseerd is in een baan binnen ons ziekenhuis als medisch secretaresse. Zij heeft namelijk vernomen dat er een derde oogarts wordt aangetrokken. Ook nu handel je professioneel en verbind je door met de afdeling Personeel, Organisatie & Opleidingen. Even later gaat opnieuw de telefoon. Een leverancier van medische apparatuur meldt dat de levering van de bestelde Canon CR-2 ten behoeve van fundusfotografie vertraging heeft opgelopen. Op jouw vraag hoe lang dit nog kan duren, kan de leverancier geen antwoord geven. Het is mooi dat je op de hoogte bent, maar degene die erover gaat moet dit maar verder afhandelen. Je verbindt de leverancier door met afdeling Inkoop. Inkoop zal jullie vervolgens over het verdere verloop informeren.

1.4 Structuur polikliniek

De poliklinieken werken tegenwoordig nauw samen met de verpleegafdelingen. Zelfs zo intensief dat verpleegkundigen en medisch secretaresses flexibel kunnen worden ingezet voor zowel de klinische als de poliklinische patiënt. De doktersassistent daarentegen verricht haar werkzaamheden op de polikliniek. De polikliniek wordt daarom specifiek toegelicht.

De beste weergave van de structuur poliklinieken is ook nu weer een organigram (▣ fig. 1.2). Dit organigram betreft de polikliniek Dermatologie, onderdeel van het cluster Patiëntenzorg.

Organigram Cluster Patiëntzorg



■ **Figuur 1.2** Organigram polikliniek

1.4.1 Toelichting organigram

Het cluster Patiëntzorg functioneert onder de verantwoordelijkheid van de manager Cluster Patiëntzorg c.q. het clusterhoofd Patiëntzorg.

Hoofd poliklinieken

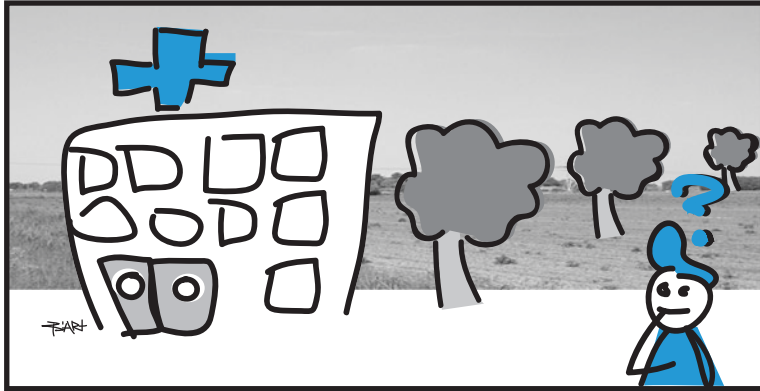
Het hoofd poliklinieken is verantwoordelijk voor het functioneren van alle afzonderlijke poliklinieken en ontwikkelt en bewaakt het kwaliteitsbeleid, het personeelsbeleid en het financieel beleid. Het hoofd poliklinieken legt verantwoording af aan de manager Cluster Patiëntzorg.

Polikliniekcoördinator

De polikliniekcoördinator (poco) stuurt een aantal (4 tot 6) poliklinieken aan en legt verantwoording af aan het hoofd poliklinieken.

Polikliniekenheden

De polikliniekenheden zijn ook weer onderverdeeld (■ [fig. 1.3](#)). Een polikliniekcoördinator van het CPZ, unit beschouwend 2 stuurt bijvoorbeeld de poliklinieken Dermatologie, Pediatrie, Longziekten en Neurologie aan. Een polikliniekcoördinator van het CPZ, unit snijdend 2 stuurt bijvoorbeeld Chirurgie, Orthopedie,



■ **Figuur 1.3** Poliklinieeenheden

Spoedeisende Hulp en Kaakchirurgie aan. Iedere polikliniek heeft een Afdelingshoofd, dat verantwoordelijk is voor de dagelijkse gang van zaken op de desbetreffende polikliniek. Als doktersassistent leg je verantwoording af aan het Afdelingshoofd. Ziekmelding, vrije dagen enzovoort regel je rechtstreeks met het Afdelingshoofd van jouw polikliniek. Een uitzondering op deze regel is de doktersassistent in dienst bij de specialist. De doktersassistent is bijvoorbeeld drie dagen per week werkzaam in het ZBC van de specialist en gaat twee dagen per week met de specialist mee naar het ziekenhuis waaraan hij/zij parttime verbonden is. In die situatie moet de doktersassistent vrij vragen bij de specialist.

1.5 Polikliniek

Op de polikliniek zijn alle afdelingen ondergebracht die verantwoordelijk zijn voor het optimaal verlopen van het spreekuur van de specialist. Ook de functieafdeling en de afdeling Poliklinische behandeling vallen hieronder. Binnen de poliklinieken zijn tal van specialismen vertegenwoordigd. Afhankelijk van de grootte van een ziekenhuis kunnen de verschillende poliklinieken en functieafdelingen worden verdeeld over drie tot zes polikliniekcoördinatoren (poco's).

Om een polikliniek goed te laten functioneren, zijn er tal van ondersteunende afdelingen in het leven geroepen, bijvoorbeeld het Centraal afsprakenbureau en de afdeling Opnameplanning en ontslag. Deze afdelingen vallen onder het cluster financiële en medische administratie, dat vervolgens weer rechtstreeks valt onder het cluster Beheerszaken. Ziekenhuizen hoeven overigens niet dezelfde benaming te hanteren. Zo kan het genoemde cluster bijvoorbeeld elders afdeling Zorg en administratie worden genoemd. Ook de subafdelingen kunnen in een ander ziekenhuis een andere naam hebben.

ondersteunende
afdelingen

1.5.1 Ondersteunende afdelingen

De afdeling Polikliniek is een zelfstandige afdeling. De volgende afdelingen bieden ondersteunende diensten:

- Centraal afsprakenbureau;
- Secretariaat polikliniek;
- Receptie polikliniek;
- Opnameplanning.

Centraal afsprakenbureau

Sommige algemene ziekenhuizen hebben een Centraal afsprakenbureau. Het Centraal afsprakenbureau is meestal vlakbij de ingang van de polikliniek gesitueerd. Patiënten kunnen hier afspraken maken voor het consulteren van een specialist. Als een specialist zijn afspraken laat regelen via het afsprakenbureau, worden de eigen doktersassistent of secretaresse veel minder zwaar belast.

Tegenwoordig is het ook mogelijk om online (via de website van het ziekenhuis) digitaal een afspraak te maken. Bij het Centraal afsprakenbureau wordt ook de patiëntenpas gemaakt. Verderop wordt het afsprakenbureau nader toegelicht (► par. 5.3).

Secretariaat polikliniek

Ieder specialisme heeft een eigen medisch secretariaat. Dit secretariaat staat los van de polikliniek van de specialist. Over het algemeen is dit secretariaat wel gesitueerd op de polikliniek waar de specialist zijn spreekuur heeft.

Op dit secretariaat worden secretariële werkzaamheden uitgevoerd, zoals het uitwerken van de medische correspondentie, het verzorgen van de financiële administratie, het voeren van telefonische gesprekken met betrokken instanties, zoals de zorgverzekeraar en het behandelen van de post. Het zijn meestal medisch secretaresses die hier werken.

Receptie polikliniek

Onder Receptie polikliniek wordt verstaan de afdeling c.q. de ruimte waar de specialist zijn spreekuur heeft. De Receptie polikliniek heeft tot taak de patiënt te ontvangen, de digitale dossiers van de patiënt te controleren op bijvoorbeeld NAW-gegevens en uitslagen, patiënten voor consult binnen te roepen, patiënten door te verwijzen naar diverse afdelingen, enzovoort.

De werkzaamheden op de Receptie polikliniek kunnen zowel door een doktersassistent als door een medisch secretaresse worden uitgevoerd. Bij sommige specialismen is het noodzakelijk dat er zowel een doktersassistent als een medisch secretaresse aanwezig is. Denk bijvoorbeeld aan de poliklinieken Gynaecologie, Chirurgie, Dermatologie, Allergologie, Kaakchirurgie of de Pijnpoli.

Het is ook mogelijk dat de Receptie polikliniek een dubbelrol vervult en tegelijkertijd functioneert als Secretariaat polikliniek. Er is dan geen aparte ruimte gereserveerd voor het secretariaat.

dubbelrol

Opnameplanning

Deze afdeling regelt centraal de opnames van de patiënten. De afdeling heeft een totaaloverzicht van het beddenbestand. Als een patiënt op indicatie van de specialist klinisch behandeld dient te worden, plaatst de afdeling Opnameplanning de patiënt op de wachtlijst, tenzij er sprake is van een spoedopname. Als de patiënt wordt ontslagen, zal de afdeling de daarbij behorende werkzaamheden uitvoeren en vervolgens een andere patiënt voor opname inplannen.

Het is overigens maar goed dat er bedden worden gereserveerd voor spoedopname, anders zou het de patiënt uit ► casus 1.2 slecht zijn vergaan.

Bij grotere ziekenhuizen – met een polikliniek van minimaal acht tot tien specialisten – kan de planning van opname door de eigen doktersassistent of medisch secretaresse worden uitgevoerd. Vooral snijdende specialisten maken hier gebruik van. De doktersassistent of medisch secretaresse van het snijdend specialisme plant in samenspraak met het operatiekamercomplex de operatie, de operatieduur en reserveert de operatiekamer. Vervolgens wordt dit (digitaal) doorgegeven aan Bureau Opnameplanning, zodat zij de opname of short stay kunnen inplannen.

snijdend
specialisme

Casus 1.2

Amice collega,

Via de afdeling Spoedeisende Hulp zagen wij een paranoïde-psychotische 32-jarige man, die in beide oren een balpen had gestopt. Beiderzijds staken deze nog ongeveer 3 centimeter uit zijn oor. Patiënt had weinig pijn, er was nauwelijks bloedverlies en het gehoor leek niet verminderd. Bij onderzoek was de nervus-facialisfunctie niet gestoord. In de farynx waren geen afwijkingen zichtbaar.

Op de CT-scan werd zichtbaar dat de pennen tussen de kraakbenige en benige gehoorgang in het spatium parapharyngeale terecht waren gekomen, vóór de wervelkolom en achter het slijmvlies van de nasofarynx langs. De vaatzenuwstreng was niet geraakt.

In narcose zijn beide pennen verwijderd, er trad geen bloeding op en behoudens de laesies gemaakt door de pennen, waren de gehoorgang en het trommelvlies beiderzijds intact. Bij poliklinische nacontroles bleken de laesies snel en restloos te genezen.

*Met collegiale hoogachting,
XXX*

1.5.2 Medische registratie ten behoeve van de diagnostiek

Ziekenhuizen zijn verplicht om allerlei medische gegevens te melden aan de overheid. Alle ziekenhuizen sturen hun ontslaggegevens, waaronder ontslagdiagnose, naar Dutch Hospital Data (DHD), de landelijke databank. Kiwa Charity bewerkt deze gegevens. Ziekenhuizen krijgen via Kiwa Charity de gegevens teruggerapporteerd in de vorm van statistieken, waarin het ziekenhuis wordt vergeleken met het landelijk gemiddelde. Het ziekenhuis wordt hierdoor in staat gesteld om te analyseren waar de zwakke plekken zitten en hier actie op te ondernemen.

Dutch Hospital
Data

■ Tabel 1.1 Verpleegdagen in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (1927–2010)

| 1927 | 1931 | 1941 | 1951 | 1961 | 1971 | 1981 | 1991 | 1999 | 2007 | 2010 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 27,9 | 27,5 | 23,3 | 18,2 | 15,6 | 14,8 | 12,9 | 10,5 | 9,0 | 6,1 | 5,2 |

De ziekenhuizen versturen momenteel niet alleen meer ontslaggegevens maar ook gegevens over polikliniekbezoeken naar DHD.

Als doktersassistent werk je nauw samen met de afdeling Zorgregistratie. Je draagt mede zorg voor het doorgeven van een juiste ontslagdiagnose, opnameduur en polikliniekbezoeken. Dit doe je door middel van digitale formulieren.

Het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen heeft vanaf zijn oprichting in 1927 het gemiddelde aantal verpleegdagen geregistreerd (■ tab. 1.1). Zoals je ziet, lagen patiënten in het verleden veel langer in het ziekenhuis dan nu. In 1927 was het heel gewoon dat iemand voor een knieoperatie vijf maanden lang een ziekenhuisbed bezet hield en voor een nierbekkenontsteking was anderhalf jaar eerder regel dan uitzondering. Op dit moment houdt de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) de gemiddelde ligdagen bij met behulp van de DHD-data. Het landelijk gemiddelde in 2016 was 4,1 ligdagen.

Kader 1.1

Spanje: twaalf doden na fatale hemodialyse

In de Spaanse steden Valencia, Madrid en Barcelona zijn in augustus twaalf mensen overleden tijdens of vlak na een nierdialyse. Alles lijkt erop te wijzen dat de oorzaak gezocht moet worden in nieuwe filters van het bedrijf Baxter.

Op 21 augustus van dit jaar stierven twee patiënten op de hemodialyse van het privéziekenhuis in Madrid. Een derde patiënt die gelijktijdig de behandeling onderging, stierf even later thuis. Omdat de drie dialyseapparaten door één en dezelfde verpleegkundige bediend werden, kreeg zij de schuld; haar werd grove nalatigheid en technische ondeskundigheid verweten, hoewel zij toch al een aantal jaren op de afdeling werkte. De beschuldigingen werden weer ingetrokken toen een dag later – de verpleegkundige had toen geen dienst – wederom een nierpatiënt tijdens de dialyse overleed. Er volgden nog twee doden op 27 en 29 augustus. In andere ziekenhuizen, waar ook werd gewerkt met de nieuwe Baxter-filters, overleden in totaal twintig mensen.

Waarschijnlijk zou in Nederland het euvel van de nieuwe filters eerderesignaleerd worden door de meldingsplicht aan de landelijke databank DHD.

1.5.3 Medische bibliotheek

Op de afdeling Medische bibliotheek kunnen specialisten documentatie opvragen over een bepaalde ziekte, een bepaalde medische ontwikkeling enzovoort. De medische bibliotheek is ook toegankelijk voor het paramedisch personeel.

Tegenwoordig spreekt men liever van bibliotheek zonder meer, omdat ook gegevens die niet direct betrekking hebben op medische onderwerpen opgeslagen en opgevraagd kunnen worden.

1.6 Vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst

Er wordt onderscheid gemaakt tussen vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst. Vrijgevestigde specialisten hebben geen arbeidsovereenkomst met het ziekenhuis: er bestaat geen werkgever/werknemerverhouding. Wel is er een samenwerkingsovereenkomst gesloten tussen het ziekenhuis en het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB), voorheen Maatschap. Alle vrijgevestigde medisch specialisten zijn bij de wet verplicht (sinds 2015) een medisch specialistisch bedrijf binnen het ziekenhuis op te richten (MSB). Een vrijgevestigde specialist is een zelfstandig ondernemer binnen het ziekenhuis en heeft een variabel inkomen. Specialisten in loondienst daarentegen krijgen een vast maandsalaris en zijn in dienst van het ziekenhuis.

Specialisten werkzaam in een academisch ziekenhuis zijn altijd in loondienst, specialisten verbonden aan een algemeen ziekenhuis kunnen in loondienst of vrijgevestigd zijn. Het ministerie van Volksgezondheid stimuleert een beleid waarin alle specialisten in loondienst van het ziekenhuis zijn. Uit diverse wetenschappelijke onderzoeken is namelijk gebleken dat de prikkel tot meer behandelen sterker speelt bij vrijgevestigde specialisten dan bij specialisten in loondienst.

prikkel tot meer behandelen

1.6.1 Onkosten vrijgevestigde specialisten

Aan het gebruik van de polikliniekruimte zijn voor de vrijgevestigde specialist kosten verbonden. De specialist huurt per m² ruimte in de polikliniek van het ziekenhuis en, als het om een snijdend specialisme gaat, betaalt de specialist ook bijvoorbeeld voor het gebruik van de operatiekamer.

1.6.2 Onkosten specialisten in loondienst

Aan specialisten in loondienst worden geen kosten voor de huur van de polikliniekruimte en andere vormen van dienstverlening (afsprakenbureau, secretariaat, enzovoort) in rekening gebracht.

1.7 Medisch specialisten

Van oudsher bestaat er een globale driedeling binnen de geneeskunde: interne geneeskunde, chirurgie en verloskunde. Hieruit ontwikkelden zich in de loop der jaren de overige specialismen (▣ tab. 1.2). De huidige specialismen worden verdeeld in drie hoofdgroepen, te weten:

- ▣ snijdend specialisme;
- ▣ beschouwend specialisme;
- ▣ ondersteunend specialisme.

specialismen

Tabel 1.2 Aantal medisch geregistreerde specialisten in Nederland (2011–2015)
(Bron: KNMG Opleiding en Registratie)

| specialisme/profiel | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| allergologie | 10 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| anesthesiologie | 1.746 | 1.805 | 1.852 | 1.821 | 1.869 |
| arbeid en gezondheid – bedrijfsgeneeskunde | 2.038 | 1.992 | 1.936 | 1.885 | 1.780 |
| arbeid en gezondheid – verzekeringsgeneeskunde | 1.010 | 1.005 | 978 | 989 | 962 |
| cardiologie | 1.022 | 1.072 | 1.099 | 1.088 | 1.120 |
| cardio-thoracale chirurgie | 141 | 143 | 147 | 143 | 150 |
| dermatologie en venerologie | 523 | 538 | 551 | 554 | 587 |
| geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten | 184 | 200 | 206 | 214 | 228 |
| heelkunde | 1.317 | 1.386 | 1.424 | 1.378 | 1.411 |
| huisartsgeneeskunde | 11.608 | 11.912 | 12.195 | 12.464 | 12.731 |
| interne geneeskunde | 2.104 | 2.168 | 2.237 | 2.170 | 2.251 |
| interne geneeskunde-allergologie | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| keel- neus- oorheelkunde | 523 | 531 | 554 | 518 | 550 |
| kindergeneeskunde | 1.484 | 1.532 | 1.553 | 1.514 | 1.563 |
| klinische chemie | 23 | 23 | 23 | 19 | 19 |
| klinische genetica | 125 | 132 | 147 | 147 | 154 |
| klinische geriatrie | 196 | 210 | 226 | 239 | 258 |
| longziekten en tuberculose | 582 | 622 | 642 | 622 | 656 |
| maag-darm-leverziekten | 414 | 442 | 471 | 485 | 512 |
| maatschappij en gezondheid | 886 | 867 | 853 | 842 | 787 |
| medische microbiologie | 259 | 273 | 286 | 283 | 291 |
| neurochirurgie | 146 | 152 | 155 | 157 | 163 |
| neurologie | 904 | 931 | 964 | 944 | 982 |
| nucleaire geneeskunde | 168 | 179 | 188 | 187 | 189 |
| obstetrie en gynaecologie | 1.035 | 1.072 | 1.106 | 1.078 | 1.118 |
| oogheelkunde | 705 | 729 | 735 | 716 | 757 |
| orthopedie | 695 | 743 | 785 | 789 | 821 |

Tabel 1.2 Vervolg.

| specialisme/profiel | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| pathologie | 423 | 437 | 445 | 439 | 463 |
| plastische chirurgie | 290 | 306 | 319 | 325 | 335 |
| profiel beleid en advies | 175 | 164 | 161 | 169 | 177 |
| profiel forensische geneeskunde | 185 | 148 | 143 | 137 | 138 |
| profiel infectieziektebestrijding | 90 | 96 | 100 | 108 | 120 |
| profiel Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde | – | – | – | – | 270 |
| profiel jeugdgezondheidszorg | 851 | 893 | 949 | 978 | 1.041 |
| profiel medische milieukunde | 13 | 13 | 14 | 15 | 15 |
| profiel soc. med. indicatiestelling en advisering | 63 | 63 | 61 | 54 | 54 |
| profiel spoedeisende geneeskunde | 252 | 297 | 353 | 402 | 448 |
| profiel tuberculosebestrijding | 20 | 24 | 25 | 25 | 28 |
| profiel verslavingsgeneeskunde | – | – | 97 | 196 | 203 |
| profiel ziekenhuisgeneeskunde | – | – | – | – | 1 |
| psychiatrie | 3.175 | 3.299 | 3.397 | 3.416 | 3.535 |
| radiologie | 1.127 | 1.193 | 1.239 | 1.209 | 1.266 |
| radiotherapie | 277 | 287 | 301 | 298 | 315 |
| reumatologie | 285 | 294 | 304 | 316 | 335 |
| revalidatiegeneeskunde | 490 | 507 | 521 | 527 | 558 |
| specialisme ouderengeneeskunde | 1.446 | 1.489 | 1.531 | 1.571 | 1.568 |
| sportgeneeskunde | – | – | – | 123 | 137 |
| urologie | 411 | 427 | 444 | 432 | 452 |
| Totaal | 39.432 | 40.616 | 41.737 | 42.006 | 43.388 |

1.7.1 Snijdend specialisme

Enkele voorbeelden van snijdende specialismen:

- Orthooped: specialist op het gebied van aangeboren misvormingen, groeistoornissen en aandoeningen van het bewegingsapparaat.
- Neurochirurg: specialist voor operaties aan hersenen, ruggenmerg en zenuwen.
- Uroloog: specialist voor aandoeningen van nieren, blaas, urinewegen en de mannelijke geslachtsorganen.
- Plastisch chirurg: specialist voor de operatieve correcties van defecten aan de oppervlakte (het zichtbare deel) van het lichaam.
- Gynaecoloog: specialist op het gebied van de vrouwelijke geslachtsorganen en op het gebied van verloskunde.
- Obstetricus: specialist in de verloskunde.
- Verder kennen we nog tal van andere snijdende specialismen, bijvoorbeeld oogarts, KNO-arts, algemeen chirurg en kaakchirurg.

1.7.2 Beschouwend specialisme

- Internist: specialist voor inwendige ziekten. Dit specialisme bestrijkt een groot terrein. De internist behandelt over het algemeen de aandoeningen van hart, bloed en bloedvaten, stofwisselingsstoornissen, ziekten van het maag-darmkanaal, ademhalingsstelsel en de uitscheidingsorganen.

Op deze gebieden kennen wij de verdere specialisaties:

- Cardioloog: specialist op het gebied van hart en bloedvaten.
- Longarts: specialist op het gebied van stoornissen van het ademhalingsapparaat.
- Gastro-enteroloog (MDL-arts): specialist die stoornissen van het maag-darmkanaal behandelt.
- Neuroloog: specialist op het gebied van hersenen, ruggenmerg en zenuwen.
- Psychiater: specialist op het gebied van 'zielsziekten'.
- Dermatoloog: specialist voor huidziekten.
- Pediater: specialist op het gebied van afwijkingen en ziekten bij kinderen.
- Geriater: specialist ouderengeneeskunde. Het specialisme dat zich heeft toegelegd op ziekten en functiestoornissen bij ouderen.

Samenwerking snijdende en niet-snijdende specialisten

Van groot belang voor de patiënt is de nauwe samenwerking tussen chirurgische specialismen en interne specialismen. Bij vele chirurgische patiënten kunnen zich interne problemen voordoen, terwijl aan de andere kant vele 'interne' patiënten geopereerd moeten worden.

1.7.3 Ondersteunend specialisme

- Radioloog: specialist die zich bezighoudt met radioactiviteit en deze toepast in de geneeskunde.
- Hematoloog (valt onder klinische chemie): specialist die zich bezighoudt met de bloedvormende organen en de fysiologie en pathologie van het bloed.
- Microbioloog: specialist die o.a. onderzoek doet naar ziekteverwekkers zoals bacteriën.

Casus 1.3

Je bent werkzaam als doktersassistent op de polikliniek Interne ziekten. De telefoon gaat. De huisarts van patiënt A. Buis belt. De huisarts vraagt of het ziekenhuis de heer Buis met spoed kan ontvangen. De heer Buis heeft obstructieve mictieklachten, waarschijnlijk een distale uretersteen. Je realiseert je direct dat de huisarts het verkeerde telefoonnummer heeft ingetoetst en je verbindt de huisarts door met de polikliniek Urologie. Jouw kennis betreffende het behandelgebied van de diverse specialismen komt je goed van pas.

1.8 Kwaliteitsbeleid

Er kunnen nog zoveel specialismen in het ziekenhuis vertegenwoordigd zijn, er kunnen tal van ondersteunende afdelingen in het leven geroepen zijn, maar als het ziekenhuis niet over kwaliteit beschikt, zal de organisatie niet of nauwelijks functioneren. Ieder ziekenhuis heeft daarom een kwaliteitsbeleid ingesteld.

NIAZ

Eind 1998 werd het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) opgericht door de Vereniging van Ziekenhuizen (NvZ), de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ), de Orde van Medisch Specialisten en de Stichting Proefproject ACcreditatiE (PACE). Door de NIAZ werd een 'kwaliteitsborgingsnorm' voor zorginstellingen ontwikkeld. Deze norm beschrijft aan welke organisatorische voorwaarden een ziekenhuis moet voldoen om kwaliteitszorg te waarborgen: wat moet er allemaal geregeld zijn om te zorgen dat de kwaliteit van de geleverde zorg niet van personen of toeval afhankelijk is (►kader 1.2). Door deze normbeschrijving wordt de kwaliteit van de zorg inzichtelijk en is zij meetbaar. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de naleving van de kwaliteitswet en de kwaliteit voor de zorgverlening in het bijzonder.

IGZ

Voor het behoud van de kwaliteit van de gezondheidszorg is een systeem voor klachtbehandeling onontbeerlijk. Instellingen in de zorgsector dienen over een klachtencommissie te beschikken. Patiënten kunnen klachten over de zorgaanbieder ook indienen bij het Medisch Tuchtcollege.

klachtencommissie

Wil men een hoog kwaliteitsniveau nastreven, dan dient de organisatie de patiënt centraal te stellen, dat wil zeggen de zorg af te stemmen op de wensen en belangen van de patiënt (►casus 1.4).

Kader 1.2

Er worden hier enkele kwaliteitseisen genoemd voor ziekenhuizen, opgesteld door het NIAZ:

- Er dienen afspraken te bestaan over de maximale poliklinische en klinische wachttijden.
- Bespreken van het zorgplan met patiënten.
- Er dienen protocollaire afspraken te zijn tussen eerste en tweede lijn over verwijzing en diagnostisch onderzoek door de huisarts.
- Een specialisme wordt regelmatig gecontroleerd door de betreffende beroepsvereniging.
- Er wordt een hoog niveau van medische en specialistische kennis en vaardigheden gehandhaafd.
- Door permanente scholing van de medewerkers wordt de deskundigheid bevorderd.

Alle afdelingen maken jaarlijks een opleidingsplan om de kwaliteit van het aanwezige personeel te waarborgen. Op de poliklinieken worden voor alle medewerkers regelmatig scholingscursussen georganiseerd, ook voor de doktersassistent.

opleidingsplan

In de volgende hoofdstukken zal het kwaliteitsaspect aan de orde blijven komen.

Casus 1.4

Bij een man van 49 jaar, bekend met oesofaguscarcinoom kan op korte termijn in een algemeen ziekenhuis geen aanvullend diagnostisch onderzoek worden verricht, omdat wegens kostenbesparing de defecte apparatuur niet is vervangen. Het kost enige tijd voordat er in een ander ziekenhuis mogelijkheden zijn voor het onderzoek.

In het academisch ziekenhuis kan een 31-jarige vrouw met lateraalsclerose bij respiratoire insufficiëntie niet acuut worden beademd wegens capaciteitsgebrek op de IC. Patiënte kan pas ruim 20 uur later worden opgenomen op de IC.

Zoals gezegd: wil men een hoog kwaliteitsniveau nastreven, dan dient de organisatie de patiënt centraal te stellen, dat wil zeggen de zorg afstemmen op de wensen en belangen van de patiënt.

1.8.1 Gedragscodes

Om kwaliteit van de te leveren zorg te waarborgen heeft de directie van elk ziekenhuis gedragscodes opgesteld. Alle patiënten, bezoekers en medewerkers van een ziekenhuis dienen zich te gedragen volgens deze gedragscode. Deze gedragsregels zijn in Nederland overal hetzelfde, al kan de formulering per ziekenhuis verschillen. De volgende punten komen erin tot uiting:

- In de zorgverlening van het ziekenhuis staat de patiënt centraal.
- Discriminatie is uit den boze: iedereen heeft recht op gelijke behandeling. Er is respect voor elkaars levensbeschouwing, gewoonten, waarden en normen, enzovoort.

- In het ziekenhuis worden agressie, geweld en bedreiging niet getolereerd.
- In het ziekenhuis gelden regels voor bescherming, veiligheid en privacy. Deze regels worden door iedereen nageleefd.
- Seksuele intimidatie wordt niet geaccepteerd. Wat voor de één onschuldig lijkt, kan voor de ander intimiderend zijn. Het gaat erom wat de ander ervaart, dat is de norm.
- Men is zorgvuldig met de eigendommen van andere mensen en met die van het ziekenhuis. Iedereen die zich in het ziekenhuis bevindt, blijft zelf verantwoordelijk voor zijn of haar eigendommen.
- Geen spullen toe-eigenen die van een ander of van het ziekenhuis zijn.
- Iedereen werkt in het ziekenhuis met een positieve inzet. Er is respect voor de deskundigheid en opvattingen van anderen en er is een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de prestaties van het ziekenhuis.

Zorginformatiesysteem

Samenvatting

Informatie- en communicatietechnologie (ICT) is niet meer weg te denken in de gezondheidszorg. 'Verwerken van patiënt-gerelateerde informatie' is een werkproces in het kwalificatiedossier doktersassistent. De inhoud van dit werkproces komt uitgebreid aan de orde in dit hoofdstuk. De doktersassistent verricht administratieve werkzaamheden en registreert digitaal NAW-gegevens en het BurgerServiceNummer (BSN) in het gehanteerde informatiesysteem. Zij registreert relevante gegevens in de elektronische patiëntendossiers (EPD) en houdt de gegevens actueel. Verder wordt summier aandacht geschonken aan het e-healthdossier, de nieuwe internettechnologie om de gezondheidszorg te verbeteren of te ondersteunen.

- 2.1 Inleiding – 25**
- 2.2 ICT en gezondheidszorg – 25**
- 2.3 Elektronisch patiëntendossier – 25**
- 2.4 BurgerServiceNummer – 27**
- 2.5 Het registreren van patiëntgegevens – 27**
 - 2.5.1 Patiëntregistratie – 27
 - 2.5.2 Nieuwe inschrijving – 28
 - 2.5.3 Basisgegevens – 30
 - 2.5.4 Verzekeringsgegevens – 30
 - 2.5.5 Extra gegevens – 30
 - 2.5.6 Verkorte registratie – 32

- 2.5.7 Mutaties – 32
- 2.5.8 Zoeken – 34
- 2.5.9 Noodprocedure – 34
- 2.5.10 Overige patiënttyperingen – 35
- 2.5.11 Patiëntinformatie in het ZIS – 35
- 2.5.12 E-health – 36
- 2.5.13 Kwaliteitsrichtlijnen NIAZ bij zorgweigerig – 37

2.1 Inleiding

Voordat je als doktersassistent beroepsmatig goed kunt functioneren op een polikliniek, zul je kennis moeten verwerven over het elektronisch informatiesysteem dat ziekenhuizen gebruiken. Dit systeem wordt ook wel het zorginformatiesysteem (ZIS) genoemd. Dit is een ICT-systeem dat ziekenhuizen ondersteunt in het werkproces, zowel zorginhoudelijk als administratief. In een dergelijk systeem kun je alle zaken met betrekking tot de patiënt en zijn behandeling digitaal registreren. Dit registratieproces heeft als doel dat de behandelaar de patiënt efficiënt en effectief kan helpen en dat belanghebbenden op ieder gewenst moment kunnen beschikken over actuele informatie met betrekking tot de zorgvraag en de afhandeling daarvan. Het is daarom heel erg belangrijk om de verschillende gegevens van de patiënt op de juiste manier te registreren in het ZIS. In dit hoofdstuk worden in grote lijnen de mogelijkheden van het zorginformatiesysteem (ZIS) besproken. Er zijn meerdere ZIS-aanbieders in Nederland, waaronder bijvoorbeeld ChipSoft en Epic. Wij houden ons in dit lesboek bezig met ChipSoft. Veel Nederlandse ziekenhuizen gebruiken een ZIS-product van ChipSoft. Het toepassen van deze theoretische kennis zal in de praktijk, in een ziekenhuis, moeten plaatsvinden, bij voorkeur tijdens de beroepspraktijkvorming (BPV).

zorginformatiesysteem

2.2 ICT en gezondheidszorg

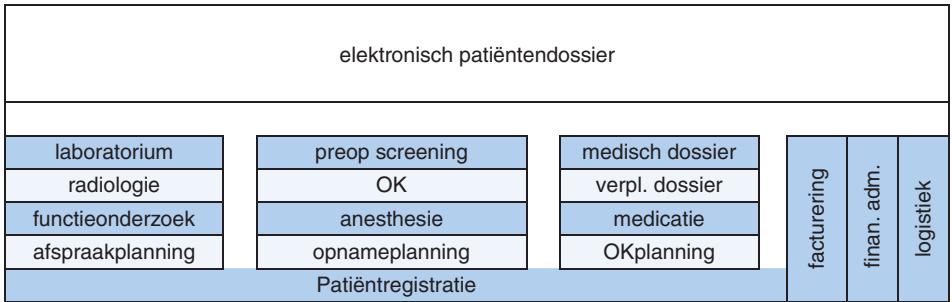
Informatie en communicatie zijn in de zorg van levensbelang. Zorgaanbieders en patiënten gebruiken steeds vaker elektronische middelen om met elkaar te communiceren en informatie te delen. De voorzieningen die hiervoor nodig zijn, worden aangeduid met de term ICT: informatie- en communicatietechnologie. Het beseft dat ICT in de gezondheidszorg een verbetering van de zorgsituatie kan opleveren, wordt breed onderschreven. Er zijn rapporten verschenen van onder andere de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), waarin geconcludeerd wordt dat ICT een bijdrage kan leveren aan het oplossen van problemen in de zorgsector, zoals lange wachtlijsten, ‘verkeerde’ patiënten in de ‘verkeerde’ bedden, personeelstekorten en het vóórkomen van behandelfouten.

ICT

2.3 Elektronisch patiëntendossier

Het papieren dossier heeft plaats gemaakt voor het ‘elektronisch patiëntendossier’ (EPD). Een EPD bestaat uit verschillende keuzemenu’s. Ieder keuzemenu (■ fig. 2.1) geeft door middel van een tabblad de activiteit aan zoals: afspraakplanning, medicatie, laboratorium, patiëntregistratie etc.

Als je als doktersassistent een afspraak met de patiënt moet maken, activeer je het keuzemenu/tabblad ‘afspraakplanning’, als je een nieuwe patiënt gaat inschrijven of een mutatie in de NAW-gegevens moet aanbrengen, activeer je het keuzemenu ‘patiëntregistratie’. Als je een keuzemenu activeert, worden er weer verschillende opties aangeboden. Bijvoorbeeld bij keuzemenu ‘Medisch dossier’, worden o.a. de opties: dashboard, consult, orders, registratie, brieven en multimedia zichtbaar. Een EPD is vaak geïntegreerd in een zorginformatiesysteem.



■ **Figuur 2.1** Schematische weergave tabbladen EPD

The screenshot shows a complex medical information system interface for a cardiology patient. The main window is divided into several panels:

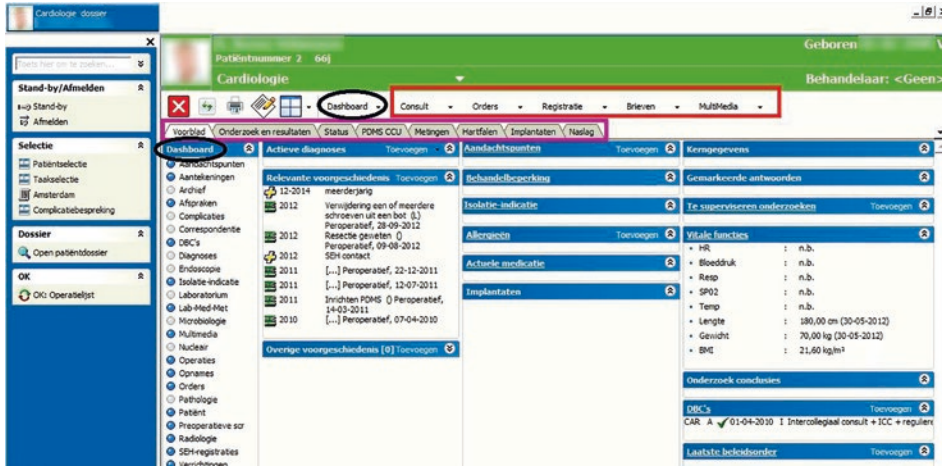
- Left Panel:** A navigation menu with options like 'Nieuw', 'Status', 'Metingen', 'Hartfalen', 'Implantaten', and 'EPD Dashboard' (circled in red).
- Top Panel:** Patient details including name, age (64), and gender (M).
- Central Panel:** Medical history and active diagnoses. It lists conditions like 'Arteriële vaatafn / stenose' and 'coronaire atherosclerose'. There are also sections for 'Behandelbeperking' and 'Medicatie'.
- Right Panel:** 'Kerngegevens' (key data) showing the latest conclusion and treatment, and 'Vitale functies' (vital signs) with values for HR, blood pressure, resp, SpO2, temp, weight, and BMI.
- Bottom Panel:** A section for 'Beelden' (images) with a table showing dates and descriptions of scans.

■ **Figuur 2.2** Voorbeeld van een ZIS EPD Cardologie 1

Het verschilt per softwareleverancier hoe een EPD eruit kan zien. In **fig. 2.2** zien wij het EPD, (keuzemenu 'Medisch dossier') van een patiënt met een cardiologie-dossier.

In beide dossiers geeft het voorblad een overzicht van de belangrijkste informatie over de patiënt. De keuzeopties die je kunt zien, zijn de acties die je voor deze patiënt kunt uitvoeren, zoals het uitzetten van een order (zie ►H. 5) en het maken/versturen van een brief. De opties die hier worden aangeboden, kunnen verschillen per dossier en per functie. De opties in het omcirkelde kader (voorbeeld) hebben betrekking op het dossier van de patiënt. Hier zijn bijvoorbeeld de statussen te vinden en, in dit geval, ook eventuele metingen. In het '(EPD) Dashboard' (de zwarte kaders, **fig. 2.3**) worden overige informatiebronnen, zoals allergieën getoond. Het is verstandig om beide overzichten te bestuderen en kennis te nemen van de vele mogelijkheden die het ZIS biedt.

2.5 · Het registreren van patiëntgegevens



■ **Figuur 2.3** Voorbeeld van een ZIS EPD Dashboard Cardiologie 2

2.4 BurgerServiceNummer

Om de elektronische registratie goed toegankelijk te maken, heeft de overheid besloten tot de invoering van het BurgerServiceNummer (BSN) in de zorg. Dit BSN (een versleuteling van het sofinummer) fungeert als uniek identificerend patiëntnummer. Het is mogelijk om bij iedere patiënt het BSN vast te leggen en om op BSN te zoeken in de patiëntselectie binnen een ZIS.

Verder is er een identificatieverplichting ingevoerd. Iedere patiënt die zich bij een ziekenhuis meldt met een zorgvraag, is verplicht zich te legitimeren. Het is mogelijk om binnen de ZIS-registratie een (pas)foto van de patiënt op te nemen, die zichtbaar wordt zodra een patiënt in het ZIS-systeem wordt geactiveerd. Verder is het mogelijk om met behulp van het BSN het verzekeringsrecht van de patiënt te controleren voordat de patiënt een consult of behandeling krijgt.

identificatiever-
plichting

2.5 Het registreren van patiëntgegevens

2.5.1 Patiëntregistratie

Met bovengenoemde kennis van het BSN en de identificatieverplichting zou je als doktersassistent een nieuwe patiënt kunnen registreren in het ZIS. Bij de eerste elektronische patiëntregistratie kunnen, naast de sociografische gegevens, verzekeringsgegevens en het BSN, ook direct de vaste medische gegevens worden vastgelegd. Door een vroegtijdige vastlegging van deze patiëntgegevens zal de patiënt beter (op maat) kunnen worden geholpen en kan de patiënt meer vertrouwen krijgen in een zorgvuldige behandeling (■ fig. 2.4).

■ **Figuur 2.4** Het venster 'Patiëntgegevens'

patiënteigen-
schappen

In het venster 'Patiëntregistratie' zijn meerdere opties/tabbladen te vinden waarin informatie kan worden opgenomen en geraadpleegd. Het eerste tabblad 'Basisgegevens' patiënteigenschappen geeft een overzicht van persoonlijke informatie, burgerlijke staat, informatie of patiënt deel uitmaakt van een meerling enzovoort. Het tweede tabblad 'Extra gegevens' geeft een overzicht van o.a. rekeningnummer en spreektaal van de patiënt. Verder kunnen eventuele allergieën en behandelbeperking worden geregistreerd. Het derde tabblad 'Verzekeringen' spreekt voor zich. Het vierde tabblad 'Contacten' kan o.a. gebruikt worden om de contactpersonen te registreren, die benaderd kunnen worden als er iets met de patiënt gebeurt. Tabblad 'Patiënthistorie' geeft de statisch medische gegevens weer.

2.5.2 Nieuwe inschrijving

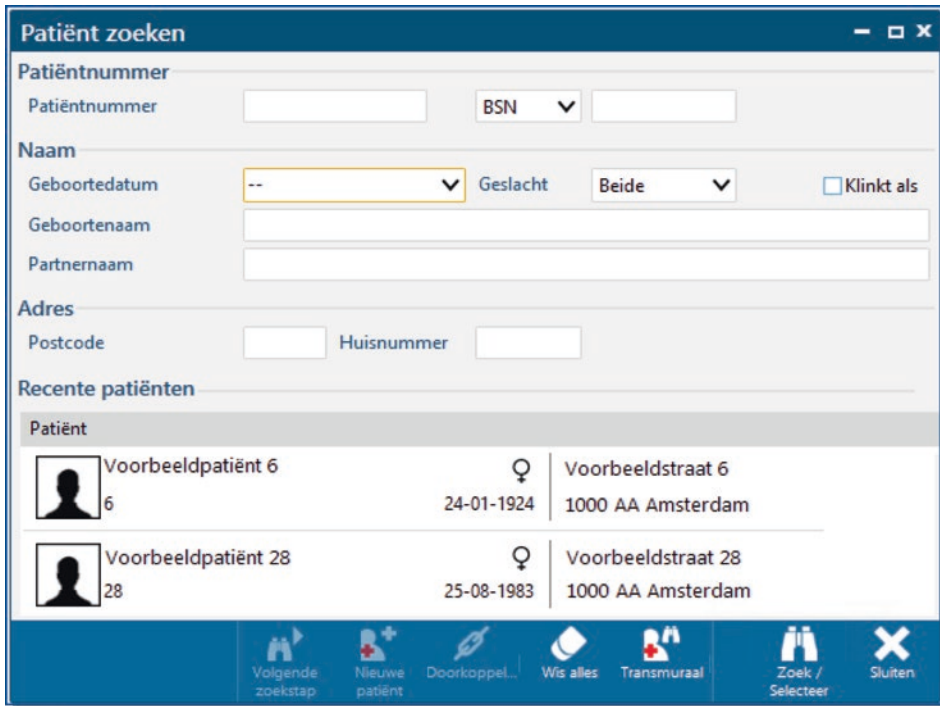
persoonsgegevens

Hoe wordt een nieuwe patiënt ingeschreven? Iedere geregistreerde patiënt krijgt een uniek patiëntnummer, waaronder hij in het ziekenhuis bekend is. Het ZIS geeft altijd eerst een overzicht van alle patiënten die voldoen aan de ingevoerde persoonsgegevens. Als geen van de gevonden patiënten de juiste is, kan een nieuwe patiënt worden ingeschreven. Er verschijnt een apart venster met de vraag of er een nieuwe patiënt ingeschreven moet worden (■ fig. 2.5 en 2.6).

2.5 · Het registreren van patiëntgegevens



■ Figuur 2.5 Nieuwe patiënt inschrijven



■ Figuur 2.6 Het venster 'Patiënt zoeken'

Casus 2.1

Lotte Nienhuis, geboren 18-04-1986, wonende Koorman 9 te Groenlo, meldt zich voor het eerste consult op de polikliniek KNO. Via het venster 'Patiënt zoeken' voer je de naam 'Nienhuis', geboortedatum en m/v (geslacht) in. Het systeem geeft eerst een overzicht van alle patiënten die voldoen aan het opgegeven criterium. Er wordt geen Lotte Nienhuis geselecteerd en de patiënt kan worden ingeschreven (zie [fig. 2.4](#) en [2.6](#)).

2.5.3 Basisgegevens

De registratie van patiëntgegevens in een ZIS-systeem kun je met een minimum aan handelingen uitvoeren. Door koppeling aan de landelijke postcodetabel wordt na invoer van postcode en huisnummer het volledige adres van de patiënt automatisch correct geregistreerd. Als de patiënt volledig is geregistreerd, kun je bij elk volgende bezoek volstaan met het invoeren of scannen van het patiëntnummer. Vaak wordt er wel gevraagd of de patiënt nog hetzelfde adres en dezelfde huisarts heeft. Zo niet, dan kan dat meteen worden aangepast.

2.5.4 Verzekeringsgegevens

Om tot een goede financiële afhandeling te komen, moet je ook de gegevens van de zorgverzekeraar van de patiënt registreren. Deze zogeheten 'te belasten instanties' (TBI's) kunnen worden vastgelegd met een code. Een verzekeringsinstantie staat vaak met een bepaalde code in het systeem. Als deze code wordt ingevuld, linkt het systeem automatisch de juiste verzekeringsinstantie aan de patiënt.

TBI

2.5.5 Extra gegevens

Zoals gezegd geeft het tabblad 'Extra gegevens' een overzicht van persoonlijke informatie, zoals allergieën, behandelbeperking(en), dieetvoorschriften, spreektaal enzovoort.

Ook is het mogelijk om binnen dit keuzemenu een foto van de patiënt vast te leggen in de ZIS-registratie, het zogeheten EPD-dashboard ([fig. 2.7](#)). Deze foto kan worden getoond bij de patiëntgegevens. Dit EPD-dashboard kan door het ziekenhuis worden uitgebreid met patiëntcodes. Deze worden door het ziekenhuis zelf ingevoerd en staan voor bijvoorbeeld allergieën, MRSA-verdenking, dieetvoorschriften, maar ook voor niet-medische zaken als de debiteurenstatus (of er al dan niet een betalingsachterstand is) van de patiënt.

EPD-dashboard

Met het vastleggen van een patiëntfoto kan de specialist voordat een consult of onderzoek plaatsvindt, zich de patiënt nog even 'voor de geest halen'. Daarnaast is een foto, net als de ingevoerde legitimatieplicht, een van de middelen om fraude met patiëntenpassen te voorkomen ([casus 2.2](#)).



■ **Figuur 2.7** EPD-dashbord

Casus 2.2

Je werkt als doktersassistent op de receptie van de SEH. Je verricht hier administratieve werkzaamheden, zoals patiënten registreren en ontvangen, familieleden te woord staan, communiceren met de afdeling Opnameplanning als het om een spoedopname gaat, en bij een spoedeisende ingreep communiceer je met het OK-complex. In het weekend of in de avonduren, als het personeel van bijvoorbeeld Opnameplanning al naar huis is, zul je zelf de opname en een bed voor de patiënt moeten regelen.

Er is net een patiënt met een acute appendicitis binnengebracht. Het betreft de heer Bert Kool. Met behulp van het ZIS activeer je de medische gegevens van patiënt. Op het tabblad 'Patiëntenhistorie' zie je dat de heer Kool twee jaar geleden al een appendectomie heeft ondergaan. De chirurg kan bij lichamelijk onderzoek echter geen litteken vinden. De vermoedelijke diagnose appendicitis is ondertussen door middel van bloedonderzoek en het lichamelijk onderzoek gediagnosticeerd. Met behulp van het EPD-dashbord en het legitimatiebewijs van de patiënt controleer je de gegevens van de patiënt. Het blijkt dat de heer Bert Kool in werkelijkheid de heer Niels Kool is. De heer Niels Kool blijkt onverzekerd te zijn en mocht de patiëntenpas van zijn broer Bert Kool lenen, die wel verzekerd is tegen ziektekosten.

Toelichting op casus 2.2

Een ziekenhuis is verplicht bij levensbedreigende situaties zorg te verlenen, ook aan personen die niet verzekerd zijn. Denk hierbij aan een onverzekerde of illegale patiënt met een trauma aan het onderbeen met veel bloedverlies. Indien nodig wordt het onderbeen geamputeerd. Maar zodra de levensbedreigende situatie voorbij is, volgt direct ontslag. Er is ook geen nabehandeling. Een naar voorbeeld van een onverzekerd persoon is van een man, die zoutzuur in zijn oog had gekregen: de man werd niet geholpen, want er was geen sprake van een levensbedreigende situatie: de man is 'alleen maar' blind geworden.

In geval van acute appendicitis hoeft een ziekenhuis geen zorg te verlenen. De situatie is immers (nog) niet levensbedreigend. De doktersassistent uit de casus mag het geval van fraude niet doorgeven aan de politie. Daarmee zou zij haar beroepsgeheim schenden.

2.5.6 Verkorte registratie

Op sommige afdelingen - bijvoorbeeld op de Spoedeisende Hulp - is het vaak nodig om de gegevens van een patiënt zeer snel in het systeem vast te leggen. In zo'n geval kan met verkorte registraties worden gewerkt (► casus 2.3 en ■ fig. 2.8). In een verkorte registratie worden alleen de meest cruciale invoervelden getoond. Met controlelijsten kunnen de verkorte registraties achteraf worden getraceerd en gecompleteerd.

Casus 2.3

Gulden Bilici, geboren 11-04-1991, meldt zich bij de SEH met een schouderluxatie. Er zal repositie onder narcose worden uitgevoerd. Gezien het spoedeisende karakter van de klacht voert de doktersassistent een verkorte registratie in. Als de klacht is verholpen, kan zij de registratie van Gulden via de controlelijst completeren. De ontbrekende gegevens kunnen ook inmiddels door de familie zijn aangereikt.

2.5.7 Mutaties

Ook via de zogeheten wizards kunnen versnelde registraties worden doorgevoerd. Zo is het mogelijk om versneld de gegevens van een nieuwgeborene vast te leggen, waarbij voor ieder registratie-item (bijvoorbeeld adres en verzekering) kan worden aangegeven of de gegevens van de moeder dan wel van de vader moeten worden overgenomen (■ fig. 2.9).

verhuiswizard

Ook erg handig is de verhuiswizard. Via deze versnelde registratie kunnen in één handeling meerdere patiënten, bijvoorbeeld alle leden van een gezin, worden voorzien van een nieuw adres, een nieuwe huisarts, een nieuwe tandarts en/of een nieuwe apotheek. Een vrouwelijk persoon wordt bijvoorbeeld in het ZIS ingeschreven onder haar geboortenaam. Ook als zij trouwt blijft zij onder haar geboortenaam ingeschreven. Hiermee wordt verwarring voorkomen in het geval van scheiding of een (nieuw) huwelijk. Wel is er een link naar de mansnaam, maar de inschrijving onder de geboortenaam blijft gehandhaafd.

Toevoegen SEH-registratie

Registratiedatum/tijd 29-10-2015 13:29

Ongeveldatum/tijd 29-10-2015 _:_

Klacht

Patiënt

Behandelaar

Herkomst

Aanvrager

Beginstatus WK Wachtkamer

Detail Overige acties OK Annuleren

▣ **Figuur 2.8** Verkorte SEH-registratie

Babyregistratiewizard

Gegevens overnemen

Selecteer welke verzekering overgenomen moet worden

Achternaam

Adres

Telefoon

Huisarts

Apotheek

Verzekering van Eigen rekening

Hoofdverzekering Eigen rekening patient / Onbekende

Polisnummer

Aanvullende verzekering

Polisnummer

Overige acties Vorige Afronden Volgende Sluiten

▣ **Figuur 2.9** Babyregistratiewizard

patiëntzoekvenster

2.5.8 Zoeken

Voordat een nieuwe patiënt wordt geregistreerd, zal eerst moeten worden uitgesloten dat hij al in het patiëntenbestand is opgenomen. Dubbele inschrijvingen moeten worden voorkomen!

Het zoeken naar patiënten doe je via het patiëntzoekvenster (zie [fig. 2.6](#)). Dat kan op basis van veel verschillende criteria plaatsvinden. Veelgebruikte zoekcriteria zijn de naam ([▶ casus 2.4](#)), de geboortedatum, de postcode in combinatie met het huisnummer en de leeftijd van de patiënt.

Casus 2.4

Onze patiënt Lotte Nienhuis heeft zich bij ons gemeld op de polikliniek Chirurgie. Zij geeft aan niet eerder op de polikliniek Chirurgie geweest te zijn. Via het zoekvenster voer je de naam 'Nienhuis', geslacht en geboortedatum in om je ervan te overtuigen dat zij inderdaad nog niet bekend is in het poliklinisch patiëntenbestand. Via het zoekvenster blijkt dat zij vrij recentelijk is ingeschreven in ons ziekenhuis (polikliniek KNO). Op deze manier voorkom je een dubbele registratie.

spoedopname

2.5.9 Noodprocedure

Niet iedere ZIS-gebruiker zal bevoegd zijn om de gegevens van alle patiënten te raadplegen. Het kan voorkomen – bijvoorbeeld in het geval van een spoedopname – dat een niet-geautoriseerde gebruiker toch toegang moet krijgen tot de patiëntgegevens en dat de afscherming op behandelrelatie moet worden omzeild. In dat geval kan de gebruiker een noodprocedure opstarten ([▶ casus 2.5](#)).

Casus 2.5

Patiënt Annelien de Brabander wordt via de Spoedeisende Hulp in verband met een fluxus post partum binnen gebracht. Een spoedopname wordt geregeld. De op dat moment dienstdoende leerling-verpleegkundige op de afdeling heeft geen bevoegdheid van toegang tot het ZIS-systeem. Haar collega, die wel geautoriseerd is, is op dit moment niet direct beschikbaar. De leerling-verpleegkundige start een noodprocedure op.

De gebruiker moet aangeven om welke reden hij de patiëntgegevens moet raadplegen. Het gebruik, inclusief de opgegeven motivatie, wordt geregistreerd en is daarna inzichtelijk voor bevoegde personen ([fig. 2.10](#)).

The screenshot shows a software window titled 'Inzage Gynaecologie dossier'. At the top left is a yellow warning triangle icon. The main heading is 'Reden van inzage:'. Below this, there is a list of radio button options: '(Eerste) consult/contact', 'Intercollegiaal consult' (which is selected), 'Spoedopname', 'Ongeval', 'Overplaatsing', 'Beheer', and 'Anders, nl:'. A text input field is provided for the 'Anders, nl:' option. At the bottom right, there are two buttons: 'OK' with a checkmark icon and 'Sluiten' with an 'X' icon.

■ **Figuur 2.10** Noodprocedure

2.5.10 Overige patiënttyperingen

Een patiënt kan worden aangemerkt als VIP-patiënt. Een huisarts bijvoorbeeld wordt vaak aangemerkt als VIP-patiënt, ook een collega-specialist, een bekend politicus, leden van de koninklijke familie enzovoort. In dit geval moeten alle ZIS-gebruikers een noodprocedure opstarten (zie ■ fig. 2.10) om bij de gegevens van de patiënt te komen. Deze noodprocedures worden vervolgens geregistreerd en worden bewaakt door een daartoe bevoegd persoon.

Patiënten kunnen ook anoniem worden vastgelegd, bijvoorbeeld ten behoeve van de ‘openpoli-afspraken’, waarbij patiënten zich anoniem kunnen laten testen op een soa. Ook personeelsleden kunnen een specifieke typering krijgen wanneer zij in hun eigen ziekenhuis als patiënt geregistreerd zijn.

VIP-patiënt

anoniem

2.5.11 Patiëntinformatie in het ZIS

De patiëntinformatie die wordt ingevoerd in ZIS, is door het hele systeem zichtbaar, mits de gebruiker voldoende inzagerechten heeft. Wanneer een medisch secretaresse of doktersassistent van cardiologie bijvoorbeeld een vervolgafspraak maakt voor patiënt de heer S. Polak, krijgt de cardioloog die vervolgafspraak in zijn agenda te zien en staat de afspraak ook in het dossier van patiënt Polak. Als de cardioloog dezelfde patiënt doorverwijst naar de radioloog, dan is de relevante informatie die de cardioloog over de patiënt heeft geregistreerd zichtbaar voor de radioloog. De medisch secretaresse van radiologie ziet op de werklíjst op het werkblad dat er een afspraak met patiënt Polak ingepland moet worden,

en dat die patiënt al een vervolgspraak heeft staan voor de cardioloog. Op deze manier wordt de informatie efficiënt gebruikt en hoeven gegevens vaak maar één keer opgenomen worden. Ook kan er gemakkelijk gecommuniceerd worden tussen behandelaren en assistenten via een ZIS/EPD.

2.5.12 E-health

Als een patiënt naar het ziekenhuis wordt verwezen, gaat dit tijd kosten, zowel voor de patiënt als voor de specialist. In dit digitale tijdperk is het mogelijk om 'op afstand' werkzaamheden te verrichten voor je werkgever en waarom is het dan niet mogelijk om op afstand een specialist te raadplegen, of op afstand de behandelend specialist digitaal van informatie te voorzien? Als de patiënt digitaal zijn arts kan raadplegen, hoeft de patiënt geen vrij te vragen van werk of school en hoeft hij geen lange afstanden te reizen. Voor de arts daarentegen zal dit minder volle wachtkamers betekenen en afname van wachttijden. Daarnaast is het voor sommige aandoeningen niet echt noodzakelijk dat de arts zijn patiënt ziet en kan worden volstaan met een e-consult. Het fenomeen 'webspreekuur', 'teleconsultatie', 'multimedia' en monitoring is in ontwikkeling. Dit wordt e-health genoemd.

e-health

Maar wat is nou e-health? De definitie volgens Nictiz/NzA luidt als volgt: e-health is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren.

Internet als informatiebron voor de patiënt is iets waar de gezondheidszorg tegenwoordig niet meer omheen kan. Meer dan 65 % van de mensen raadpleegt internet voor medische informatie en één op de drie patiënten doet dat alvorens hij een arts bezoekt. Dit vraagt om een gewijzigde manier van consultering, zowel voor de arts als voor de patiënt. Patiënten willen online hun zorg regelen, zij willen via internet recepten aanvragen, een afspraak maken met de arts, of de arts een e-mail sturen met een vraag, enzovoort. Daarnaast vinden patiënten het steeds belangrijker om online eigen medische gegevens in te zien.

webportaal

De gezondheidszorg staat niet stil en gaat zich de komende jaren ontwikkelen in het elektronisch uitwisselen van informatie en de mogelijkheid voor online-consulten en -afspraken. Deze mogelijkheid bestaat er nu al in beperkte mate. Een huisarts kan bijvoorbeeld door middel van teleconsultatie en monitoring contact maken met de specialist. De specialist kan op een beeldscherm zowel zijn collega (huisarts) als de patiënt tegelijkertijd zien en kan vragen om in te zoomen op bijvoorbeeld de huidaandoening, knie, schouder enzovoort. Het enige verschil is dat de specialist de patiënt niet kan aanraken, de aandoening is dus niet tastbaar voor de specialist. Sommige ziektebeelden zijn al ver gevorderd met hun eigen webportaal. Zo kunnen diabetespatiënten hun bloedwaarden meten en doorgeven via de computer. Op het webportaal kunnen diabetespatiënten communiceren met 'lotgenoten', diabetesverpleegkundigen en met hun behandelend arts. Dermatologie heeft een app Huidmonitor ontwikkeld. Deze app helpt patiënten bij het controleren van hun huid op verdachte plekjes. Bij neurologie houden hoofdpijnpatiënten een aanvalsdagboek bij, waarbij zij de ernst, aard en duur van de hoofdpijn registreren en welke medicatie zij hebben ingenomen. De ingevulde dagboeken worden

direct omgezet in grafieken en tabellen en vervolgens zijn deze gegevens inzichtelijk voor de patiënt en de arts. Via teleconsultatie kan de arts op afstand advies aanvragen bij een andere arts. Soms door het uploaden van een foto, een ecg of andere aanvullende informatie. Het advies van de beoordelende specialist komt via ZorgDomein (zie ► par. 4.5) binnen enkele dagen terug bij de aanvragend huisarts. Teleconsultatie voorkomt in veel gevallen dat de patiënt een onnodig bezoek moet brengen aan het ziekenhuis (met de bijkomende kosten).

Zoals je ziet, e-health is in ontwikkeling. Het is goed om deze ontwikkeling te volgen.

Casus 2.6

Je bent doktersassistent in een huisartsenpraktijk en je ontvangt een e-mailbericht via het beveiligde elektronische patiëntportaal van jullie huisartsenpraktijk. Een patiënt stuurt een foto van zijn kuitbeen met de vraag: 'Kan de huisarts even kijken naar dit plekje op mijn kuitbeen? Het zit er nu een paar dagen'. De huisarts verzoekt jou de foto via ZorgDomein door te sturen via teledermatologie naar de dermatoloog in het ziekenhuis. De doktersassistent in het ziekenhuis ontvangt via ZorgDomein deze foto en stuurt de foto door naar de dermatoloog. De dermatoloog antwoordt dezelfde dag nog dat het een onschuldig vlekje is.

Bovengenoemd consult kost minder tijd en minder geld dankzij e-health teledermatologie.

Een chirurg bereidt zich voor op de behandeling van een ernstige open beenbreuk bij een schaatser, opgelopen tijdens een schaatswedstrijd. De specialist maakt een foto van de breuk en stuurt deze via de beveiligde e-mailmodule van het ziekenhuis naar een collega-chirurg in een ander ziekenhuis met de vraag: 'Wil je even naar de foto kijken en je oordeel geven?' Met teleconsulten zal de kwaliteit van zorg alleen maar kunnen verbeteren.

2.5.13 Kwaliteitsrichtlijnen NIAZ bij zorgweigering

Het NIAZ heeft kwaliteitsrichtlijnen vastgelegd met betrekking tot het weigeren van zorg: 'De zorginstelling/zorgverlener hanteert een beleid en een procedure met betrekking tot de vraag wanneer een patiënt diensten geweigerd mogen worden.'

Toelichting: de voorwaarden waaronder zorg geweigerd mag worden, moeten echter altijd duidelijk zijn vastgelegd. Patiëntgebonden afspraken worden vastgelegd in het patiëntendossier. Diensten mogen niet worden geweigerd wanneer een patiënt (levensbedreigende) spoedeisende zorg nodig heeft.

In geval van ons voorbeeld van een man die zoutzuur in zijn ogen had gekregen en onverzekerd was, moet het weigeren van zorg zorgvuldig zijn omschreven, bijvoorbeeld: zorg bij onverzekerde personen, zorg bij fraude enzovoort.

Landelijk Schakelpunt

Samenvatting

Met de komst van het Landelijk schakelpunt werd een nieuw wetsvoorstel zorginfrastructuur noodzakelijk. En zoals het kwalificatiedossier het omschrijft werkt de doktersassistent aan de eigen deskundigheid en zorgt ze ervoor dat ze op de hoogte is van actuele wet- en regelgeving. Dit hoofdstuk behandelt het wetsvoorstel Landelijk schakelpunt (LSP), het inzagerecht, wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), de Unieke Zorgverleners Identificatiepas (UZI-pas) en tal van kwaliteitsnormen, zoals Veilig Incidenten Melden (VIM).

3.1 Landelijk Schakelpunt (LSP) – 40

3.1.1 Unieke Zorgverleners Identificatiepas – 40

3.1.2 Voor- en nadelen – 41

3.1.3 Wetgeving – 42

3.1.4 Inzagerecht – 42

3.1.5 Toestemming uitwisseling medische gegevens – 44

3.2 Wet bescherming persoonsgegevens – 46

3.2.1 Voorbeeld Wbp: foutenanalyse Nationaal ICT-instituut in de Zorg (Nictiz) – 47

3.2.2 Kwaliteitsnorm Veilig Incidenten Melden – 48

3.1 Landelijk Schakelpunt (LSP)

Met behulp van het elektronisch patiëntendossier (EPD) kunnen zorgverleners informatie uitwisselen over hun patiënten en medicijngebruik. Medische gegevens van patiënten worden verzameld in het elektronisch patiëntendossier, de uitwisseling daarvan vindt plaats via het Landelijk Schakelpunt (LSP). Artsen en apothekers moeten eerst aan de patiënt vragen of die akkoord gaat met uitwisseling van zijn medische gegevens. Patiënten kunnen via het hiervoor benodigde protocol ook aangeven wie inzage in hun dossier mag hebben en wie niet.

Op dit moment wordt het LSP gebruikt voor het delen van medicatiegegevens en waarnemingen van de huisarts. Een medisch specialist kan de medicatiegegevens opvragen als hij een patiënt behandelt.

Uiteraard kunnen onbevoegden de gegevens nooit inzien. Het LSP voldoet aan de veiligheidseisen en privacywetgeving. Bovendien wordt geregistreerd wie de gegevens heeft ingezien. Veel ziekenhuizen, apothekers en huisartsen zijn aangesloten op het LSP, en dit aantal groeit nog steeds (zie [tab. 3.1](#)).

Alleen huisartsen, waarnemend huisartsen (bijvoorbeeld op huisartsenposten), apothekers, ziekenhuisapothekers en medisch specialisten kunnen op dit moment aansluiten op het LSP. Andere zorgverleners, zoals fysiotherapeuten, psychologen, tandartsen en bedrijfsartsen kunnen de gegevens niet inzien. Zorgverzekeraars krijgen nu en in de toekomst geen toegang tot medische gegevens via het LSP.

De Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) is verantwoordelijk voor het beheer, onderhoud en de ontwikkeling van het LSP. De VZVZ is opgericht door vier koepels van zorgaanbieders: Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van Pharmacie (KNMP), Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).

3.1.1 Unieke Zorgverleners Identificatiepas

Het LSP is afgeschermd voor bepaalde zorg/hulpverleners. Zorgverleners, denk aan doktersassistenten, medisch secretaresses en coassistenten, kunnen alleen bij patiëntgegevens als zij daarvoor toestemming krijgen. Op een polikliniek is de specialist de zogenaamde mandaatverlener. Betreffende mandaatverlener, bijvoorbeeld een uroloog, geeft medewerkers van de polikliniek toestemming om gegevens uit het LSP op te vragen van de patiënten die bekend zijn op de polikliniek urologie. Hiervoor heeft de medewerker een pasje nodig, de zogenaamde Unieke Zorgverleners Identificatiepas (UZI-pas). Voor het opvragen van medische gegevens is het gebruik van deze pas verplicht. Daardoor kan altijd worden achterhaald welke zorgverlener welke gegevens heeft opgevraagd. Via logging wordt vastgelegd wie inzage heeft gehad. Logging is het vastleggen van handelingen in een log. Dit is een soort logboek, bijvoorbeeld een security log(boek) waarin bepaalde informatie wordt opgeslagen. In een security log worden uitgevoerde handelingen en/of een

Tabel 3.1 Aangesloten zorgverleners op het LSP. Bron: VZVZ (januari 2017)

| | aantal | percentage van totaal aantal zorgverleners |
|----------------------|--------|--|
| ziekenhuizen | 74 | 89 % |
| apotheken | 1.864 | 94 % |
| huisartsenpraktijken | 3.649 | 90 % |
| huisartsenposten | 120 | 98 % |

poging daartoe vastgelegd. Het gebruik van een UZI-pas is één van de eisen van het Goed Beheerd Zorgsysteem (GBZ). De mandaatverlener blijft altijd eindverantwoordelijk voor het opvragen van medische gegevens via het LSP.

3.1.2 Voor- en nadelen

Als de patiënt toestemming heeft gegeven tot deelname aan het LSP, kunnen medewerkers van ziekenhuizen in heel Nederland de gegevens inzien. Niet alle gegevens worden aan het LSP doorgegeven. Onderstaande gegevens worden op dit moment (2017) aan het LSP doorgegeven:

- Een overzicht van de huidige gezondheidsproblemen, de zogenaamde ‘probleemlijst’;
- Huidige medicatie;
- Informatie over contacten met de huisarts van de afgelopen vier maanden of de afgelopen vijf contacten;
- Alle metingen en uitslagen van de afgelopen vier maanden/vijf contacten;
- Contra-indicaties;
- Actuele overdrachtsgegevens

De patiënt kan bepaalde gegevens laten afschermen voor het LSP. Dit kan ongemakkelijke situaties voorkomen. Zie ook ►casus 3.1.

Casus 3.1

Een 30-jarige man heeft op verzoek van zijn huisarts toestemming gegeven voor overdracht van medische gegevens via het LSP. Drie maanden later krijgt hij een ernstige angststoornis. De huisarts noteert deze in de probleemlijst en codeert deze. De patiënt wordt voor de angststoornis behandeld en herstelt hiervan. Een jaar later volgt een elektronische verwijzing, waarbij de opvragend zorgaanbieder de ingevoerde angststoornis als onderdeel van de probleemlijst verstrekt krijgt. Voor de patiënt is het vervelend dat deze gebeurtenis in het consult ter sprake komt in het bijzijn van zijn nieuwe partner.

3.1.3 Wetgeving

Het LSP is nog volop in ontwikkeling en heeft zich te houden aan het Wetsvoorstel zorginfrastructuur 2013–2016 (LSP). Dit wetsvoorstel regelt:

- de plicht van de zorgverlener om toestemming aan de patiënt te vragen voordat medische gegevens opvraagbaar worden gemaakt ten behoeve van elektronische uitwisseling en het vragen van toestemming voor het elektronisch opvragen van gegevens;
- de mogelijkheid voor de patiënt om elektronische inzage in, en een elektronisch afschrift van het dossier te hebben;
- het recht van de patiënt om (een) bepaalde (categorie van) hulpverleners en/of medische informatie op voorhand uit te sluiten van de gegevensuitwisseling;
- verplichte ‘logging’ zodat zichtbaar is wie de gegevens heeft geraadpleegd;
- een verbod voor zorgverzekeraars om elektronische uitwisselingssystemen voor zorgaanbieders te raadplegen en aanzienlijke straffen als ze dat toch doen. Dit alles is in de wet vastgelegd om de veiligheid van het uitwisselen van gegevens van patiënten te borgen;
- in maart 2016 is het convenant ‘Gebruik Landelijke Zorginfrastructuur 2016–2020’ getekend om de komende vijf jaar door te gaan met de VZVZ en het LSP. In deze vijf jaar zal het Landelijk schakelpunt doorontwikkeld worden met als doel verbreding en verdieping. Bijna 9,9 miljoen Nederlanders hebben hun zorgverleners toestemming gegeven om hun gegevens beschikbaar te stellen voor uitwisseling als dat voor hun behandeling van belang is.

➤ **Het is van belang dat je in het kader van je beroepsontwikkeling de media met betrekking tot de ontwikkeling van het LSP volgt.**

3.1.4 Inzagerecht

Zoals in de wet is vastgelegd heeft de patiënt recht op inzage en/of een afschrift van zijn elektronisch medisch dossier waarin gegevens staan die betrekking hebben op de behandeling. Een patiënt kan een verzoek indienen tot het corrigeren van onjuiste of niet (meer) ter zake doende gegevens of om gegevens te laten aanvullen of verwijderen. Dit inzagerecht is uitgebreid vastgelegd in het kwaliteitsbeleid van de ziekenhuizen, ondersteund door richtlijnen van het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Als doktersassistent behoort je kennis te hebben van de procedure inzake het inzagerecht. Voor veel patiënten ben jij het eerste aanspreekpunt in deze.

Casus 3.2

Je werkt als doktersassistent op de polikliniek Oncologie. Over het algemeen ken je de patiënten redelijk goed, want de meesten van hen komen frequent voor behandeling c.q. controle. Je leeft met de patiënten mee en vindt het fijn voor een patiënt als het beter gaat. Wanneer het slechter gaat en een patiënt komt te overlijden, laten jullie altijd iets van je horen aan de naaste familie. Familie kan soms heel emotioneel reageren, soms berustend, maar soms ook met boosheid.

Op dit moment heb je geen poli en ben je bezig met voorraadlogistiek. Aan de balie meldt zich Niels van Dijk, de zoon van een kortgeleden overleden patiënt. Je herinnert je de patiënt en diens familie nog. De heer Van Dijk is achteraf enigszins ontstemd over de behandeling die zijn moeder heeft gehad. Hij denkt dat zijn moeder een verkeerde behandeling heeft gehad en vraagt inzage in het elektronisch medisch dossier van zijn moeder. Jij schrikt van het verwijt en de vraag. Inzagerecht is niet je sterkste kant.

Heeft een familielid recht op inzage in het medisch dossier van een overleden familielid? Een overleden familielid kan toch geen toestemming meer geven voor inzage; geldt het beroepsgeheim ook nog bij een overleden persoon? Je zit even met de handen in het haar en je wilt goed en correct overkomen bij de heer Van Dijk, die toch al ontevreden is. Gelukkig schiet jouw meer ervaren collega je te hulp en je draagt de heer Van Dijk aan hem over. Direct denk je: dit overkomt mij niet nog een keer en je zoekt op het intranet van het ziekenhuis het protocol inzagerecht en je gaat je erin verdiepen.



Extra 1

Veranderingen in de privacywetgeving en de invoering van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) hebben grote invloed op jouw werkwijze als doktersassistent. Je dient systematisch en zorgvuldig te handelen volgens protocollen en instructies, vastgelegd in het kwaliteitsbeleid zorginstellingen. Je dient te weten wanneer en aan wie je wel of geen informatie mag verstrekken. Bijvoorbeeld: mag je de heer Niels van Dijk nou wel of geen informatie verstrekken?

Met betrekking tot elektronisch dossierbeheer betekent dit onder meer dat je het digitale registratieproces op orde moet hebben en dat dat compleet moet zijn. Er mogen geen persoonlijke aantekeningen en interpretaties in staan.

Hier volgen enkele richtlijnen volgens de Kwaliteitsnorm Zorginstelling van het NIAZ:

De werkwijze en de bevoegdheden met betrekking tot het registreren van (medische) gegevens zijn binnen het ziekenhuis in een protocol omschreven. Hierin wordt minimaal aangegeven:

- welke gegevens wanneer geregistreerd moeten worden;
- waar en hoe de verschillende gegevens geregistreerd worden;
- de bewaartermijn van de verschillende gegevens;
- uitwisseling van gegevens;
- wie de geregistreerde gegevens mag inzien.

Deze en vele andere zaken zijn vastgelegd in NIAZ-kwaliteitsnormen (► par. 1.8).

NIAZ-kwaliteitsnormen

3.1.5 Toestemming uitwisseling medische gegevens

Zoals gezegd moeten artsen en apothekers eerst aan de patiënt vragen of die akkoord gaat met uitwisseling van zijn/haar medische gegevens. De patiënt is niet verplicht toestemming tot inzage te verlenen.

Lees ► casus 3.3 en voer in de groep een discussie over de geschetste situatie.

Casus 3.3

De 34-jarige mevrouw Buitenhuis komt vergezeld van haar echtgenoot op het spreekuur in verband met een primaire fertiliteitsstoornis¹, die op dat moment acht jaar bestaat. In het verleden heeft zij verschillende malen fertiliteitsonderzoek en -behandelingen ondergaan. Zwangerschap bleef echter uit. Dat werd toegeschreven aan een combinatie van factoren, namelijk enerzijds een oligoasthenoteratozoöspermie (OAT)² en anderzijds een cyclusstoornis, passend bij een polycysteus-ovariumsyndroom (PCO).³ Ovulatie⁴-inductie, later gecombineerd met intra-uteriene inseminaties⁵, had niet tot zwangerschap geleid. In verband met de lange duur van de subfertiliteit en het uitblijven van succes bij de eerdere behandelingen werd een verzoek tot een behandeling met in-vitrofertilisatie (IVF)⁶ gehonoreerd.

Op dat moment kwam niet naar voren dat mevrouw Buitenhuis ruim een half jaar voor het bezoek aan de polikliniek een bruine, groeiende, jeukende 'moedervlek' van de mediane zijde van het rechterdijbeen had laten verwijderen. Deze moedervlek was ongeveer een jaar daarvoor opgemerkt. Histologisch⁷ onderzoek leidde tot de diagnose: oppervlakkig spreidend melanoom⁸, Clarkniveau 4, Breslowdikte 1,15 mm, met een krappe, tumorvrije marge van de resectierand (0,1 cm), waarvoor enkele weken later een re-excisie was verricht waarbij geen resttumor in het excisiepreparaat werd gevonden.

Wanneer de behandeling met gonadotropinen⁹ als voorbereiding op de IVF is gestart, bezoekt mevrouw Buitenhuis het spreekuur van de chirurg, omdat zij een zwelling in de rechterlies heeft opgemerkt. Zij brengt de IVF-behandeling niet ter sprake en bij de IVF-controles, in het kader van de stimulatie, komt het bezoek aan de chirurg evenmin ter sprake. Er volgt een probleemloze follikelpunctie en embryo-overplaatsing. Negen dagen later volgt een chirurgische punctie van de rechterlies. Hierbij wordt een melanoommetastase¹⁰

- 1 vruchtbaarheidsstoornis.
- 2 onvoldoende zaadcellen met onvoldoende beweeglijkheid.
- 3 meerdere gezwellen van de eierstok(ken) bestaande uit één of meer blaasjes.
- 4 eisprong.
- 5 het kunstmatig inbrengen van sperma in de schede.
- 6 het bevruchten in glas/reageerbuisje.
- 7 weefselonderzoek.
- 8 kwaadaardig gezwel.
- 9 hormoonpreparaat werkend op de geslachtsklieren.
- 10 uitzaaiing van het kwaadaardig gezwel.

aangetroffen. Weer tien dagen later blijkt de serumconcentratie van humaan choriongonadotrofine (hCG)¹¹ verhoogd, wat wijst op een jonge graviditeit.¹² Na dit bericht meldt mevrouw Buitenhuis aan de gynaecoloog dat zij enkele dagen later zal worden opgenomen voor een lymfeklierdissectie¹³ in verband met het eerder bij haar verwijderde melanoom. Op dat moment komt de hele voorgeschiedenis van de chirurgische interventie ter sprake. Bij een amenorroeduur¹⁴ van 5,5 weken worden uit de rechterlies elf geïsoleerde lymfeklieren verkregen. In de meest proximale¹⁵ klier wordt een metastase van een melanoom met focaal extracapsulaire doorgroei vastgesteld. Een week later wordt door middel van transvaginale echografie een intacte intra-uteriene eenlingzwangerschap geconstateerd. Onderzoek naar melanoommetastasen levert geen bijzonderheden op. Na overleg tussen patholoog, chirurg en gynaecoloog luidt de conclusie dat er geen adequate therapie voorhanden is en dat er evenmin een indicatie is om de zwangerschap af te breken. Bij een amenorroeduur van 19 weken bemerkt mevrouw Buitenhuis een kleine zwelling naast het litteken in de lies. Ter nadere stadiëring wordt opnieuw echografie van het abdomen verricht, waarbij de uitslag wijst op een diffuse¹⁶ levermetastasering. Aanvullend MRI-onderzoek geeft steun aan deze diagnose. De zeer slechte prognose¹⁷ wordt met het echtpaar besproken. Het spontane beloop wordt verder afgewacht. De zwangerschap zelf verloopt ongestoord, maar de conditie van mevrouw Buitenhuis verslechtert zodanig dat overwogen wordt de baring prematuur¹⁸ op gang te brengen, mede in verband met het risico op het optreden van metastasen in de placenta¹⁹ en in de foetus.²⁰ In dit kader wordt ook een MRI-onderzoek van de placenta verricht, waarbij geen aanwijzingen voor een metastase in de placenta worden gevonden. Ook bij echografisch onderzoek van de placenta worden hiervoor geen aanwijzingen gevonden. Bij een amenorroeduur van 35 weken en 2 dagen wordt de baring in verband met de verslechterende gezondheidstoestand van de moeder ingeleid met prostaglandinen en na een vlotte en ongestoorde ontsluitings- en uitdrijvingsperiode wordt een zoon van 2235 gr in goede toestand geboren. De placenta volgt spoedig en toont macroscopisch²¹ geen aanwijzingen voor metastasen. Histologisch onderzoek toont echter intervillieuze²² melanoommetastasen.

11 hormonale stof die na het intreden van een zwangerschap wordt gevormd.

12 zwangerschap.

13 het losprepareren van weefsel (lymfeklieren in dit geval).

14 het wegblijven van de menstruatie.

15 klier die het verste weg ligt.

16 verspreide.

17 voorspelling.

18 ontijdig (ontijdige geboorte).

19 moederkoek.

20 vrucht, ongeboren kind.

21 met het oog te zien.

22 tussen de vlokken.

Een week na de partus wordt mevrouw Buitenhuis met haar gezonde zoon in redelijke toestand uit het ziekenhuis ontslagen. Haar toestand verslechtert echter snel en ruim acht weken na de bevalling overlijdt zij thuis.

Discussiepunten

- De vraag doet zich voor in hoeverre het beleid anders zou zijn geweest als het echtpaar toestemming had gegeven voor uitwisseling van medische gegevens via het LSP;
- Het echtpaar Buitenhuis heeft er vanwege de vurige kinderwens bewust voor gekozen de gynaecoloog niet te confronteren met het melanoom en de IVF-behandeling niet te melden bij de chirurg. Dit uit vrees dat de IVF-behandeling niet zou worden gestart;
- De huisarts voelde zich echter gerustgesteld door het bericht van zeven maanden vóór de IVF-behandeling, dat er geen resttumor was en de resectieranden vrij waren. Hij voelde zich daarom niet geroepen om ‘in te springen’;
- De vader vindt dat zijn kind voor hem een steun is bij zijn rouwproces en staat volledig achter het beleid waarvoor het echtpaar heeft gekozen;
- Aan het kind (nu 4 jaar oud) kan de mening nog niet worden gevraagd.

3.2 Wet bescherming persoonsgegevens

Zorginstellingen zijn de afgelopen jaren overgegaan op het elektronisch patiëntendossier. Zij hebben dan te maken met de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Het is handig dat je kennis hebt van de kernpunten van deze wet:

kernpunten Wbp

- Beheerders van persoonsbestanden mogen niet meer gegevens opnemen dan nodig is voor het doel waarvoor dat bestand is opgezet.
- Gegevens uit persoonsbestanden mogen alleen gebruikt worden voor het in het vorige punt bedoelde doel.
- Beheerders van persoonsbestanden zijn verplicht die bestanden goed te beveiligen.
- De privacy van de geregistreerde persoon (patiënt) is gewaarborgd en goed beschermd, mede dankzij het beroepsgeheim van de arts.

Het voorbeeld in ►casus 3.4 maakt duidelijk dat patiëntgegevens niet zo maar opvraagbaar zijn. Wetgeving op het gebied van informatierecht en het recht op privacy beschermen de patiënt. Zelfs in het geval van een mogelijk misdrijf, is het ziekenhuis in het voorbeeld van ►casus 3.4 uiterst terughoudend om aan de rechter-commissaris een medisch dossier ter inzage te geven.

privacyrecht

Casus 3.4

Een 33-jarige vrouw wordt buiten bewustzijn opgenomen in het AMC, mogelijk ten gevolge van het gebruik van een zeer gevaarlijk soort xtc-pil. Na een week overlijdt de vrouw zonder bij bewustzijn te zijn geweest. Haar echtgenoot, die eenzelfde pil zou hebben genomen, heeft nergens last van.

Vanuit het vermoeden dat hier mogelijk sprake is geweest van een strafbaar feit, wenst de officier van justitie afgifte van de medische gegevens van de vrouw. Dit wordt door het AMC geweigerd, mede omdat de echtgenoot hiervoor geen toestemming geeft. De rechter-commissaris, belast met het gerechtelijk vooronderzoek, meldt zich enige tijd later met een door de raadkamer van de rechtbank afgegeven toestemming tot huiszoeking (in het AMC) en inbeslagneming van de op de overleden vrouw betrekking hebbende stukken.

Opnieuw weigert het AMC de gevraagde gegevens af te staan voor opsporingsdoeleinden, maar geeft wel aan bereid te zijn in het belang van de volksgezondheid met de inspectie te overleggen. De rechter-commissaris neemt hiermee geen genoegen. Om te voorkomen dat de huiszoeking daadwerkelijk wordt uitgevoerd, geeft het AMC de gegevens toch af, nadat door de directeur Patiëntenzorg alle gegevens van en over derden uit het dossier verwijderd zijn. Bovendien verzoekt het AMC de rechter-commissaris dringend om de envelop met het dossier nog niet te openen, in afwachting van de uitslag van een door het AMC in te stellen klachtenprocedure in verband met schending van het beroepsgeheim en de Wet bescherming persoonsgegevens.

Dit beroep van het AMC wordt door de rechtbank uiteindelijk ongegrond verklaard.

3.2.1 Voorbeeld Wbp: foutenanalyse Nationaal ICT-instituut in de Zorg (Nictiz)

Het Nationaal ICT-instituut in de Zorg (Nictiz) heeft onderzoek gedaan naar aanleiding van fouten die zijn ontstaan doordat het medisch dossier niet zorgvuldig was bijgehouden of niet zorgvuldig was gearchiveerd. Hierdoor waren de medische gegevens niet volledig of had een behandelend arts geen toegang tot het complete medische dossier van zijn patiënt, bijvoorbeeld omdat een dossier bij een andere zorginstelling lag. Het ging onder andere om patiënten die verkeerde medicijnen voorgeschreven kregen, bijvoorbeeld medicijnen waarvan bekend was dat de patiënt er allergisch voor was. Volgens het Nictiz zijn veel medische fouten te voorkomen door een landelijk systeem in te voeren voor elektronische patiëntendossiers. Door de komst van het Landelijk Schakelpunt behoort het voorbeeld uit ►casus 3.5 misschien tot het verleden.

Order plaatsen - VIM

• Anoniem melden ja nee

Gegevens melder

• Melder: Secretaresse Cardiologie

• Functie: Medisch Secretaresse (post)

Gegevens patiënt

• Patiënt:

• Naam:

Gegevens melding

• Datum gebeurtenis: 08-12-2015

• Tijdstip gebeurtenis:

• Melding betreft afdeling:

• Kamernr./ruimtenr./vertek:

• Type melding

medicatie/ contrast/ parenterale voeding

vallen

onderzoek/ operatie

patiëntgegevens

materiaal/ apparatuur

medisch microbiologisch laboratorium

klinisch chemisch laboratorium

bloed/ bloedproducten

pathologisch laboratorium

privacy/ informatiebeveiliging

ongewenst gedrag

vermisting

stoten/ knellen/ botsen

planning

overig

• Omschrijving (bijna) incident

Direct genomen acties

arts gemaarschaud

bespreken met collega(s)

client ingelicht

familie/contactpersoon ingelicht

vermeld in rapportage

teamleider ingelicht

directie ingelicht

geen maatregel genomen

anders, nl.

Factelijke gevolgen voor patiënt

geen gevolgen

minimaal letsel (geen verlengde opnamebasi/verblijf)

middelmatig letsel (geringe verlenging opnamebasi/verblijf)

ernstig letsel (verlengde opnamebasi/verblijf)

fataal

onbekend

Aanbevelingen m.b.t.

protocollen/ procedures

communicatie

training/ scholing

apparatuur/ faciliteiten

wondbeleid/ decubitus

medicatieveiligheid

afspraken maken/ implementeren/ onder aandacht brengen

anders, nl.

■ **Figuur 3.1** Veilig incident melden

Casus 3.5

Een patiënte is bekend met een penicillineallergie. Tijdens de bevalling in een ander ziekenhuis krijgt zij een nieuw in gebruik genomen medicijn toegediend. Hiervan staat de merknaam groot op de verpakking en de stofnaam alleen in kleine letters vermeld. Het nieuwe medicijn bevat penicilline, maar dit wordt over het hoofd gezien. Ook wordt patiënte niet gevraagd naar een eventuele penicillineallergie.

De patiënte krijgt een anafylactische shock. Er wordt in allerijl een keizersnede verricht en het kind komt gezond ter wereld. De patiënte overleeft deze fout ternauwernood en raakt na een coma blijvend gehandicapt.

Voor de doktersassistent is het van essentieel belang dat zij op een correcte manier schriftelijk rapporteert en registreert, zodat alle belanghebbenden doelmatig worden geïnformeerd. Met als resultaat dat belanghebbenden kunnen beschikken over informatie met betrekking tot de zorgvraag en de afhandeling daarvan. Dit om (communicatie)fouten te voorkomen (kwaliteitseis NIAZ).

3.2.2 Kwaliteitsnorm Veilig Incidenten Melden

Het is mogelijk in het kader van werken aan kwaliteit en veiligheid incidenten te melden (■ fig. 3.1). Bij het onderwerp 'veiligheid' is het belangrijk om te leren van dingen die fout of bijna fout zijn gegaan. Medewerkers en medisch specialisten kunnen deze (bijna-)incidenten melden via een digitaal meldingsysteem. Het VIM-team

(Veilig Incidenten Melden) van de afdeling onderzoekt de melding en kijkt welke verbeteringen mogelijk zijn. Een arts, verpleegkundige of doktersassistent hoeft niet iedere fout zelf te maken om ervan te leren.

Casus 3.6

Een opgenomen patiënt krijgt Lanoxin in plaats van Lasix toegediend met hartritme problemen tot gevolg.

Het VIM-team onderzoekt dit incident en het blijkt dat beide medicijnen op de afdeling naast elkaar in het medicijnenkastje staan. Daar de namen enigszins op elkaar lijken, wordt besloten Lasix ergens anders te plaatsen. Dit incident wordt tevens aan het Landelijk meldpunt VIM gemeld.

Afsprakenspreekuur

Samenvatting

Een belangrijk onderdeel van het competentiegebied 'Communiceren' is informatie verwerken in het geautomatiseerde ziekenhuissysteem, zoals het maken van afspraken. Tijdens het maken van afspraken zal de doktersassistent doorvraagmethodieken moeten toepassen en stelt ze de aard van de zorgvraag en de spoedeisendheid van de zorgvraag vast. De doktersassistent zal de patiënt informeren over zaken als wachttijden en toegangstijden (Treeknormen); legitiematieverplichting; (digitale) verwijzing van de huisarts (Zorgdomein), enzovoort. Kortom, de doktersassistent zorgt voor de polikliniekplanning met betrekking tot het afsprakenspreekuur. De basiskennis voor het maken van afspraken wordt in dit hoofdstuk gelegd, aan het toepassen hiervan zal in ►H. 5 aandacht worden geschonken.

- 4.1 Inleiding – 53**
- 4.2 Spreekuur volgens afspraak – 53**
 - 4.2.1 Voordelen – 53
 - 4.2.2 Nadelen – 53
- 4.3 Afspraken maken – 54**
 - 4.3.1 Patiënt maakt zelf digitaal een afspraak – 55
 - 4.3.2 Patiëntenpas of zorgpas – 56
- 4.4 Spoedafspraken en kortetermijnafspraken – 57**
- 4.5 Afspraken met behulp van ZorgDomein (ZD) – 58**
 - 4.5.1 Afspraakbemiddeling zorgverzekeraar – 59
- 4.6 Telefonische uitslag – 59**
- 4.7 Spreekuurvoorbereiding – 59**

- 4.8 Academisch ziekenhuis – 59
- 4.9 ZIS-agenda – 60
- 4.10 Avondpoli – 60
- 4.11 Kwaliteitsnorm inschrijven en wachttijden – 61
- 4.12 Kwaliteitsnorm spoedeisende consulten – 62

4.1 Inleiding

Als doktersassistent ben je in staat professioneel te handelen. Je moet je kunnen verplaatsen in de situatie van de patiënt en begrip kunnen tonen, ongeacht zijn sociale of economische status. Bij een zorgvraag licht je antwoorden en adviezen toe. Dat geldt ook in het geval van het maken van afspraken.

Het beheren van de agenda van de specialist is door de toegenomen zorgvraag onder grotere druk komen te staan. De planning van het werk is ingewikkelder geworden door de hogere werkdruk. De wachttijden voor een afspraak, consult of ingreep lopen op en mede daardoor neemt in sommige gevallen de irritatie c.q. agressie tegen de doktersassistent toe. Het wordt steeds moeilijker om aan de wensen van de patiënt te voldoen. Daarnaast moet je nog rekening houden met de mogelijkheden en belangen van de organisatie.

In dit hoofdstuk wordt het maken van een afspraak op de polikliniek behandeld (▣ fig. 4.1).

4.2 Spreekuur volgens afspraak

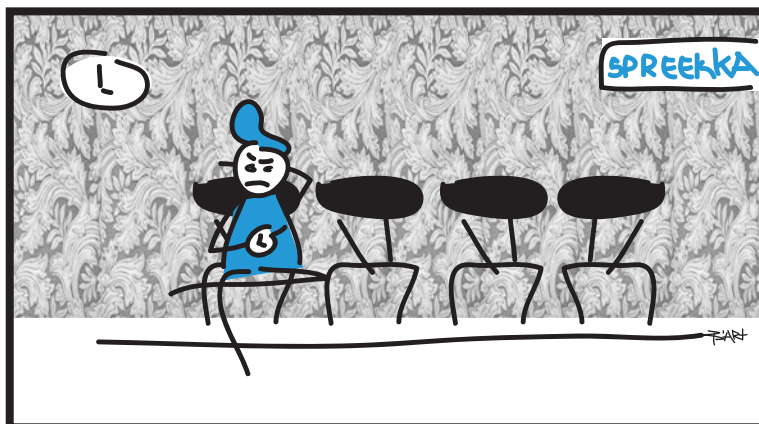
Als de patiënt een specialist wil consulteren, moet hij een afspraak maken. Een spreekuur volgens afspraak kent zowel voor- als nadelen.

4.2.1 Voordelen

- Kortere wachttijden voor de patiënt;
- Minder grote wachtruimte nodig;
- Het is bekend hoeveel patiënten er komen en wie;
- De tijdsduur van het consult is vooraf in te schatten;
- Betere planning van de spreekuurtijd (bijv. tot 10.00 uur), operaties, vergadering, vakantie, enzovoort;
- Het spreekuur kan worden voorbereid, bijvoorbeeld controleren of alle uitslagen binnen zijn.

4.2.2 Nadelen

- Het maken van afspraken vergt tijd;
- Vaak langere wachttijden (in weken, maanden) om een specialist te kunnen consulteren (entreetijd);
- Patiënten houden vaak geen rekening met uitlooptijden van het spreekuur;
- Het niet nakomen van afspraken van patiënten.



■ **Figuur 4.1** Afspraak op de polikliniek

4.3 Afspraken maken

Afspraken kunnen zowel centraal als decentraal worden gemaakt. Decentraal betekent dat de doktersassistent c.q. de betreffende polikliniek zelf de afspraken regelt; centraal betekent dat de polikliniek de organisatie van het maken van afspraken heeft overgedragen aan het afsprakenbureau.

NP

sociografische
gegevens

De protocollen voor het maken van afspraken (centraal en decentraal) die per specialisme gelden, vertonen grote overeenkomsten. Als een nieuwe patiënt belt voor het maken van een afspraak, ongeacht of dit centraal of decentraal wordt gerealiseerd, worden de volgende sociografische gegevens gevraagd en vastgelegd (■ fig. 4.2):

- naam, adres, woonplaats (NAW-gegevens);
- telefoonnummer;
- geboortedatum;
- verzekeringsvorm.

Verder wordt gevraagd of de patiënt een voorkeur heeft voor een bepaalde specialist als er meerdere specialisten op hetzelfde vakgebied zijn binnen het ziekenhuis. Indien de patiënt geen voorkeur heeft, wordt de patiënt bij een willekeurige specialist ingepland.

controlepatiënt

Bij een controlepatiënt worden over het algemeen de volgende gegevens gevraagd:

- naam;
- geboortedatum;
- bij welke arts men terug wordt verwacht (■ fig. 4.3).



Extra 2

4.3 · Afspraken maken

Afspraak plannen

Patiënt: 0003108

Zoeken vanaf: Termijn Bw

Datum: 02-02-2016

Plangegevens

Locatie: A Patiënttype: P Ochtend Middag

Agenda: CARDIOLOGIE Subagenda: Plannen tussen: 00:00 en 23:59

Plancode: CP Controle patient Duur: 10 → + Gevenste dag: Ma Di Wo Do Vr Za Zo

Planonderdelen (1)

| Agenda | Subagenda(s) | Code | Duur | Locatie | Plan van | tot | Gew. dag | Gew. tussen | Min. tussen | Max. tussen | Herh. | Prioriteit |
|-------------|--------------|------|--------|---------|----------|-------|----------|-------------|-------------|-------------|-------|------------|
| CARDIOLOGIE | | CP | 10 → + | A | 00:00 | 23:59 | | | | | 1 → + | 0 |

Vul de zoekcriteria in en klik daarna op 'Zoeken'. Kies vervolgens de gewenste positie en klik daarna op 'Boeken'.

Bevestigingsscherm verbergen
 Scherm sluiten na boeken

Extra bericht... Extra bericht... (overnamem)

Sluiten Zoeken Volgende Boeken Sluiten

■ **Figuur 4.2** Venster 'Afspraak maken'

Afspraak plannen

Patiënt: 0003108

De afspraak is geboekt bij:
Agenda: CARDIOLOGIE
Subagenda:
Locatie: Amsterdam
Datum: dinsdag 02-02-2016 om 13:25

Geplande onderdelen

| | | |
|--------------------------|-------------|---------------|
| dinsdag 02-02-2016 13:25 | CARDIOLOGIE | CP 0014033940 |
|--------------------------|-------------|---------------|

U heeft in deze sessie 1 keer gepland

Bevestigingsscherm verbergen
 Scherm sluiten na boeken

Extra bericht... Afspraak bevestigen

Extra bericht... (PlannedAp... overnamem)

Sluiten Zoeken Nog een afspraak... Boeken Sluiten

■ **Figuur 4.3** Venster 'Afspraakbevestiging'

4.3.1 Patiënt maakt zelf digitaal een afspraak

In steeds meer ziekenhuizen heeft de patiënt de mogelijkheid om zelf digitaal een afspraak te maken. De patiënt dient zich via de website van het desbetreffende ziekenhuis eerst in te schrijven met behulp van zijn patiëntpincodenummer of BSN en krijgt een wachtwoord. Dit is een eenmalige handeling. Vervolgens kan de patiënt op ieder gewenst moment inloggen en een afspraak maken, wijzigen of annuleren.

Niet alle poliklinieken bieden de service 'digitaal afspraak maken' aan. Zo kan het dat bijvoorbeeld de poliklinieken Gynaecologie/Obstetrie, Kindergeneeskunde, Geriatrie en Psychiatrie de genoemde service niet aanbieden. Patiënten van deze poliklinieken moeten via de doktersassistent van de desbetreffende polikliniek een afspraak maken.



■ **Figuur 4.4** Patiëntenpas

4.3.2 Patiëntenpas of zorgpas

Zoals gezegd kunnen afspraken ook centraal worden gemaakt via het Afsprakenbureau. Het Afsprakenbureau is een facilitaire voorziening, een vorm van dienstverlening binnen het ziekenhuis ten behoeve van de specialisten. Het Afsprakenbureau of de Ontvangstbalie is vaak gesitueerd bij de hoofdingang van het ziekenhuis. Het Afsprakenbureau zorgt tevens voor het maken van een patiëntenpas of, zoals deze ook genoemd kan worden, een zorgpas. Tijdens het telefonisch patiëntencontact ten behoeve van het maken van een afspraak heb je als doktersassistente de patiënt geïnformeerd over de inschrijvings- en aanmeldingsprocedure: eerst melden bij de Ontvangstbalie of het Afsprakenbureau voor het maken van een patiëntenpas/zorgpas.

Verder heb je de patiënt geïnformeerd over wat hij moet meenemen voor het (eerste) consult zoals legitimatiebewijs, verwijsbrief en verzekeringsbewijs. Op de patiëntenpas, die door het Afsprakenbureau wordt gemaakt, staat de volgende informatie:

- voorletters en achternaam;
- het BSN-nummer;
- patiëntnummer voor het desbetreffende ziekenhuis;
- geboortedatum en geslacht;
- zorgverzekeraar en polisnummer;
- geldigheidsduur van de patiëntenpas;
- een persoonlijke bar(pin)code;
- eventueel een (pas)foto.

Een patiëntenpas (■fig. 4.4) is vergelijkbaar met een pinpas.

Mutatie patiëntgegevens

Als er een verandering optreedt in de gegevens van de patiënt (verhuizing, wijziging verzekering, verandering van huisarts) moet de patiënt dit melden bij het Afsprakenbureau, zodat er een nieuwe patiëntenpas kan worden gemaakt. Op deze manier blijven de gegevens van de patiënt actueel.

4.4 Spoedafspraken en kortetermijnafspraken

Het Afsprakenbureau is niet bevoegd om spoedafspraken te maken. Deze worden altijd decentraal gemaakt via de doktersassistent of medisch secretaresse van de desbetreffende specialist. Kennis van triagemethodieken voor de doktersassistent zijn ook zeker in het ziekenhuis van belang. Afspraken op korte termijn (denk aan uitslagen) kan en mag het Afsprakenbureau niet maken. Deze afspraken gaan altijd decentraal via de doktersassistent of medisch secretaresse van de desbetreffende polikliniek.

Er bestaat in het ZIS een 'kortetermijnafsprakenregistratie'. De doktersassistent plant hierin de afspraak met de (zeer urgente) patiënt. Wil een patiënt de specialist consulteren, dan is een wachttijd van zes weken of langer heel normaal. Moet een patiënt met spoed worden behandeld of op korte termijn terugkomen, dan worden deze afspraken door de doktersassistent gerealiseerd. Verder handelt de doktersassistent volgens het standaardprotocol met betrekking tot het maken van een extra afspraak met een patiënt die een zorgvraag heeft. Als doktersassistent bied je een tijdstip aan op een bepaalde datum. Als dit volgens de patiënt te laat is, verwijst je de patiënt naar de huisarts. De huisarts kan vervolgens, indien hij dat noodzakelijk acht, de poli bellen voor een spoedafpraak. Voor de meeste poliklinieken geldt de regel dat de huisarts eerst vooroverleg heeft met de specialist.

wachttijd

Casus 4.1

Je bent werkzaam op de polikliniek Cardiologie. De telefoon gaat en je neemt op volgens het gebruikelijke protocol. Patiënt De Goede wil op korte termijn een extra afspraak maken met zijn behandelend cardioloog dr. Schellings. Je vraagt de heer De Goede naar zijn geboortedatum, je zoekt zijn gegevens op in het elektronisch patiëntendossier en je vraagt naar de redenen voor zijn extra consult. De heer De Goede vertelt dat hij sinds zes dagen weer opnieuw hartritmestoornissen heeft met benauwdheidsklachten. In het EPD lees je dat patiënt acht maanden geleden voor een cardioversie is geweest en sindsdien klachtenvrij is. Wel blijft patiënt bij ons onder controle. Als medicatie gebruikt patiënt een anticoagulans in de vorm van apixaban 5 mg 2x per dag 1 tablet en sotalol HCl 80 mg 2x per dag 1 tablet. Je past triagetechneken toe en je maakt een afspraak volgens het geldende protocol: je biedt patiënt een afspraak aan voor over vijf dagen. De heer De Goede gaat hier niet mee akkoord en wil eerder voor controle komen. Uiteraard heb je hiervoor begrip en je adviseert patiënt contact op te nemen met de huisarts. De huisarts beslist in deze of de patiënt met spoed moet komen.

Je hebt in deze geheel en al gehandeld volgens het algemeen geldende protocol: spoedafpraak hartritmestoornissen Cardiologie.

4.5 Afspraken met behulp van ZorgDomein (ZD)

HIS

Een huisarts kan op eenvoudige wijze vanuit het HIS (Huisartsen Informatie Systeem) de ZorgDomein-applicatie starten. De verwijfsbrieven die de huisarts via ZorgDomein elektronisch verzendt aan het ziekenhuis, komen via een beveiligd e-mailbericht op de juiste polikliniek binnen. Het spreekt voor zich dat de huisarts aan het ziekenhuis gekoppeld moet zijn.

De patiënt krijgt van de huisarts een brief mee waarop een uniek verwijfsnummer staat en waarin instructies staan hoe de afspraak gemaakt kan worden: door telefonisch contact op te nemen met de betreffende polikliniek of door de afspraak zelf via internet te maken. Wanneer de patiënt bijvoorbeeld het ziekenhuis belt, zijn aan de hand van het verwijfsnummer alle gegevens al voorhanden, zodat direct kan worden ingepland op het juiste spreekuur. De huisarts maakt met behulp van ZorgDomein de verwijfsbrief en verzendt deze naar het ziekenhuis. De actuele gegevens van de patiënt worden vanuit het HIS meegenomen en in de brief geplaatst.

TT-codes

Het zorgdomeinnummer geeft ook de toegangstijd (TT) aan. Er bestaan drie TT-codes:

- Code S betekent spoed binnen 24 uur. De huisarts heeft bij gebruik van code S altijd vooroverleg met de specialist;
- Code V betekent verkorte toegangstijd. De patiënt belt binnen 24 uur voor het maken van een afspraak en zal op korte termijn worden gezien (binnen 5 dagen). VT: verkorte toegangstijd;
- Code R staat voor regulier (RT: reguliere toegangstijd);
- En soms staat er bij 'toegangstijd' bijvoorbeeld 14. Dit betekent dat er binnen 14 dagen een afspraak gerealiseerd moet zijn.

Casus 4.2

backofficedienst

Je bent werkzaam op de polikliniek Orthopedie. Vandaag heb je backofficedienst. Dit houdt in dat je de telefoon aanneemt, de operaties voor de volgende week inplant en het spreekuur voor de volgende dag voorbereidt. Het klinkt eenvoudig maar de telefoon gaat constant en voor de OK-planning is overleg met het OK-complex, anesthesist en opnameplanning noodzakelijk, wat het erg bewerkelijk maakt.

ZIS-agenda

Op dit moment gaat de telefoon. Een nieuwe patiënt wil een afspraak maken. Je activeert de ZIS-agenda en gaat de afspraak inplannen. Patiënt heeft het ZorgDomeinnummer ZDR4455739. Je toetst dit nummer in en hebt direct alle gegevens bij de hand. De verwijfsdiagnose is artrose linkerknie.

code RT

Je stelt een afspraak over zes weken voor. Patiënt vindt dit te lang duren en wil eerder met zijn zorgvraag bij de orthopeed terecht want, zo beargumenteert hij, de huisarts vond een consult op korte termijn noodzakelijk. Omdat de patiënt is verwezen met code RT, weet je zeker dat de verwijfsing geen spoedverwijfsing is. Ook weet je dat een artrose pijnlijk en lastig is, maar zeer zeker geen spoed. Je toont begrip naar de patiënt toe en legt uit dat het spreekuur voor de komende zes weken helemaal volgepland is. Na veel overredingskracht ingezet te hebben, lukt het je om de patiënt in te plannen voor een afspraak over zes weken. De verwijfscode RT ondersteunde je in jouw beleid inzake het maken van een afspraak.

4.5.1 Afspraakbemiddeling zorgverzekeraar

Het is ook mogelijk dat patiënt (zie ►casus 4.2) contact opneemt met zijn zorgverzekering als hij vindt dat de wachttijd voor het consult te lang duurt. Veel zorgverzekeraars bieden zogenaamde ‘wachttijlbemiddeling’ aan. Als de patiënt langer dan de maximale wachttijd moet wachten kan hij een verzoek indienen bij zijn zorgverzekeraar om de wachttijd te verkorten. De zorgverzekeraar bemiddelt of de afspraak eerder kan worden gepland of zoekt uit of de patiënt in een ander ziekenhuis sneller geholpen kan worden. Zorgaanbieder en verzekeraars hebben wel afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de zorg. Deze maximaal aanvaardbare wachttijden worden ‘Treeknormen’ genoemd. In ►par. 4.11 worden de Treeknormen toegelicht.

4.6 Telefonische uitslag

Met sommige patiënten wordt een afspraak gemaakt voor het telefonisch spreekuur van de specialist. Dit is bedoeld voor patiënten die van ver moeten komen, of patiënten die voor aanvullend onderzoek zijn geweest en hiervan de uitslag nog moeten krijgen. Het telefonisch spreekuur is wekelijks op een vast moment, bijvoorbeeld woensdag tussen 13.00 en 14.00 uur. Tijdens het polikliniekbezoek heeft de doktersassistent met de patiënt een afspraak ingepland voor het telefonisch spreekuur. Deze afspraak heeft de doktersassistent op de afsprakenkaart van de patiënt genoteerd, nadat ze goed heeft gecheckt op welk nummer de patiënt op dat tijdstip bereikbaar is. Verder heeft zij de afspraak vastgelegd in de ZIS-agenda. De specialist opent de ZIS-agenda en belt de patiënten die ingepland staan voor het telefonisch spreekuur. Mocht met patiënt alsnog een afspraak gemaakt moeten worden of verder onderzoek noodzakelijk is, verwijst de specialist de patiënt terug naar de doktersassistent.

telefonisch
spreekuur

4.7 Spreekuurvoorbereiding

Het voordeel van een afsprakenspreekuur is onder andere dat van tevoren het spreekuur kan worden voorbereid, zodat je tijdens het spreekuur niet voor onverwachte zaken komt te staan, zoals het ontbreken van uitslagen. Het spreekuur wordt twee dagen van tevoren als volgt voorbereid:

- het EPD activeren van de geplande patiënt;
- vervolgens van elke patiënt het ‘open patiëntdossier’ openen en controleren of de behandelaar klopt, zo niet dan wordt dit aangepast;
- de Orderstatus activeren en nagaan of alle uitslagen binnen zijn. Zo niet, dan de ontbrekende gegevens opvragen.

4.8 Academisch ziekenhuis

Het academisch ziekenhuis regelt de afspraken decentraal. Iedere polikliniekeenheid is voorzien van een geautomatiseerd decentraal afsprakensysteem. Het academisch ziekenhuis gaat echter nog iets verder: patiënten die een specialist in het

academisch ziekenhuis raadplegen, komen vaak van ver en moeten vaak meerdere specialismen consulteren. Het geautomatiseerd afsprakensysteem in een academisch ziekenhuis biedt de doktersassistent ook inzage in de afsprakenagenda van een ander specialisme of bijvoorbeeld van de functieafdeling. Vervolgens is de doktersassistent bevoegd om afspraken te plannen voor het andere specialisme. Op deze manier kan worden voorkomen dat een patiënt die van ver komt, meerdere dagen achtereen de polikliniekenheden moet bezoeken.

4.9 ZIS-agenda

afspraakplanning

Het maken van afspraken is tegenwoordig gedigitaliseerd. Steeds meer ziekenhuizen werken met een ZIS-agenda, een in een ZIS geïntegreerd afsprakensysteem dat ondersteuning biedt voor (poli)klinische afspraakplanning. Om je een indruk te geven hoe je een afspraak kunt maken met bijvoorbeeld HiX van ChipSoft, volgt hier een voorbeeld voor het maken van een enkelvoudige vervolgsafpraak (zie ook [fig. 4.2](#)).

Op verschillende manieren kan het venster 'Afspraak plannen' geopend worden. Een manier is via het venster 'Werkblad polikliniek'. Vul in het venster 'Afspraak plannen' de gegevens in, voor zover deze niet al vooraf gevuld zijn. Dit venster is op verschillende manieren te bereiken, zoals via het 'Werkblad polikliniek' of via de termijn waarop de afspraak gepland dient te worden: over een week (1w), 6 weken (6w), over een half jaar (6m), enzovoort. Klik vervolgens op de knop [Zoeken]. De mogelijke data voor de afspraak verschijnen in het paneel 'Planresultaat'. Door één van de opties te selecteren en vervolgens op [boeken] te klikken, verschijnt een bevestigingsvenster, van waaruit meteen een afsprakenkaart geprint kan worden voor de patiënt ([fig. 4.3](#)).

De ZIS-agenda biedt ook de mogelijkheid voor 'gecombineerd plannen', zie [casus 4.3](#).

Casus 4.3

Bij een patiënt moet in verband met hemoptoë een longfunctie, een doorlichting en een X-thorax worden gepland en daarna een controleafspraak met de specialist. Je activeert het tabblad 'Gecombineerd plannen' en je voert de onderzoeken in met een minimaal wenselijke tussentijd. Je klikt op [OK] en het programma zoekt de dag waarop alle onderzoeken gepland kunnen worden. Soms is dit niet mogelijk en moeten er toch losstaande afspraken worden gemaakt.

4.10 Avondpoli

Het ziekenhuis biedt tegenwoordig een extra service aan in de vorm van een avondpoli. Een groeiend aantal patiënten maakt hiervan gebruik. Op de website van het ziekenhuis staat vermeld welke specialismen deze service aanbieden. Een avondspreekuur wordt altijd op een vaste avond voor alle specialismen aangeboden. De ondersteunende afdelingen, zoals röntgen en laboratorium, moeten immers ook toegankelijk zijn.

4.11 Kwaliteitsnorm inschrijven en wachttijden

kwaliteitscriteria

Het NIAZ heeft kwaliteitseisen gesteld aan het inschrijven en aanmelden van de patiënt. Bij het inschrijven dienen de gegevens van de patiënt (door de doktersassistent) te worden gecontroleerd:

- De administratieve en medische gegevens die bij het inschrijven en aanmelden moeten worden meegenomen, zoals legitimatiebewijs, verwijfsbrief en verzekeringsbewijs, dienen door het ziekenhuis te worden gecontroleerd.

Voor de poliklinieken zijn afspraken gemaakt met betrekking tot de tijd tussen:

- de aanvraag (van het consult) en het consult (entreetijd);
- de geplande en werkelijke aanvangstijd van een consult (wachttijd);
- een consult en de rapportage hierover.

Om de kwaliteit van het ziekenhuis te waarborgen, dient de doktersassistent op de hoogte te zijn van de kwaliteitseisen aan inschrijven en wachttijden; deze zijn protocollair vastgelegd. De protocollen dienen aanwezig te zijn op de poliklinieken.

Casus 4.4

Mevrouw Obbink komt bij de huisarts omdat zij een knobbeltje in haar borst voelt. De huisarts onderzoekt haar borsten, maar voelt geen palpabele afwijkingen. Zekerheidshalve verwijst de huisarts mevrouw Obbink door naar de polikliniek Chirurgie.

De entreetijd voor consultering chirurgie bedraagt twee weken. De chirurg constateert een mammacarcinoom en bij operatie blijken vier okselklieren positief. Mevrouw Obbink verwijt het ziekenhuis de lange entreetijd van twee weken voor een mammacarcinoom, omdat die veel langer is dan de gangbare wachttijd (▣ tab. 4.1).

De eerdergenoemde Treeknormen komen tot stand in het zogenaamde Treekoverleg, waar zorgaanbieder (ziekenhuis) en verzekeraar afspraken maken over aanvaardbare wachttijden. De overheid heeft hierin een adviserende rol.

Aan het ontvangen van zorg gaat meestal een periode van wachten vooraf. Wachten op (niet-acute) zorg is normaal en geaccepteerd. Maar dat geldt niet als langer wachten leidt tot gezondheidsschade. De overheid heeft daarom richtlijnen opgesteld voor aanvaardbare wachttijden per specialisme en soms ook voor het zorgproduct. Ziekenhuizen zijn verplicht hun wachttijden c.q. entreetijd openbaar te maken. Deze zijn gerelateerd aan de maximale wachttijden opgesteld door de overheid.

Indien een entreetijd leidt tot gezondheidsschade en de entreetijd heeft binnen de maximale wachttijd plaatsgevonden, treft het ziekenhuis formeel geen blaam. Indien de entreetijd van de zorgvraag langer bedraagt dan de maximale wachttijd door de overheid geadviseerd en de patiënt heeft daardoor gezondheidsschade opgelopen, kan door de patiënt een klacht worden ingediend.

■ **Tabel 4.1** Wacht- en toegangstijden, de zogenaamde Treeknormen

| | | dagen | weken |
|--------------|-------------------------------|-------|-------|
| | <i>Cardiologie</i> | | |
| Poliklinisch | Spreekuur | 22 | 3,1 |
| | <i>Chirurgie</i> | | |
| Poliklinisch | Spreekuur | 5 | 0 |
| Poliklinisch | Kleine poliklinische ingrepen | 9 | 1,2 |
| Poliklinisch | Vaatonderzoek | 44 | 6,2 |
| Poliklinisch | Mammaspreekuur | 5 | |
| Klinisch | Galblaas | | 7,0 |
| Klinisch | Liesbreuk | | 4,0 |
| | <i>Dermatologie</i> | | |
| Poliklinisch | Spreekuur | 8 | 1,1 |
| Poliklinisch | Vaatonderzoek | 7 | 1,0 |
| | <i>Kindergeneeskunde</i> | | |
| Poliklinisch | Spreekuur | 13 | 1,8 |
| | <i>KNO-heelkunde</i> | | |
| Poliklinisch | Spreekuur | 22 | 3,1 |
| Poliklinisch | Trommelvliesbuisjes | | 5 |
| Poliklinisch | Neustussenschot | | 5 |
| Poliklinisch | Amandelen/tonsillectomie | | 5 |

De zogeheten peildata voor de wacht- en toegangstijden staan in ■ tab. 4.1. Deze dienen door de ziekenhuizen regelmatig te worden aangepast.

4.12 Kwaliteitsnorm spoedeisende consulten

Tijdens het begeleiden van een spreekuur kan het voorkomen dat meerdere processen tegelijkertijd jouw aandacht vragen. Een spoedeisend consult verloopt nooit planmatig en om deze reden zijn er afspraken voor gemaakt. De organisatie kan daardoor inspelen op de actuele situatie. In de kwaliteitseisen van het NIAZ wordt onder meer aandacht geschonken aan:

- de criteria die aangeven wanneer een consult als spoed wordt aangemerkt;
- de bevoegdheid tot het aanvragen van een spoedconsult;
- de activiteiten op de polikliniek naar aanleiding van een aanvraag voor een spoedconsult;
- de minimaal benodigde gegevens bij een spoedconsult.

De beroepscompetenties voor de doktersassistent houden onder meer in dat je in staat bent om op de juiste wijze mondeling en schriftelijk te rapporteren, zodat alle belanghebbenden doelmatig worden geïnformeerd. De volgende beroepscompetenties moet je beheersen:

- Je kunt bepalen welke informatie vastgelegd moet worden inzake een spoedconsult.
- De informatie die je hebt vastgelegd, is relevant voor de afhandeling van het spoedeisend consult en is zorgvuldig geregistreerd.
- Belanghebbenden kunnen beschikken over informatie betreffende het spoedeisend consult.
- Je brengt de spoedeisende vraag in kaart en je maakt daarbij gebruik van erkende triagemethodieken, met als resultaat dat je als doktersassistent de zorgvraag op de juiste wijze hebt vastgesteld.

Als je deze beroepscompetenties optimaal beheerst, zul je een positieve bijdrage leveren aan de kwaliteit van de geleverde (spoedeisende) zorg op de polikliniek. Zie ►casus 4.5, t/m 4.9.

Casus 4.5

Je werkt als doktersassistent op de polikliniek Chirurgie. De telefoon gaat, mevrouw Hartman meldt zich. Haar dochtertje Evelien van 6 jaar is eergisteren met de fiets gevallen en heeft het stuur in haar maag gekregen. Evelien is via de huisarts doorverwezen naar de SEH. Er is een buikoverzichtsfoto gemaakt en deze toonde geen afwijkingen. Er is een geruststellend gesprek gevoerd met moeder en Evelien. Mevrouw Hartman meldt nu telefonisch dat Evelien toenemende buikklachten heeft en sinds de val geen ontlasting meer heeft gehad. Het lijkt wel of Evelien een harde buik heeft gekregen. Moeder maakt zich ernstig zorgen.

Casus 4.6

Barry van Doorn meldt zich eveneens telefonisch met een vraag. Sinds vier dagen heeft hij een gipsspalk in verband met een enkelfractuur, opgelopen tijdens een voetbaltraining. Over twee dagen heeft hij een afspraak voor (gips) controle. Dit heb je in het EPD van Barry van Doorn gecontroleerd. Barry van Doorn heeft een zorgvraag: zijn tenen zijn sinds gisteravond dik en blauw. Als hij zijn been omhoog legt, is er weinig meer aan de hand. Het been is niet pijnlijk, maar voelt wel kloppend aan. Hij vraagt of hij nu eerder voor controle moet komen of dat hij gewoon zijn geplande afspraak voor over twee dagen kan afwachten.

Casus 4.7

Mevrouw W. Moed, bij ons bekend met appendicitische buikklachten, therapie: 6 week geleden appendectomie, belt vanochtend op en vertelt met de fiets gevallen te zijn. Het stuur van de fiets kwam ontzettend hard in de buik, ter hoogte van het litteken van de blinderdarmoperatie, terecht. Ze heeft nu ontzettend veel pijn. Kan ze niet even langskomen?

Casus 4.8

Zo af en toe val je in op polikliniek Urologie en je neemt ook daar de telefoon op: De heer Den Ouden belt op en vertelt twee dagen geleden een cystoscopie te hebben ondergaan en nu constateert hij regelmatig bloed in zijn ondergoed. Hij maakt zich ernstig zorgen, kan hij niet even langskomen?

Casus 4.9

De heer Y. Ismael belt op over zijn tweejarig zoontje Achmed. Achmed heeft twee dagen geleden een circumcisie ondergaan en heeft nu koorts. Vanochtend was de temperatuur 38.6 °C. Het drukverband hebben ze vanochtend verwijderd en het leek wel alsof er pus uit de wond kwam. Kunnen ze gewoon doorgaan met paracetamol vraagt vader Ismael.



Extra 3

Als je genoemde beroepscompetenties goed beheerst, dus je weet welke informatie vastgelegd moet worden inzake een spoedconsult en jouw registratiemethode is zorgvuldig: je hanteert de triagemethodieken, je handelt volgens het ziekenhuisprotocol enzovoort, dan zul je een positieve bijdrage leveren aan de kwaliteit van de geleverde (spoedeisende) zorg.

In de groep kun je bovengenoemde casussen trainen. Eén is patiënt, de ander is de doktersassistent die haar triagetechnieken toepast en het verdere beleid bepaalt.

Polikliniekbezoek

Samenvatting

Praktijkvoering is een belangrijke kerntaak in het kwalificatiedossier dokters-assistent. Voor een goede gang van zaken op de polikliniek is kennis van de organisatie noodzakelijk, maar ook zeker kennis van en inzicht in planningstechnieken. Een polikliniekspreekuur organiseren en begeleiden is een van de dagelijkse werkzaamheden die de doktersassistent grotendeels zelfstandig moet uitvoeren. Ze verwerkt de 'orders' en verwijst patiënten door naar de diverse afdelingen, geeft voorlichting en advies. In grote lijnen wordt de organisatie en het uitvoeren van de spreekuurwerkzaamheden toegelicht in dit hoofdstuk.

- 5.1 Inleiding – 66**
- 5.2 Eerste polikliniekbezoek – 66**
- 5.3 Afsprakenbureau/Ontvangstbalie – 67**
- 5.4 Receptie polikliniek – 67**
- 5.5 ZIS-agenda – 67**
- 5.6 Consult specialist – 68**
- 5.7 Diagnostisch onderzoek – 70**
- 5.8 Afronding (eerste) consult – 71**
 - 5.8.1 Order – 72
- 5.9 Controlebezoek – 74**
 - 5.9.1 Registratiezuilen – 74
- 5.10 Medische verslaglegging – 76**
- 5.11 Kwaliteitsnormen informatie patiënt – 76**
- 5.12 Patiëntlogistiek – 77**

5.1 Inleiding

Als doktersassistent maak je een dagplanning. Je stelt de dagplanning bij als er veranderingen in moeten worden verwerkt, je beheert en onderhoudt de agenda, je plant spreekuren en je bereidt deze voor. Wanneer je een afspraak hebt gepland, zorg je dat de informatie en de materialen voor de specialist compleet zijn voordat de afspraak plaatsvindt. Verder verzorg je het administratieve gedeelte van het spreekuur en werk je met het elektronisch patiëntendossier.

prioriteiten

Als doktersassistent deel je zelfstandig je werkzaamheden in. Je stelt prioriteiten en je werkt volgens de professionele richtlijnen en protocollen van de organisatie. Bij het begeleiden van het spreekuur vervul je een organiserende en coördinerende rol; een ondersteunende rol voor zowel patiënt als specialist, een uitvoerende rol in het verzorgen van de administratie en het beheer van de digitale medische dossiers. Tijdens het begeleiden van het spreekuur komt het voor dat meerdere werkprocessen tegelijkertijd je aandacht vragen. Het is dan van belang dat het spreekuur planmatig en op systematische wijze verloopt.

5.2 Eerste polikliniekbezoek

Het (eerste) bezoek van een patiënt aan de polikliniek verloopt planmatig en op systematische wijze.

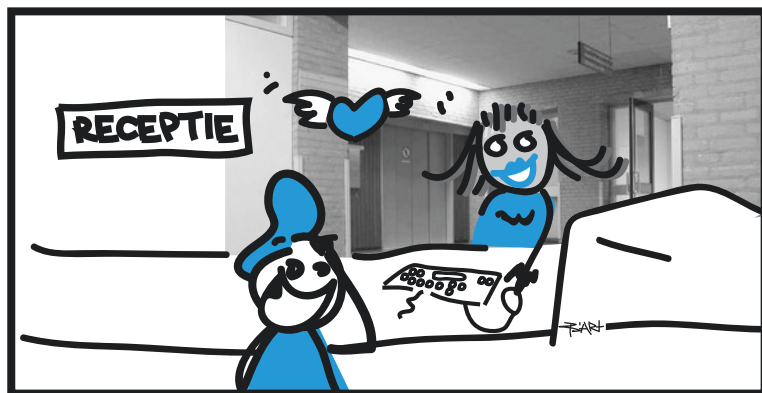
- De patiënt meldt zich bij het afsprakenbureau of de ontvangstbalie van het ziekenhuis om zich te laten inschrijven. Vervolgens wordt er een patiëntenpas gemaakt.
- De patiënt gaat naar de desbetreffende polikliniek, meldt zich bij de doktersassistent en overhandigt de benodigde papieren, zoals de verwijsbrief van de huisarts en de patiëntenpas. Bij een verwijzing via het ZorgDomein heb je de verwijsbrief en verdere gegevens al digitaal ontvangen. De patiënt legitimeert zich en neemt plaats in de wachtruimte.
- De patiënt wordt binnengeroepen voor onderzoek bij de specialist.
- Na onderzoek meldt de patiënt zich opnieuw bij de doktersassistent. De patiënt wordt vervolgens doorverwezen naar de desbetreffende afdelingen voor onderzoek (röntgen, laboratorium, enzovoort) en er wordt een nieuwe controleafspraak gemaakt.

ZorgDomein

Deze planmatigheid wordt hierna verder toegelicht.

5.3 Afsprakenbureau/Ontvangstbalie

We gaan ervan uit dat de functie van het afsprakenbureau inmiddels bekend is (►H. 4).



■ Figuur 5.1 Brief van huisarts

5.4 Receptie polikliniek

Als patiënt een afspraak heeft met bijvoorbeeld de MDL-arts, meldt hij zich bij de doktersassistente op de polikliniek Maag-Darm-Lever (MDL). De patiënt overhandigt de patiëntenpas of zorgpas en legitimeert zich.

De verwijzing naar de MDL-arts is via het Zorgdomein tot stand gekomen. Alle informatie met betrekking tot de patiënt heb je met behulp van een verwijsbrief (■fig. 5.1) digitaal via de beveiligde verbindingen tussen verzender (huisarts) en ontvanger (specialist) ontvangen, maar nog niet toegevoegd aan het (nieuwe) dossier van patiënt de heer J. de Vries. Via het zoekvenster ga je na of de patiënt bij ons in het ziekenhuis staat ingeschreven. Als dit niet het geval is ga je een nieuwe registratie invoeren of je controleert of de gegevens van de patiënt nog actueel zijn. Als je de inschrijfgegevens hebt gecheckt en/of gecompleteerd verzoek je patiënt plaats te nemen in de wachtkamer. De verwijsgegevens van de heer De Vries die zijn binnengekomen via het ZorgDomein, kun je nu activeren. Na een aantal digitale handelingen kom je via tabblad Correspondentie bij het beveiligde tabblad Verwijsbrief. De ZD-brief wordt nu geopend en toegevoegd aan het elektronisch dossier van de patiënt. Zie ■fig. 5.2.

werkzaamheden
eerste polibezoek

5.5 ZIS-agenda

Als een agenda aan ZIS is gekoppeld, is het vaak ook mogelijk in het ZIS een spreekuuroverzicht bij te houden. Wanneer de patiënt, de heer De Vries zich bij de doktersassistente heeft gemeld en heeft plaatsgenomen in de wachtkamer, wordt dit in het spreekuuroverzicht geregistreerd (■fig. 5.3). Zoals je in de agenda kunt zien, hebben de patiënten waar een vinkje bij staat zich gemeld en is patiënt 6 niet verschenen. Bij de heer De Vries moet nog een vinkje gezet worden, zodat ook de arts ziet dat hij hem kan ophalen uit de wachtkamer. Dit vinkje kan een doktersassistente gemakkelijk zetten door te dubbelklikken op het zwarte streepje.

Verwijsbrief**Verwijzer**

Dhr. P. Langers, huisarts
 Organisatie: Praktijk ZorgDomein
 Straatweg 68
 Breukelen
 0204715282
 Faxnummer: 020-4715282
 AGB code: 01010101
 Intercollegiaal overleg: intercoll nr

Geachte collega,

Patiënt

Dhr. J. de Vries
 Geboortedatum: 01-12-1955
 BSN:777736160
 Passendalepad 200
 5628NC Hilversum
 020-4715282
 06-12345678
 ZORGVERZEKERINGSGROEP
 Verzekeringsnummer: 100100100

ZorgDomein**Verwijzing / Aanvraag**

Datum verwijzing: 02-12-2015
 Zorginstelling: Oefenziekenhuis
 ZD-nummer: ZD20425903
 MDL>Verdenking erfelijke darmziekten
 Verkorte toegangstijd MDL
 Toegangstijd: VT

KERNDDEEL

Reden van verwijzing, vraagstelling verdenking coloncarcinoom

Journal

| | |
|-----------------------------------|---|
| deelcontact 02-12-2015 | (S) - Patiënt heeft sinds 4 weken last van een veranderde stoelgang. Af en toe is er sprake van loze aandrang. Daarnaast bloedverlies bij de ontlasting en gewichtsverlies. Klaagt over vage buikpijn. (O) - Abdomen: bij palpatie gevoelige plek links onder in de buik (E) - Coloncarcinoom? (P) - Verwijzing MDL-arts |
| Relevante probleem-/episodielijst | 01-01-2015, Knieklachten 01-05-2014, Diabetes mellitus 27-01-2013, Hypertensie |
| Medicatie actueel | 07-01-2015, PARACETAM/CODEIN 500/10MG, 90 ST 01-06-2014, METFORMINE HCL TAB, AP 3.1T 270 ST 01-04-2013, TEMAZEPAM CAPS, N 1C 30 ST |
| Besproken met patiënt | Besproken dat deze klachten kunnen passen bij een maligniteit |
| Procedurevoorstel | Overname behandeling |
| Allergie, intolerantie | Bruine pleisters Jodium |
| Contra-indicaties | T90, Diabetes mellitus |

AANVULLEND DEEL

| | |
|------------------------------------|---|
| Aanvullend onderzoek | 27-01-2013, UMC, ONDERZOEK Gewicht (kg) 83,5 kg 27-01-2013, UMC, ONDERZOEK Systolische bloeddruk 180 mmHg 27-01-2013, UMC, ONDERZOEK Diastolische bloeddruk 70 mmHg 27-01-2013, UMC, ONDERZOEK ECG (tabel) Normaal ECG |
| Risicovol leefgedrag | 04-07-1996 Roken, gering |
| Familieanamnese | Vaderskant bekend met astma Moeder aan longkanker overleden op jonge leeftijd |
| Ook bekend bij | Internist Jansen ivm Diabetes |
| Met collegiale groet, P.Langers | |

■ **Figuur 5.2** Verwijsbrief

5.6 Consult specialist

Patiënt, de heer De Vries, wordt voor onderzoek bij de specialist geroepen. Om de vermoedelijke diagnose, in dit geval coloncarcinoom, vast te kunnen stellen, wordt de heer De Vries systematisch ondervraagd, waarna een algemeen lichamenlijk onderzoek volgt.

Anamnese

(= *letterlijk uit het geheugen naar boven halen*).

Anamnese is het ondervragen van de patiënt of van personen uit diens omgeving (heteroanamnese). Bij het onderzoek van kinderen of patiënten met psychische stoornissen en/of geestelijke beperkingen, is de heteroanamnese van groot belang.

Voorgeschiedenis

Naast wat patiënt, de heer De Vries, zelf vertelt, stelt de specialist vragen ter aanvulling van de anamnese. De arts wil onder andere de voorgeschiedenis weten, de doorgemaakte ziekten, verblijf in ziekenhuizen en eventuele eerdere operaties. Verder is de gezondheidstoestand van familieleden (familieanamnese) van belang in verband met erfelijke ziekten. De arts heeft nu een algemene indruk gekregen.

| Spreekuuroverzicht | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|------|--------------------|-------|--|---------------|-----------|------|---------------------------|-----|------------|--------------------------------------|----------|
| Agenda | | Subagenda | | | | | | | | | | |
| woensdag < 09-12-2015 > | | Aantal afspraken 7 | | <input checked="" type="checkbox"/> Afspraken <input checked="" type="checkbox"/> Vrije plekken | | | | | | | | |
| DBC | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Type | Status | Tijd | Gemeld | Geautoriseerd | Patientnr | Code | Naam | m/v | Geb. Datum | Omschrijving | Telefoon |
| Begin Spreekuur | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | 08:30 | ✓ | | 015 | NP | | M | 15-11-1989 | | |
| <input type="checkbox"/> | | | 08:45 | ✓ | | 014 | UIT | | M | 14-11-1989 | | |
| <input type="checkbox"/> | | | 08:55 | ✓ | | 1 | CP | | V | 01-03-1915 | Heeft twee kinderen mee | |
| <input type="checkbox"/> | | | 09:25 | ✗ | | 6 | UIT | | V | 24-01-1924 | | |
| <input type="checkbox"/> | | | 09:35 | ✓ | | 75 | CP | | M | 10-03-1992 | Is de vorige keer niet komen opdagen | |
| <input type="checkbox"/> | | | 10:05 | — | | 76 | NP | J. de Vries - Testpatiënt | M | 01-12-1955 | | |
| <input type="checkbox"/> | | | 10:20 | — | | 74 | KL | | O | 09-12-2015 | | |

■ **Figuur 5.3** Spreekuuroverzicht

Eigenlijke ziektegeschiedenis

De arts, in dit geval de MDL-arts, gaat nu over op de eigenlijke ziektegeschiedenis (*historia morbi*). Daarbij komen de volgende vragen aan bod:

- Hoe lang bestaan de klachten?
- Is er sprake van gewichtsverlies en misselijkheid?
- Zichtbaar bloedverlies bij de ontlasting?
- Is er sprake van buikpijn en is die pijn brandend, uitstralend en waar wordt deze gelokaliseerd?
- Enzovoort.

Status praesens

Het opnemen van de status praesens, de huidige toestand waarin de patiënt in zijn geheel en het lichaamsdeel waarvoor zorg wordt gevraagd in het bijzonder, zich bevindt.

Lichamelijk onderzoek

Nadat de anamnese is afgenomen, volgt een algemeen lichamelijk onderzoek. Dit bestaat uit het bekijken (inspectie), het betasten (palpatie), het bekloppen (percussie) en het beluisteren (auscultatie) van lichaamsdelen.

5.7 Diagnostisch onderzoek

Na het algemeen en lichamelijk onderzoek zal de arts misschien al een diagnose kunnen stellen. Om zeker te zijn van de diagnose, kan hij ook diagnostisch onderzoek laten verrichten.

Enkele voorbeelden van diagnostische onderzoeken zijn:

- laboratoriumonderzoek;
- röntgenonderzoek;
- ecg;
- mri;
- coloscopie.

Tabel 5.1 Protocollenlijst coloncarcinoom, coecumcarcinoom, rectumcarcinoom

| definitie | <i>kwaadaardig gezwel, uitgaande van de dikke darm</i> |
|--------------------|---|
| verschijnselen | – afwijkend of veranderd defecatiepatroon – rectaal bloedverlies – buikpijnklachten – ijzergebreksanemie op basis van occult bloedverlies – gewichtsverlies – anemie |
| mogelijke oorzaken | Er is geen duidelijke oorzaak, wel zijn er factoren die een rol spelen bij het ontstaan, onder andere: – polyposis coli – lang bestaande colitis - Crohn – familiale belasting met darmpoliepen of -tumoren |
| onderzoeken | – rectaal toucher – coloscopie – feces op occult bloed – bloedonderzoek: CEA, Hb, Ht, MCHC, MCV, MCH, leuko's, trombo's, diff., glucose, Na, K, ureum, kreat, bilirubine, alk. fosf., Y-GT, ASAT, ALAT, LD – indien niet bekend: bloedgroep, resusfactor, irreg. antistoffen – alleen bij orale anticoagulantia: INR |

Wanneer de arts een fractuur vermoedt, zal hij met behulp van röntgenonderzoek de diagnose bevestigd willen zien. Wanneer de arts een ontsteking vermoedt, zal hij onder andere een laboratoriumonderzoek aanvragen om de diagnose te bevestigen. De arts zal een crp (C-reactief proteïne) aanvragen als hij vermoedt dat er een ontsteking is. Een verhoogd crp wijst hierop. Als de arts een coloncarcinoom vermoedt zal hij volgens het protocol coloncarcinoom (zie [tab. 5.1](#)) een aantal onderzoeken aanvragen, zoals bloedonderzoek; coloscopie; feces op occult bloed enzovoort.

5.8 Afronding (eerste) consult

Na consultering van de specialist meldt de patiënt zich bij de doktersassistent voor verdere doorverwijzing en vervolgspraak.

- patiënt wordt aangesproken met zijn naam (dit om persoonsverwisseling te voorkomen);
- in het EPD kun je zien of de patiënt nog afspraken moet maken. Deze afspraken/orders worden door de arts digitaal doorgestuurd;
- wanneer de patiënt verwezen wordt naar een ander specialisme, hiervoor de afspraak regelen. De afspraak op de afsprakenkaart vermelden. De interne verwijzing wordt digitaal doorgestuurd naar de desbetreffende polikliniek;
- de verdere orders verwerken, afspraken maken en indien nodig informatiefolders meegeven aan patiënt.

| <input checked="" type="checkbox"/> | Status | Type | Aanvrager | Startdatum | Einddatum | Opmerking |
|-------------------------------------|---------|-----------------------|---------------------|------------------|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Gepland | (ordernr) van op - - | Maagdarmlerarts, M. | 07-01-2016 10:15 | | |
| <input type="checkbox"/> | Gepland | (ordernr) van op - - | Maagdarmlerarts, M. | 07-01-2016 10:15 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Gepland | coloscopie | | 05-01-2015 16:40 | | |

Endoscopie - MDL (ordernr) van op 05-01-2015

Inhoud

Patiëntstatus

Aanvraag ◀◀◀ Intake ◀◀◀ Time out ◀◀◀ Endoscopieverslag ◀◀◀ Verpleegkundige Sign out

Post endoscopisch 30 dagen controle

◀◀ 1 van de 1 ▶▶

• **Figuur 5.4** Orderoverzicht

5.8.1 Order

order

Op het tabblad ‘order’ heeft de specialist aangegeven welke diagnostische onderzoeken moeten worden verricht. Je opent het tabblad ‘order’ en je zoekt de aanvraag van de heer De Vries op. Zoals je kunt zien wordt een coloscopie aangevraagd, en de heer De Vries wordt binnen 30 dagen voor de uitslag terugverwacht (zie [fig. 5.4](#)).

De order verwerk je vanuit het venster ‘Werkblad Polikliniek’. Als eerste vink je de order coloscopie aan en het ZIS gaat automatisch naar de digitale formulieren. Je controleert of de aanvraag/intake coloscopie volledig is ([fig. 5.5](#)). In overleg met de heer De Vries leg je een afspraak vast en je verstuurt de aanvraag voor coloscopie door naar de Functieafdeling. Tot slot leg je voor over 14 dagen een afspraak voor de uitslag vast. Nadat je de heer De Vries een voorlichtingsfolder betreffende het darmonderzoek hebt meegegeven en het afsprakenkaartje met alle afspraken erop, neem je afscheid van patiënt.

Soms ontbreekt je de tijd om tijdens het spreekuur patiënten door te verwijzen voor diagnostische onderzoeken. Een enkele keer zijn de digitale formulieren door de arts onvolledig ingevuld en moet je de formulieren completeren. Je spreekt met de patiënt af, nadat je hem hebt uitgelegd dat er nog verschillende onderzoeken moeten worden gepland, dat hij binnen drie dagen per post de afspraken voor

Onderdeel inzien

Tonen Intake formulier

Definitief

Open/sluit historie, recente- en standaardantwoorden

bloedverlies per anum

hemorroiden

ijzergebreksanemie

anale

incontinentia alvi

uitsluiten colonpathologie

familiale belasting voor colorectaal carcinoom

controle na operatie in verband met colorectaal carcinoom

controle na resectie colonadenoom

bekend met

poliepsurveillance

surveillance colitis

status na verwijdering colonpoliep

naar aanleiding van eerder onderzoek

controle anastomose na darmoperatie

positieve iFOBT

status na diverticulitis

overig

Indicatie

Coloscopie

Sedatie

diagnostische interventie

nee ja

Medische voorgeschiedenis

Op dit moment darmklachten nee ja

Bekend met aandoening van hart of vaten nee ja

Op dit moment hartklachten nee ja

Bekend met longaandoening nee ja

Op dit moment longklachten nee ja

Document Rapport

Detail Grabben Tijdelijke etiketten Overige acties Sluiten

Figuur 5.5 Formulier coloscopie

diagnostisch onderzoek en een afspraak voor de uitslag krijgt toegestuurd. Met e-health kunnen de afspraken via de beveiligde e-mailmodule verstuurd worden naar de patiënt.

Na afloop van het spreekuur activeer je opnieuw het tabblad 'order' en je krijgt het totale overzicht van de nog te plannen onderzoeken van alle patiënten die de polikliniek die dag hebben bezocht. Per patiënt handel je digitaal de 'order voor een diagnostisch onderzoek' af, je plant de onderzoeksdata en je vinkt en meldt de order pas af als deze is afgerond.

5.9 Controlebezoek

Als de heer De Vries twee weken later terugkomt voor de uitslag, heb je in de tussenliggende periode digitaal de uitslag van de diverse onderzoeken binnengekregen. Twee dagen voorafgaand aan het spreekuur controleer je of alle uitslagen binnen zijn. Indien dit niet het geval is, ga je de ontbrekende uitslagen opvragen.

Als patiënt de heer De Vries zich meldt kan het volgende protocol worden doorlopen:

- patiënt met zijn naam begroeten (dit om persoonsverwisseling uit te sluiten), vragen of hij komt voor een (geplande) afspraak;
- vragen naar zijn patiëntenpas;
- vragen of de gegevens op de patiëntenpas nog correct zijn;
- geboortedatum van patiënt vragen en vergelijken met die in het EPD;
- patiënt aangeven dat hij plaats mag nemen in de wachtruimte en door de arts zal worden binnengeroepen;
- patiënt als 'aanwezig' aanvinken in de computer.

De patiënt wordt binnengeroepen bij de specialist en krijgt de uitslag van het onderzoek te horen. De arts kan een eventuele therapie instellen: medicijngebruik, advies leefgewoontes, dieetadvies, operatie, enzovoort.

5.9.1 Registratiezuilen

Een nieuwe manier van registreren en aanmelden van patiënten die een afspraak hebben op een polikliniek, is aanmelden met behulp van een registratiezuil. Van belang is dat de patiënt in het bezit is van een actuele patiëntenpas. In de ontvangsthuis van het ziekenhuis staan een aantal registratiezuilen. Verder zijn er ook registratiezuilen aanwezig op de polikliniek. De patiënt scant de barcode van zijn patiëntenpas en op het scherm van de registratiezuil komen alle afspraken in beeld die de patiënt op die dag heeft. Ook wordt de eventuele wachttijd van de afspraak aangegeven. Zodra de patiënt zijn patiëntenpas heeft gescand en zich op deze manier heeft aangemeld, krijgt de doktersassistent van de desbetreffende polikliniek waar de patiënt een afspraak heeft, een melding via het ZIS dat de patiënt is gearriveerd. Dit wordt automatisch op de digitale spreekuurlijst aangevinkt. Patiënt hoeft zich dus niet meer bij de doktersassistent te melden. Nadat de patiënt zich digitaal heeft aangemeld, print de registratiezuil een oproepticket met een oproepnummer (■ fig. 5.6).



■ **Figuur 5.6** Oproepticket

Patiënt neemt plaats in de wachtkamer. Op de wachtkamermonitor komt op een gegeven moment het oproepnummer, met de daarbij behorende spreekkamer in beeld. Een oproepnummer bevordert de privacy van de patiënt. De patiënt wordt niet meer bij naam en toenaam opgeroepen door de specialist in een volle wachtkamer. Sommige ziekenhuizen gaan zo ver, dat de patiënt een sms'je krijgt als hij bijna aan de beurt is. Zo kan de patiënt in het restaurant nog rustig een kopje koffie drinken of nog het een en ander doornemen. Dit is vooral handig als het spreekuur uitloopt. Een nieuwe patiënt zal zich te allen tijde moeten melden bij de doktersassistent op de polikliniek om het registratieproces te voltooien en de benodigde verwijzbrieven en het verzekeringsbewijs te tonen of te overhandigen.

Registratiezuilen bieden ook de mogelijkheid om de patiëntenpas te wijzigen als er bijvoorbeeld een wijziging van huisarts is. Indien nodig, print 'de zuil' een nieuwe patiëntenpas.

Aanmelden is tegenwoordig ook mogelijk met behulp van een ID-kaart, rijbewijs of paspoort. In dit geval is een patiëntenpas overbodig. De patiënt meldt zich bij een aanmeldzuil met behulp van bijvoorbeeld zijn rijbewijs. De gegevens van het rijbewijs worden gescand en gecontroleerd met de gegevens van het ziekenhuis; digitaal komt een aantal vragen in het display zoals 'woont u nog op hetzelfde adres' of 'bent u van huisarts veranderd'; de patiënt toets 'ja' of 'nee' en een ticket met barcode wordt door de aanmeldzuil geprint (zie ■ fig. 5.6). Digitaal wordt de afdeling (bijvoorbeeld polikliniek, radiologie, laboratorium) op de hoogte gebracht dat de patiënt zich heeft aangemeld. Deze manier van aanmelden is alleen maar mogelijk als de patiënt zich eerst volledig heeft laten registreren bij de centrale ontvangstbalie van het ziekenhuis.

Registratiezuilen zijn volop in ontwikkeling, met name het onderdeel 'navigeren in het ziekenhuis'. Navigeren is een hulpmiddel om de patiënt op de juiste plek in het ziekenhuis te krijgen. Dit gebeurt met de navigatie-app. De app brengt de

patiënt vanaf de entree naar de locatie waar de afspraak is maar ook, bij meerdere afspraken, van de ene plaats in het ziekenhuis naar een andere plaats.

Kwaliteitsnormen privacy patiënt

De registratiezuilen voldoen ook aan de eisen van het NIAZ:

Ambulante zorg van goede kwaliteit verlenen: 'De polikliniek ontvangt patiënten met respect voor privacy en vertrouwelijkheid.'

Toelichting: de receptiebalie kan bijvoorbeeld afgezonderd zijn van de wachtruimte om te voorkomen dat patiënten informatie over de identiteit, gezondheids-toestand of benodigde zorg van andere patiënten kunnen horen. Medewerkers die patiënten van de wachtruimte naar een zorgruimte begeleiden, gebruiken hierbij niet de volledige naam van de patiënt en verwijzen niet naar de benodigde zorg.

5

5.10 Medische verslaglegging

Na het controlebezoek van de heer De Vries wordt de huisarts digitaal van de bevindingen van de specialist op de hoogte gesteld. De patiënt wordt verder behandeld door de specialist of gaat terug naar de huisarts. De heer De Vries wordt verder behandeld door de specialist en de huisarts wordt van de diagnose en behandeling regelmatig op de hoogte gesteld. Zoals je kunt lezen heeft de heer De Vries een lang zorgtraject achter de rug en nog voor de boeg (■ fig. 5.7).

5.11 Kwaliteitsnormen informatie patiënt

Het NIAZ heeft kwaliteitsnormen opgesteld voor de informatie die de patiënt dient te krijgen over de gang van zaken op de poliklinieken. Vóór zijn bezoek aan de arts wordt de patiënt, als hij belt voor het maken van een afspraak (door de doktersassistent) geïnformeerd over:

- de inschrijvings- en aanmeldingsprocedure, met eventueel verwijzing naar de website van het ziekenhuis betreffende de geldende toegangstijden van een bepaalde zorgvraag;
- de administratieve en medische gegevens die bij het inschrijven en aanmelden moeten worden meegenomen (zoals legitimatiebewijs, verwijsbrief en verzekeringsbewijs).

Verder is als norm opgenomen dat na consultering van de specialist, informatie aan de patiënt volgt over het verdere onderzoek en de (eventuele) behandeling.

Informatie verstrekken over het verdere onderzoek is een taak van de doktersassistent. Via het tabblad 'order' plant zij alle vervolgonderzoeken, ze geeft voorlichting aan de patiënt en geeft ook relevante informatiefolders mee. Als alle diagnostische onderzoeken zijn afgerond, zal de arts het behandelingsplan aan de patiënt voorleggen.

Ook worden aan de volledigheid van gegevens eisen gesteld: op het moment dat de patiënt zich aanmeldt voor behandeling of consult dienen alle relevante gegevens aanwezig te zijn. De rol van de doktersassistent met betrekking tot deze kwaliteitseis is erg belangrijk.

volledigheid van
gegevens

Interne Geneeskunde/MDL

Aan de weledelgeleerde heer
P. Langers, huisarts
Straatweg 68
Breukelen

Patiënt

Dhr. J. de Vries
Geboortedatum: 01-12-1955
Patientnummer 1234567
BSN: 777736160
Passendalepad 200
5628NC Hilversum

Geachte collega,

Hierbij informeer ik u over de bevindingen van bovengenoemde patiënt.

Relevante voorgeschiedenis:

2013 hypertensie, 2014 diabetes mellitus type 2, 2015 knieklachten
2015 hemicolectomie i.v.m. mucineus carcinoom TNM classificatie (5^eeditie): pT4N2: long en levermetastasen.

Anamnese:

Goed hersteld van OK. Patiënt werd verder verwezen voor palliatieve chemotherapie.
Geen pijnklachten, defecatie geen bijzonderheden.

Conclusie:

Voorstel start palliatieve chemotherapie volgens Capox schema. Te verwachten bijwerkingen zijn misselijkheid, braken, diarree, hand-en voetsyndroom, neuropathie, hematologische toxiciteit.

Beleid:

Start palliatieve chemotherapie volgens Capox schema.
Na enkele kuren evaluatierespons.

Met vriendelijke groet,
A. Neerhof, MDL-arts

■ **Figuur 5.7** Correspondentie

5.12 Patiëntlogistiek

Op dit moment wordt vaak het eerste consult als volgt georganiseerd: patiënt meldt zich bij de specialist, vervolgens wordt er aanvullend onderzoek verricht en een aantal weken later meldt patiënt zich opnieuw bij de specialist en verneemt de uitslag.

Het streven is om eerst de onderzoeken afgerond te hebben, voordat de patiënt de specialist consulteert. Dit wordt patiëntlogistiek genoemd (►casus 5.1). Hand-leiding bij patiëntlogistiek is altijd de diagnostische protocollenlijst, in dit geval coloncarcinoom (zie ■tab. 5.1).

doktersassistent

gespecialiseerd
verpleegkundige

Casus 5.1

De heer Verburg wordt via de huisarts doorverwezen naar de MDL-arts in verband met een vermoedelijke coloncarcinoom (zie ook [tab. 5.1](#)). De patiënt neemt telefonisch contact op met de doktersassistent van de desbetreffende polikliniek. De doktersassistent maakt een afspraak voor een (telefonisch) consult met een gespecialiseerd verpleegkundige – in dit geval een MDL-verpleegkundige (maag-darm-lever). Op het afgesproken tijdstip belt de heer Verburg met de gespecialiseerde verpleegkundige om samen een daarvoor opgestelde vragenlijst door te nemen.

Naar aanleiding van deze vragenlijst wordt protocollair aanvullend onderzoek aangevraagd, bijvoorbeeld bloedonderzoek, urineonderzoek en coloscopie. Ook wordt de heer Verburg door de verpleegkundige goed geïnformeerd over de verdere gang van zaken.

De doktersassistent regelt vervolgens, met behulp van een ondersteunend computerprogramma, alle gevraagde onderzoeken (bij voorkeur) op één dag, met aansluitend het eerste consult met de specialist. De heer Verburg krijgt tijdens dit consult direct de uitslag. Eventuele vervolgafspraken worden gerealiseerd of patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts.

De heer Verburg zal waarschijnlijk alle onderzoeken en het consult bij de specialist op één dag kunnen plannen. Dit in tegenstelling tot patiënt de heer De Vries, hij moet minimaal 3 maal het ziekenhuis bezoeken.

Opname

Samenvatting

Een doktersassistent werkzaam in een ziekenhuis zal multidisciplinair samenwerken met diverse afdelingen binnen het ziekenhuis. In dit hoofdstuk wordt de samenwerking met Bureau Opname en klinische afdeling toegelicht. Verder zal de theoretische kennis uit de vorige hoofdstukken in dit hoofdstuk worden toegepast, zoals het afhandelen van een order, het geven van voorlichting en advies, het toepassen van de Treeknormen enzovoort. Ook komen begrippen zoals overnamebehandeling en intercollegiaal consult (ICC) aan de orde.

- 6.1 Inleiding – 80**
- 6.2 Opname ziekenhuis – 80**
- 6.3 Dagopname en langdurige opname – 80**
- 6.4 Opnameregistratie – 83**
- 6.5 Garantieverklaring zorgverzekeraar – 84**
- 6.6 Opname – 84**
- 6.7 Verschillende behandelaars – 85**
 - 6.7.1 Overnamebehandeling – 86
- 6.8 Ontslag – 86**
- 6.9 Administratieve afhandeling klinische patiënten – 87**
- 6.10 Kwaliteitsnormen voorbereiding opname – 87**
 - 6.10.1 Wat is een preoperatieve screening? – 87
 - 6.10.2 Kwaliteitsnormen voorlichting – 87

6.1 Inleiding

Op een polikliniek werk je als doktersassistent veel samen met andere disciplines. Je functioneert in een team van doktersassistenten, medisch secretaresses, verpleegkundigen, artsen en andere zorgverleners. Samenwerking vraagt om een zorgvuldige afstemming en registratie van de diverse contacten en handelingen. Duidelijke communicatie met collega's en andere disciplines is heel belangrijk, zodat iedereen op de hoogte is van elkaars werkzaamheden. Dit houdt in dat je de digitale informatie zorgvuldig vastlegt in het medisch dossier. Door een goede samenwerking draag je bij aan verbetering en continuïteit van de zorg.

In dit hoofdstuk wordt de samenwerking met de afdeling Opnameplanning of Bureau Opname nader toegelicht.

6.2 Opname ziekenhuis

In de meeste gevallen – traumata en spoedgevallen uitgezonderd – komen patiënten eerst met hun zorgvraag op de polikliniek en daarna wordt, indien noodzakelijk, overgegaan tot klinische behandeling. De patiënt wordt op de opnamelijst c.q. wachtlijst geplaatst en vervolgens kan het nog enkele weken duren voordat er plaats is in het ziekenhuis. Voordat de patiënt wordt opgenomen, dient poliklinisch een aantal organisatorische werkprocessen door de doktersassistent uitgevoerd te worden, namelijk:

- opnameregistratie;
- verwijzen naar afdeling Opnameplanning;
- eventueel doorverwijzen voor preoperatieve screening.

6.3 Dagopname en langdurige opname

Wat betreft administratieve handelingen wordt er geen onderscheid gemaakt tussen een dagopname (short stay) of een langdurige opname. In dit hoofdstuk zullen wij ons beperken tot een langdurige opname (zie ook ►casus 6.1).

Casus 6.1

Je bent als doktersassistent werkzaam op de polikliniek Chirurgie. Vandaag begeleid je het spreekuur van de mammacare-poli. Mevrouw Carolien Faber-Verschoor is via het ZorgDomein verwezen met de toegangstijdcode VT. De huisarts heeft via het ZorgDomein de verwijsbrief verstuurd met de vermoedelijke diagnose, voorgeschiedenis en medicijngebruik. Je hebt de verwijzing van mevrouw Faber enkele dagen geleden via de beveiligde e-mail binnengekregen. Mevrouw Faber heeft zich kort daarop telefonisch gemeld om een afspraak te maken. Je hebt voor haar – conform de wacht- en toegangstijden voor de mammacare-poli – een afspraak gemaakt binnen vijf dagen. Ook heb je de kwaliteitsnorm 'informatie patiënt' toegepast. Voor de mammacare-polikliniek geldt naast de standaardinformatie nog specifieke informatie. Er wordt eerst een mammografie gemaakt en direct daarna volgt het consult bij de specialist. Verder raad je, conform het protocol, patiënt aan om iemand mee te nemen.

Op afgesproken datum en tijdstip meldt mevrouw Faber zich, zichtbaar nerveus. Ze heeft net de mammografie laten verrichten en komt nu voor het gesprek met de chirurg en de uitslag. Digitaal schrijf je mevrouw Faber in en je controleert in het zoekvenster – uiteraard op haar geboortenaam Verschoor – of zij ooit eerder is geweest. Dit blijkt niet het geval te zijn en je gaat over tot een nieuwe inschrijving.

Ondertussen stel je mevrouw Faber op haar gemak door haar heel rustig (hoewel het op dit moment heel hectisch is!) de benodigde informatie te vragen. Nadat je haar gegevens hebt ingevoerd vraag je of zij plaats wil nemen in de wachtkamer.

Na het consult bij de specialist meldt mevrouw Faber zich opnieuw bij jou. Je raadpleegt haar elektronisch medisch patiëntendossier en je leest de informatie in haar kerngegevens (▣ fig. 6.1).

Je leest de order: tumorverwijdering rechter mamma met sentinel node-procedure. Deze order werk je direct af. Mevrouw Faber moet immers zo snel mogelijk verwezen worden en je laat de order daarom niet liggen tot het eind van het spreekuur om deze dan samen met alle andere orders digitaal af te handelen. Je verwijst haar onmiddellijk naar de diverse afdelingen, zoals afdeling Opnameplanning, preoperatieve screening door de anesthesist, het laboratorium en de functieafdeling. Volgens het protocol voer je diverse werkzaamheden uit (▣ fig. 6.2):

- ▀ Volgens de preoperatieve protocollenlijst moet er een laboratoriumonderzoek worden verricht. Je activeert het tabblad 'Formulieren' en controleert of de arts alle onderzoeken heeft ingepland of aangevinkt. Dit formulier stuur je digitaal door naar het laboratorium. Je vertelt aan mevrouw Faber dat zij nog naar het laboratorium moet voor bloedonderzoek en je legt de route uit naar het laboratorium. Op de 'routekaart' van mevrouw Faber vul je in 'laboratoriumonderzoek'.
- ▀ Gezien de leeftijd van mevrouw Faber vraag je digitaal een ecg aan. Je zegt aan mevrouw Faber dat de arts nog een ecg, een hartfilmpje wil laten maken en dat ze direct naar de functieafdeling kan voor het maken van een ecg. Op de 'routekaart' van mevrouw Faber vul je 'functiekamer' in en je stuurt de aanvraag voor het ecg digitaal naar de functieafdeling;
- ▀ Je legt heel rustig de uit te voeren operatie uit en je geeft mevrouw Faber een folder mee met informatie over de sentinel node-procedure;
- ▀ Verder vertel je mevrouw Faber dat zij schriftelijk toestemming moet geven voor de uit te voeren operatie. Je geeft haar het verklaringsformulier mee (▣ fig. 6.3) en vraagt of zij dit thuis wil doorlezen, ondertekenen en bij opname wil inleveren;
- ▀ Je verwijst mevrouw Faber naar de afdeling Opnameplanning voor opnameregistratie en je vult deze informatie ook in op de 'routekaart';
- ▀ In overleg met mevrouw Faber plan je een afspraak voor de preoperatieve screening bij de anesthesist. Deze afspraak noteer je op het afsprakenkaartje van mevrouw Faber;
- ▀ Alle onderzoeken, afspraken enzovoort herhaal je nog een keer.

rustig

werkzaamheden

| X | |
|--|---|
| KERNGEGEVENS | |
| 04-04 | <p>Heeft enkele weken geleden knobbeltje in rechter mamma ontdekt, volgens patiënte is het knobbeltje gegroeid. Geen pijn of vochtverlies tepel. Familieanamnese: geen borst-of eierstokkanker. Patiënte is 55 jaar, is getrouwd en heeft 2 gezonde kinderen.</p> <p>Inspectie mamma: geen zichtbare zwellingen, geen huidintrekkingen of ingetrokken tepel. Palpatie: rechter mamma knobbeltje voelbaar van 1,5 bij 1,5. Linker mamma g.a. Tepelvloed niet opwekbaar.</p> <p>Mammografie 4 april: er wordt een kleine 1,3 cm grote spiculaire massa gezien, ongeveer 3 cm diep ter hoogte van de rechter tepel</p> |
| ORDER | |
| <p>Tumorverwijdering met sentinel node procedure Termijn binnen 10 dagen</p> | |

■ **Figuur 6.1** Kerngegevens

| preoperatieve protocollenlijst tumor in borst verwijderen met de sentinelnode procedure | |
|--|--|
| definitie | Tumor in de borst verwijderen en het opzoeken van de eerste okselklier om deze vervolgens te verwijderen. Hiervan wordt een vriescoupe gemaakt en afhankelijk van de uitslag worden de okselklieren wel of niet verwijderd |
| laboratoriumonderzoek | Hb, crp, leuco's, ALAT, Y-GT, bloedgroep en rhesus, Na, K, kreat. en glucose |
| functie-of röntgenonderzoek | <ul style="list-style-type: none"> ➢ 50 jaar: ECG ➢ 60 jaar: X-thorax |
| bijzonderheden | <ul style="list-style-type: none"> – informatiefolder meegeven over de schildwachtklier = sentinelnode – verklaring ondertekenen voor toestemming operatie |

■ **Figuur 6.2** Preoperatieve screening

klinische wachtlijstregistratie

De hoeveelheid aan informatie overrompelt mevrouw Faber en ze is blij dat zij iemand heeft meegenomen. Nadat je de vragen van mevrouw Faber hebt beantwoord, wens je haar veel sterkte en ga je verder met je werkzaamheden; de volgende patiënt staat al te wachten.

Na afloop van het spreekuur handel je de verdere zaken c.q. orders af van alle patiënten die het spreekuur hebben bezocht. Voor mevrouw Faber plan je, na overleg met het Operatiecomplex, digitaal de operatie in. Deze planning geef je ook digitaal door aan de afdeling Opnameplanning. Verder activeer je het tabblad 'Klinische wachtlijstregistratie' en vul je de ontbrekende gegevens zo veel mogelijk in. Ook het Operatiecomplex en de afdeling Opnameplanning hebben toegang tot het tabblad klinische wachtlijstregistratie. Het is van belang patiëntengegevens te registreren en actueel te houden om zo de kwaliteit van het zorgaanbod te waarborgen. Als je klaar bent met de order van mevrouw Faber, vink je deze af en ga je verder met de volgende patiënt.

| |
|--|
| Maatschap Heelkunde |
| <p>VERKLARING</p> <p>Hierbij verklaar ik door de arts geïnformeerd te zijn over de operatie. Ik geef toestemming om de besproken ingreep te verrichten.</p> <p>Plaatsnaam, datum</p> <p>Naam patiënt(e) Geboortedatum</p> <p>Handtekening patiënt(e) / ouder / voogd</p> |

■ **Figuur 6.3** Verklaringsformulier

Om je een indruk te geven van de overige specifieke administratieve werkzaamheden op een chirurgische polikliniek noemen we er hier een aantal:

- dagoverzicht van de chirurgen bijhouden;
- dienstrooster voor de chirurgen plannen, inclusief Spoedeisende Hulp;
- OK-rooster plannen;
- zelfstandig de patiëntlogistiek CTS (carpaletunnelsyndroom) inplannen;
- patiëntenvervoer regelen.

Het zal duidelijk zijn dat per polikliniek de werkzaamheden verschillen. Zo hoef je voor een beschouwend specialisme nooit de OK-planning te doen.

Genoemde werkzaamheden kunnen ook worden uitgevoerd door de medisch secretaresse. Ook kan een medisch secretaresse worden ingezet voor het begeleiden van het spreekuur, echter nooit voor kleine verrichtingen, zoals hechtingen verwijderen. De medisch-technische handelingen zul je in samenwerking met een verpleegkundige uitvoeren.

6.4 Opnameregistratie

Indien een klinische behandeling voor de patiënt noodzakelijk is, verwijst je patiënt naar de afdeling Opnameplanning. Afdeling Opnameplanning registreert de patiënt, plaatst deze op de wachtlijst en maakt afspraken over het vermoedelijke tijdstip van opname. Opnameplanning kan voor alle specialisten de ziekenhuisopname regelen. Deze afdeling heeft een totaal beddenoverzicht en plant de bezetting van de bedden van het gehele ziekenhuis. Academische ziekenhuizen en zeer grote ziekenhuizen hebben vaak een decentrale planningsafdeling voor opname en ontslag. Uiteraard gaat de inschrijving voor opname met de daarbij behorende informatie digitaal.

polikliniek
Chirurgie

Opnameplanning



■ **Figuur 6.4** Verloop opname

6.5 Garantieverklaring zorgverzekeraar

Tegenwoordig is het niet meer noodzakelijk om voor iedere opname-indicatie een garantieverklaring aan te vragen bij de zorgverzekeraar. Een garantieverklaring houdt in dat de zorgverzekeraar garant staat voor alle kosten met betrekking tot de opname. Voor bepaalde ingrepen, denk aan plastische chirurgie of implantaten, is vooraf wel toestemming noodzakelijk van de zorgverzekeraar. Afhankelijk van de ingreep vraagt ofwel het ziekenhuis ofwel de patiënt zelf de garantieverklaring aan.

6.6 Opname

Hoe een opname verloopt laten we zien aan de hand van het praktijkgeval van mevrouw Faber (casus 6.2; ■ fig. 6.4).

Casus 6.2

Mevrouw Faber wordt ongeveer vijf dagen na het bezoek aan de chirurg opgeroepen voor opname en meldt zich op de afgesproken dag bij de afdeling Opnameplanning. De eventueel nog ontbrekende gegevens worden geregistreerd en mevrouw Faber wordt ingeschreven voor opname. Vervolgens wordt zij door een verpleegkundige van de klinische afdeling opgehaald. De afdeling Opnameplanning geeft de opname van mevrouw Faber ook door aan de volgende personen of afdelingen. Dit gebeurt met behulp van ZIS-opname:

- huisarts en apotheek (transmurale berichten);
- verpleegafdeling;
- desbetreffende polikliniek;
- portier/receptioniste;
- financiële administratie/debiteurenadministratie;
- postkamer ziekenhuis;
- eventueel pastoor of dominee (via de post).

Met behulp van ZIS-opname wordt de polikliniek Chirurgie op de hoogte gesteld van de geplande opname van mevrouw Faber en vervolgens moeten de volgende werkzaamheden door de doktersassistent worden uitgevoerd:

- opnamedatum invoeren in het computerbestand;
- opname noteren in de ZIS-agenda van de specialist.

taken
doktersassistent

6.7 Verschillende behandelaars

Mevrouw Faber is opgenomen door de chirurg dr. Van Asbeck. De opnemend specialist wordt 'hoofdbehandelaar' genoemd. Als de hoofdbehandelaar het noodzakelijk acht dat een ander specialisme mevrouw Faber onderzoekt, spreken we van 'medebehandelaar'. Dit wordt geregeld door middel van een intercollegiaal consult (ICC) (►casus 6.3).

hoofdbehandelaar

ICC

Casus 6.3

Mevrouw Faber is opgenomen en ondertussen geopereerd. Twee dagen na de operatie krijgt ze echter last van hartritmestoornissen.

Dokter Van Asbeck is chirurg en is niet gespecialiseerd op het gebied van hartklachten. Hij roept de cardioloog in consult, een intercollegiaal consult of eventueel een medebehandeling. De secretaresse van de klinische afdeling vraagt een intercollegiaal consult (ICC) aan voor de cardioloog.

Tijdens opname wordt bij mevrouw Faber een verhoogde bloedsuikerspiegel gediagnosticeerd: nuchter 8,2 mmol/l. De hoofdbehandelaar, de chirurg, acht het noodzakelijk ook een consult aan te vragen bij de internist, specialist op het terrein van diabetes mellitus. Ook nu wordt een intercollegiaal consult aangevraagd bij de internist.

Intercollegiaal consult

Een intercollegiaal consult (ICC) is een kortdurend patiëntencontact dat plaatsvindt op verzoek van een ander specialisme, voorafgaand aan of tijdens een klinische opname of een behandeling op de Spoedeisende Hulp zonder dat sprake is van medebehandeling. De vraagstelling van het intercollegiaal consult is in het algemeen beperkt, meestal alleen diagnostisch of screenend.

In tegenstelling tot een intercollegiaal consult is een medebehandeling een langdurig patiëntencontact met een ander specialisme (►casus 6.4).

Medebehandeling

Wij spreken van medebehandeling als er sprake is van een nieuwe/ andere zorgvraag bij een klinische patiënt. Deze zorgvraag valt buiten het behandelgebied van de hoofdbehandelaar. (De behandeling loopt door na de opname en gaat over in een poliklinische behandeling.)

Casus 6.4

Mevrouw Faber heeft drie dagen na de operatie uitvalverschijnselen in haar linkerkaak. De neuroloog wordt in consult gevraagd en diagnosticeert een TIA. Het in eerste instantie aangevraagde ICC wordt een medebehandeling. Mevrouw Faber zal ook na ontslag uit het ziekenhuis voor poliklinische controle en onderzoek worden terugverwacht bij de neuroloog.

6.7.1 Overnamebehandeling

Het is ook mogelijk dat de behandeling wordt overgenomen door een ander specialisme. Dat kan als voor de opnemend specialist niet langer de noodzaak tot klinische behandeling bestaat en deze er wél is voor een ander specialisme (► casus 6.5).

Casus 6.5

De heer Skrijelj wordt opgenomen door het specialisme neurologie. Patiënt heeft vertigoklachten en is verscheidene malen flauwgevallen. De neuroloog onderzoekt de heer Skrijelj en na drie dagen blijkt dat de heer Skrijelj een verhoogde bloedsuikerspiegel heeft. Op neurologisch terrein zijn er verder geen afwijkingen gevonden en is er voor de neuroloog geen indicatie meer voor opname. Die indicatie is er wel voor een ander specialisme: interne geneeskunde. De heer Skrijelj wordt in dit geval overgenomen door de internist.

Het kan ook zijn dat een algemeen ziekenhuis de patiënt niet verder kan behandelen omdat de vereiste expertise ontbreekt. Patiënt wordt in een dergelijk geval overgedragen aan bijvoorbeeld een academisch ziekenhuis.

Bovengenoemde begrippen zoals intercollegiaal consult, overname- of medebehandeling worden op de polikliniek veelvuldig gebruikt. Voor de doktersassistent is het belangrijk dat zij kennis heeft van genoemde begrippen.

6.8 Ontslag

Hoe het ontslag in zijn werk gaat, laten we zien aan de hand van het voorbeeld van mevrouw Faber (► casus 6.6).

Casus 6.6

Mevrouw Faber wordt ontslagen uit het ziekenhuis. De operatie is goed verlopen en de wondgenezing voltrekt zich zonder complicaties. Afdeling Opnameplanning zorgt ook nu weer dat de eerder genoemde personen of afdelingen op de hoogte worden gebracht (► casus 6.2). Dit wordt gerealiseerd door middel van een ZIS-ontslagbericht.

Opnameplanning

ZIS-ontslagbericht

6.9 Administratieve afhandeling klinische patiënten

Via ZIS-opname word jij als doktersassistent op de hoogte gesteld van het ontslag van mevrouw Faber. Je verricht de volgende administratieve werkzaamheden:

- Je zorgt dat het digitale ontslagformulier wordt ingevuld ten behoeve van de ontslagregistratie.
- Het ziekenhuis is verplicht de ontslagdiagnose en de opnameduur door te geven aan de databank van DHD (► par. 1.5.2) Hiervoor is de afdeling Zorgregistratie verantwoordelijk. Zij zijn uiteraard wel afhankelijk van de door jou gegeven informatie.

ontslagregistratie

6.10 Kwaliteitsnormen voorbereiding opname

Binnen het ziekenhuis zijn er afspraken gemaakt over de werkwijzen en bevoegdheden ten aanzien van de voorbereiding op onderzoek en/of verrichting met betrekking tot een opname. Het is vooral van belang dat van elke zorgactiviteit wordt aangegeven of die poliklinisch dan wel klinisch wordt verricht en wie daarbij betrokken zijn.

voorbereiding

Zo zal bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostische ondersteuning, preoperatieve screening (POS) enzovoort bij voorkeur poliklinisch plaatsvinden. Dit is protocollair vastgelegd en de doktersassistent dient bij te dragen aan het zorgvuldig nakomen van de afspraken die gemaakt zijn.

preoperatieve screening

6.10.1 Wat is een preoperatieve screening?

Voordat een patiënt wordt geopereerd checkt de anesthesioloog de algemene gezondheidstoestand van de patiënt. Dit gebeurt door middel van een gesprek, lichamelijk onderzoek, een gezondheidsvragenlijst en indien nodig aanvullend onderzoek. Het doel van een POS is om te beoordelen of een patiënt gezond genoeg is om de operatie of het onderzoek te ondergaan. Ook checkt de anesthesioloog tijdens de preoperatieve screening of het gaat om de juiste patiënt, de juiste plaats en zijde en de juiste ingreep, bijvoorbeeld de linkerknie aan de laterale zijde. Daarnaast checkt de anesthesioloog of het gaat om de juiste anesthesietechniek. De anesthesioloog vermeldt in het EPD dat de controles betreffende de juiste patiënt, de algemene gezondheidstoestand, juiste plaats en zijde, juiste ingreep en juiste anesthesietechniek door patiënt en arts zijn gecontroleerd en besproken. Dit alles heeft als doel de kwaliteit van de zorgverlening te bewaken.

6.10.2 Kwaliteitsnormen voorlichting

Het NIAZ heeft kwaliteitsnormen ontwikkeld met betrekking tot voorlichting:

De polikliniek geeft patiënten en hun familieleden informatie over de diensten die de desbetreffende polikliniek verleent.

Toelichting: dit betreft informatie over welke diensten de polikliniek levert, de eventuele kosten enzovoort. De informatie is gemakkelijk te begrijpen, beschikbaar in de talen die gewoonlijk worden gesproken door de betreffende patiëntenpopulatie. De informatie wordt ondersteund in digitale en/of schriftelijke vorm, bijvoorbeeld folders. Voor anderstaligen kan een tolkservice worden georganiseerd.

Voorlichtingsfolders zoals van de sentinel node-procedure zullen dan ook op de polikliniek Chirurgie in verschillende talen beschikbaar zijn, in digitale en/of schriftelijke vorm.

Een zeer belangrijke kwaliteitsnorm voorlichting is 'Bespreken van het zorgplan met de patiënt en eventueel diens familie'.

Diagnose Behandel Combinatie

Samenvatting

De doktersassistent heeft naast o.a. spreekuurwerkzaamheden ook nog financieel-administratieve werkzaamheden. De doktersassistent verzorgt de financiële administratie van de praktijk, verwerkt administratieve gegevens in het binnen de organisatie gehanteerde digitale systeem en heeft kennis van declarabele kosten. Verder zorgt zij voor de verstrekking van relevante informatie aan zorgverzekeraars. In het kwalificatiedossier doktersassistent zijn bovengenoemde werkprocessen omschreven en deze worden in dit hoofdstuk behandeld, zoals de zogenaamde Diagnose Behandel Combinatie (DBC) en het financiële declaratiesysteem voor zorginstellingen. Wanneer mag een specialist wel een zorgproduct declareren en wanneer niet? Wat zijn typeringslijsten en wat is een zorgtraject, wat is het verschil tussen het A-segment en B-segment? Wat zijn de gevolgen van contracten tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars? Kortom, de doktersassistent dient ook kennis te hebben van het huidige financieringssysteem van ziekenhuizen.

7.1 Inleiding – 91

7.2 DBC-systematiek – 91

7.2.1 Wat is een DBC-zorgproduct? – 92

7.2.2 Hoe werkt het? – 92

7.3 Typeringslijst – 92

7.3.1 Zorgtraject – 92

7.3.2 Zorgtype – 93

7.3.3 Subtrajecten – 95

7.3.4 Parallell subtraject – 96

- 7.3.5 Wel of geen nieuwe zorgvraag? – 97
- 7.3.6 Zorgvraag binnen hetzelfde specialisme – 98
- 7.3.7 Grouper – 98
- 7.3.8 Declareren – 99

- 7.4 RSAD-model – 99**
- 7.4.1 Vaststellen van de prijs – 100

7.1 Inleiding

Naast het duidelijk krijgen van de zorgvraag, het zelfstandig handelen en adviseren conform protocollen en het scheppen van randvoorwaarden zodat de specialist de patiënt efficiënt en effectief kan behandelen, heb je als doktersassistent nóg een taak: je vervult een uitvoerende en ondersteunende rol in de financiële administratie van de specialist of het ziekenhuis. Als een patiënt naar het ziekenhuis wordt verwezen, hangt daar een prijskaartje aan. Hoe hoog de uiteindelijke kosten zijn ligt aan de diagnose en de behandeling. Alle zorg die aan een patiënt wordt verleend, wordt vastgelegd en geregistreerd in het elektronisch patiëntendossier. Deze registratie heeft niet alleen tot doel om een goede behandeling te garanderen, een deel van deze registratie heeft ook tot doel om de kosten die voor de geleverde zorg zijn gemaakt, te declareren aan de zorgverzekeraar.

Sinds 2005 registreren alle ziekenhuizen hun behandelingen in de vorm van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC). In een DBC worden de diagnose, de behandeling én de kosten die daarmee gepaard gaan, verzameld en gecodeerd. Met behulp van deze specifieke code kunnen de kosten van de specialistische behandeling gedeclareerd worden aan de zorgverzekeraar. Diagnose en behandeling leiden dus samen tot één prijs die het ziekenhuis in rekening brengt aan de zorgverzekeraar. Dit wordt vastgelegd in één administratieve code: de zogenoemde DBC-prestatiecode. Elke DBC heeft een eigen tarief. Het ziekenhuis betaalt uit dat tarief de kosten voor het vastgoed, de apparatuur, geneesmiddelen en materialen en de loonkosten van medisch specialisten, verpleegkundigen en andere ziekenhuismedewerkers.

DBC-prestatiecode

DBC's zijn gebaseerd op een vooraf vastgesteld gemiddelde van de te leveren zorg en de gemiddelde kosten die voor een bepaalde behandeling gemaakt worden. Niet iedere scan, consult of verpleegdag wordt dus apart in rekening gebracht. Het aantal behandelingen heeft daarom niet altijd invloed op de totale prijs van de DBC. In sommige gevallen is de rekening lager dan de werkelijk gemaakte kosten en in andere gevallen hoger.

In dit hoofdstuk wordt summier uitgelegd hoe het DBC-proces verloopt. Voor een doktersassistent is het van belang dat je weet wat het DBC-zorgproduct inhoudt, zeker wat betreft de contacten met de zorgverzekeraars en het invoeren van de code in het ZIS.

7.2 DBC-systematiek

Als doktersassistent krijg je te maken met de DBC's. Het is van belang dat je globaal kennis hebt van het financieringssysteem DBC. In het kort zal de DBC-systematiek worden samengevat en vervolgens worden de belangrijkste zaken voor een doktersassistent toegelicht.

7.2.1 Wat is een DBC-zorgproduct?

Een specialist en het ziekenhuis leveren zorg, zogenaamde zorgproducten. Een DBC-zorgproduct is puur bestemd voor de financiële afwikkeling en declaratie naar de zorgverzekeraar. Iedere zorgvraag, iedere diagnose heeft een eigen 'pakket zorg', een eigen DBC. Bijvoorbeeld bij de diagnose polsfractuur zit in het 'pakket zorg' een consult, een röntgenfoto en gips. Bij de diagnose appendicitis zit in het 'pakket zorg' een consult, laboratoriumonderzoek, operatie en opname.

Als de patiënt naar de specialist wordt verwezen, zal hij een heel traject van zorg moeten doorlopen, het zorgtraject. Zodra een patiënt zich bij de specialist meldt met een zorgvraag, opent de specialist een DBC-zorgtraject. In dit zorgtraject legt de specialist vast welke zorgactiviteiten (röntgenfoto, scan, opname) zijn uitgevoerd om een diagnose vast te stellen en/of een aandoening te behandelen.

Na verloop van tijd worden al deze handelingen verzameld en bij elkaar gevoegd (het maken van een 'pakket') en worden deze gegevens naar een centrale computer, met specifieke software (grouper) verstuurd. Deze software (grouper) koppelt er een bepaalde DBC-prestatiecode aan. De ziekenhuizen gebruiken deze code om de rekening te declareren aan de zorgverzekeraar. De DBC-systematiek vormt dus de basis voor het declaratiesysteem. Belangrijke kennis voor een doktersassistent.

7.2.2 Hoe werkt het?

Declareren en registreren gaat altijd met het gebruik van typeringslijsten. Via website link 4 tref je een aantal typeringslijsten aan. (De documenten zijn ook te vinden op de site: ► www.werkenmetdbcs.nza.nl)



Extra 4

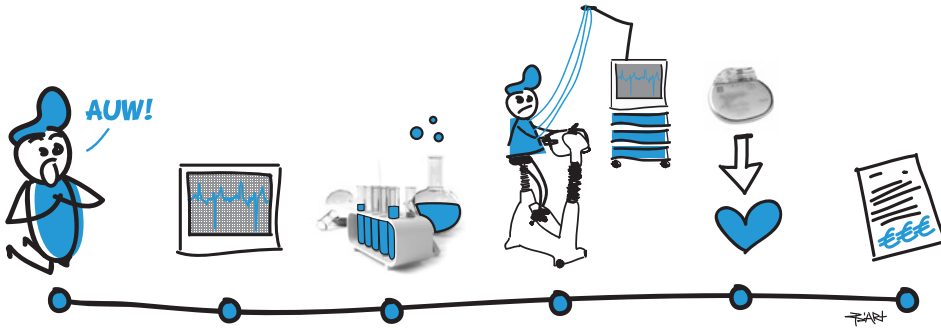
typeringslijsten

7.3 Typeringslijst

Aan de hand van deze typeringslijsten volgt een uitleg. Het is handig als je er een print, bijvoorbeeld die van longgeneeskunde.

7.3.1 Zorgtraject

De DBC-registratie start met het openen van een zorgtraject. Dit gebeurt naar aanleiding van een eerste of nieuwe zorgvraag van een patiënt. Een zorgtraject (fig. 7.1) is de totale periode waarin een patiënt voor een bepaalde zorgvraag onder behandeling is. Het zorgtraject wordt pas afgesloten bij uitbehandeling of overlijden van de patiënt.



■ **Figuur 7.1** Zorgtraject

7.3.2 Zorgtype

Zoals je ziet start de typeringslijst longgeneeskunde (zie extra 4) met het kopje Zorgtype. Als het zorgtraject wordt geopend, zal als eerste het zorgtype worden geregistreerd. Door middel van het zorgtype wordt de verwijzer gecodeerd. In de meeste gevallen betreft dit het zorgtype ‘reguliere zorg’, verwijzing door huisarts of collega-specialist. Tegelijk met het openen van een zorgtraject wordt er automatisch een subtraject geopend. De periode waarover gedeclareerd mag worden, wordt een subtraject genoemd. De zorgtypen van de typeringslijsten worden kort toegelicht.

Zorgtype initieel subtraject

Reguliere zorg (ZT11)

Naar aanleiding van een eerste (initieel) of nieuwe zorgvraag, kan bij het openen van het zorgtraject het zorgtype ZT11 worden geregistreerd. De code ZT11 geeft aan dat patiënt verwezen is door de huisarts of een collega-specialist. Dus als de DBC-code begint met ZT11, dan zie je direct dat patiënt verwezen is door huisarts of specialist (▶casus 7.1).

ZT11

Casus 7.1

De heer Mehri heeft regelmatig last van hoesten. De huisarts verwijst hem naar longgeneeskunde. Er wordt een zorgtraject ZT11 geopend met daarbij automatisch een subtraject.

Vervolgbehandeling ZT21

De looptijd van een ZT11 is met ingang van 2015 maximaal 120 dagen. Binnen deze termijn moet de specialist zijn behandeling hebben afgesloten. Patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts. Duurt de behandeling langer dan 120 dagen, dan mag er een vervolgtraject worden geopend ZT21: Vervolg (►casus 7.2).

ZT21

Casus 7.2

Na onderzoek van de heer Mehri blijkt vervolgbehandeling noodzakelijk. De heer Mehri krijgt medicijnen en moet regelmatig op controle komen. Het subtraject ZT11 wordt (na 120 dagen) afgesloten (en gedeclareerd). Daarna wordt voor vervolgbehandeling subtraject ZT21 geopend.

Zorg/subtraject met zorgtype 13

Zorgtype 13 wordt gebruikt voor een intercollegiaal consult (ICC). Een intercollegiaal consult is een kortdurend diagnostisch of screenend patiëntcontact, dat plaatsvindt op verzoek van een ander specialisme tijdens een klinische behandeling (►casus 7.3).

Casus 7.3

Een longarts wordt in consult geroepen voor een hemoptoë bij patiënt De Boer. Patiënt is opgenomen op de afdeling Heelkunde. De longarts opent een zorg/subtraject traject ZT13.

ZT13

Als het specialisme dat in consult wordt geroepen tijdens een klinische behandeling besluit de behandeling (als de patiënt is ontslagen uit het ziekenhuis), poliklinisch voort te zetten, wordt het zorg/ subtraject ZT13 omgezet naar een ZT11 (►casus 7.4).

ZT11

Casus 7.4

Een longarts wordt in consult geroepen voor een hemoptoë bij patiënt De Boer. Patiënt is opgenomen op de afdeling Heelkunde. De longarts besluit na ontslag van de heer De Boer patiënt nog een aantal malen poliklinisch te behandelen. De longarts opent een zorgtraject en zet het subtraject ZT13 om naar een subtraject ZT11. De longarts mag namelijk één van beide zorgtypen declareren: óf ZT13 óf ZT11.

Zorg/subtraject met zorgtype 41

Naast ZT11 en ZT13 zie je dat de typeringslijsten nog een aantal zorgtypes aangeven. Het zorgtype 41 (ZT41) wordt geregistreerd bij levering van een overig zorgproduct (ozp). Overige zorgproducten zijn (doorgaans diagnostische) zorgactiviteiten die worden aangevraagd door de huisarts (►casus 7.5).

Casus 7.5

Mevrouw Van Til komt voor de derde keer in korte tijd bij de huisarts wegens langdurig hoesten. De huisarts vertrouwt het niet en stuurt haar naar het ziekenhuis voor een longfunctieonderzoek. Mevrouw Van Til wordt niet doorverwezen naar de longarts; zij blijft onder behandeling van de huisarts. De longarts registreert voor dit onderzoek een zorg/subtraject ZT 41 en daarbij de zorgactiviteit longfunctieonderzoek.

Zorg/subtraject zorgtype 51 of 52

Zorgtype 51 en 52 worden geregistreerd bij een opname op de IC en zijn verder niet van belang voor een doktersassistent.

7.3.3 Subtrajecten

Tijdens het subtraject worden zorgtype, typerende zorgvraag en diagnose geregistreerd. Bij de heer Mehri (►casus 7.1) kan de registratie er als volgt uit zien: 0322-ZT11-D1104. De code 0322 staat voor longgeneeskunde; code ZT11 betekent dat patiënt door de huisarts is verwezen met de diagnose D1104 (hoesten). De longarts heeft een aantal onderzoeken verricht, de patiënt een paar keer op zijn spreekuur voor controle ontvangen en kan op een bepaald moment declareren aan de zorgverzekering. Dat gebeurt op het zogeheten declaratiemoment. Het declaratiemoment is maximaal 120 dagen na het eerste consult. Is de patiënt eerder uitbehandeld, dan mag de specialist eerder declareren. Zoals gezegd heeft een subtraject een looptijd van maximaal 120 dagen, na 120 dagen wordt het subtraject afgesloten en worden alle gegevens verzameld en doorgestuurd naar een centrale computer met specifieke software (grouper). Als na afsluiting van het subtraject (lees: declaratiemoment) patiënt nog verder moet worden behandeld, kan het vervolgsubtraject ZT21 worden geopend.

declaratiemoment

Casus 7.6

Mevrouw Zwart meldt zich via de huisarts bij de cardioloog in verband met hartritmestoornissen. De cardioloog opent een zorgtraject en opent het subtraject ZT11. De cardioloog stelt de diagnose (D) impuls- en geleidingsstoornissen vast (D 404) en besluit een aantal zorgactiviteiten (ZA's) te doen, zoals echo hart en ecg.

Op een bepaald moment (120 dagen na het eerste consult) worden de kosten die in dit eerste subtraject zijn gemaakt verzameld, samengevat en gedeclareerd aan de zorgverzekeraar en wordt het subtraject afgesloten. Mevrouw Zwart is nog niet uitbehandeld en het zorgtraject krijgt een vervolg. Het volgende (tweede) subtraject wordt geopend ZT21.

Registratie binnen het subtraject

Zoals gezegd is het declareren aan de zorgverzekeraar puur gebaseerd op registreren. Daarom is het belangrijk dat binnen elk subtraject (eerste, tweede, derde, enz.) telkens opnieuw de volgende gegevens worden vastgelegd en geregistreerd:

- zorgtype (ZT);
- indien van toepassing de typerende zorgvraag (ZV);
- diagnose (D).

Na het registreren van bovengenoemde gegevens worden de nieuwe zorgactiviteiten (ZA) geregistreerd.

Casus 7.7

Mevrouw Zwart heeft hartritmestoornissen. Ook in het vervolgsu-
btraject worden steeds opnieuw de volgende gegevens geregistreerd:
(ZT21 = vervolg); de diagnose (D 404) impuls- en geleidingsstoornissen en alle
zorgactiviteiten (ZA's).

De nieuwe medicatie heeft onvoldoende resultaat opgeleverd en de cardioloog
besluit tot het implanteren van een pacemaker (ZA). Na verloop van tijd kunnen
de kosten van het tweede subtraject worden gedeclareerd. Het (tweede)
subtraject wordt afgesloten, alle gegevens worden verzameld en doorgestuurd
naar een centrale computer (grouper). Als na afsluiting van het subtraject (lees:
declaratiemoment) patiënt nog niet is uitbehandeld, kan het derde vervolgsu-
btraject ZT21 worden geopend. Mevrouw Zwart blijft onder controle van de
cardioloog en het derde subtraject wordt automatisch door het computer-
programma geopend.

Als doktersassistent moet je kennis hebben van de DBC-zorgproductensys-
tematiek. Dit is van belang om met de zorgverzekeraar te communiceren, maar
ook zeker in de communicatie met de patiënt die vaak vele vragen heeft over de
ontvangen nota. Vaak laat de specialist het registreren van alle zorgactiviteiten
en het openen van ZT's over aan de doktersassistent. Uiteraard blijft de specialist
eindverantwoordelijk.

Het declaratiemoment van zorgtype ZT13 (intercollegiaal consult) is het moment
dat de patiënt de kliniek verlaat.

7.3.4 Parallell subtraject

Naast de gewone subtrajecten kennen wij ook nog parallele subtrajecten. Een spe-
cialist heeft bijvoorbeeld een zorgtraject voor een bepaalde patiënt geopend met de
diagnose COPD. Patiënt blijkt ook slaapproblemen te hebben. Deze slaapproble-
men houden geen verband met de COPD. Dit noemen wij een nieuwe zorgvraag
en de longarts opent een parallel subtraject. De specialist kan dus twee subtrajecten
(twee diagnoses) aan de zorgverzekeraar declareren (►casus 7.8).

Casus 7.8

Hilda Spijker komt op de SEH binnen met een beenfractuur en de specialist opent een zorg/subtraject ZT11 en vervolgens de zorgvraag (ZV), diagnose en ZA's.

Een maand later komt Hilda Spijker binnen met een polsfractuur. Patiënte was in eerste instantie doorverwezen in verband met een beenfractuur, de later opgelopen polsfractuur heeft niets met de eerdere verwijzing beenfractuur te maken. De specialist kan een parallel subtraject openen: ZT11.

Het zit onze patiënte niet mee: tien dagen na de polsfractuur komt Hilda Spijker opnieuw binnen, nu met een acute appendicitis. Deze diagnose heeft niets te maken met de eerdere verwijzingen been- en polsfractuur. Ook nu mag de specialist een parallel subtraject ZT11 openen. De specialist kan in dit geval dus drie verschillende zorgproducten/subtrajecten (drie diagnoses) declareren aan de zorgverzekeraar.

7.3.5 Wel of geen nieuwe zorgvraag?

Er is geen sprake van een nieuwe zorgvraag als er een ziekte of aandoening optreedt die verband houdt met de verwijzingsdiagnose (►casus 7.9 en 7.10).

verwijzingsdiag-
nose

Casus 7.9

Hilda Spijker kampt na haar beenfractuur nog maanden met loopklachten. Na drie maanden bezoekt zij opnieuw de specialist met de zorgvraag loopklachten. Deze zorgvraag houdt verband met de verwijzingsdiagnose beenfractuur en de specialist mag geen parallel subtraject openen. Hij heeft voor dit consult dus geen declaratiebevoegdheid.

Casus 7.10

Een CARA-patiënt is onder behandeling van de longarts en het zorg/subtraject ZT11 is geopend. De patiënt krijgt een longontsteking. De longarts mag in dit geval geen parallel subtraject openen, omdat de ziekte verband houdt met de verwijzingsdiagnose CARA. Een longontsteking kan immers het gevolg van CARA zijn.

Drie maanden later wordt geconstateerd dat patiënt lijdt aan een bronchuscarcinoom. Deze aandoening houdt geen verband met de verwijzingsdiagnose CARA. De longarts mag in dit geval wel een parallel subtraject openen.

7.3.6 Zorgvraag binnen hetzelfde specialisme

Als de behandeling van dezelfde zorgvraag wordt voortgezet door een andere specialist binnen hetzelfde specialisme in het eigen ziekenhuis, kan er geen parallel subtraject worden geopend: per specialisme kan slechts één subtraject per zorgvraag worden geopend (►casus 7.11).

Casus 7.11

Mevrouw Hadzic heeft last van gastro-enteritisklachten en heeft zich gemeld voor het eerste consult bij dokter Stubbe. Genoemde arts werkt in een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) samen met nog 5 andere internisten. Dokter Stubbe heeft patiënte Hadzic onderzocht, een aantal zorgactiviteiten aangevraagd en ZT11 geopend. Dr. Stubbe heeft zich echter vooral gespecialiseerd in vasculaire klachten. Zijn collega-specialist dr. Thio is meer gespecialiseerd in oncologie en gastro-enteritisklachten. Het is dus logisch dat mevrouw Hadzic intern door dr. Stubbe wordt overgedragen aan dr. Thio. Dokter Thio neemt de behandeling van mevrouw Hadzic over van dokter Stubbe, maar hij mag echter geen nieuw (paralleel) subtraject openen. Het is een verwijzing binnen hetzelfde specialisme zonder dat er sprake is van een nieuwe zorgvraag.

Zoals je nu misschien zult begrijpen, is het afsluiten van het subtraject het eigenlijke declaratiemoment. Als je wilt declareren moet je ook weten hoe hoog het te declareren bedrag is. Wat is het prijskaartje dat aan het te declareren zorgproduct hangt, op welke manier wordt de prijs bepaald? Alle gegevens die binnen een subtraject zijn geregistreerd, worden door het ziekenhuis naar de grouper gestuurd. De grouper analyseert de gegevens en bepaalt het tarief (►casus 7.12).

Casus 7.12

De gegevens van Hilda Spijker worden naar de grouper gestuurd: Heelkunde 0303, zorgtype 11, zorgvraag n.v.t., diagnose D212 (fractuur pols) (0303.ZT11. D212) en alle uitgevoerde zorgactiviteiten.
De grouper verzamelt deze gegevens en stuurt een declarabel zorgproduct terug, bijvoorbeeld: zorgproduct DBC-prestatiecode 199299.016: licht ambulante letsel.

7.3.7 Grouper

De grouper is een landelijke computer, met specifieke software, die vanuit het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) via een beveiligd internet te benaderen is. De grouper helpt om snel en eenvoudig het juiste zorgproduct te bepalen. De computer leest de ingevoerde zorgprestaties, verzamelt en codeert deze en stuurt direct een te declareren zorgproduct terug naar de zorgaanbieder. Dit gebeurt in de vorm van een DBC-prestatiecode. Het ziekenhuis of de specialist kan met behulp van een zorgproductenviewer nagaan of de teruggestuurde prestatiecodering bij de diagnose past.

DBC Informatie systeem (DIS)

Het DIS is een landelijke databank waarin alle gegevens van zorgaanbieders anoniem worden vastgelegd. De data in DIS bestaan uit de Minimale Dataset (MDS) die de zorgaanbieders verplicht moeten aanleveren. De databank bevat geen persoonsgegevens. Soms is het de taak van een doktersassistent of medisch secretaresse om deze minimale gegevens digitaal in te voeren, te weten:

- patiëntnummer;
- geslacht;
- leeftijd;
- zorgtrajectnummer;
- verwijsgegevens;
- begin- en einddatum.

DIS

Zoals je ziet zijn de gegevens anoniem. Het DBC-informatiesysteem heeft tot doel om de kosten met de daarbij behorende declaraties van de zorgaanbieders te controleren en de DBC-systematiek verder te ontwikkelen.

7.3.8 Declareren

Het zorgproduct van Hilda Spijker (licht ambulante letsel met de DBC-prestatiecode 199299.016) wordt aan de zorgverzekeraar gedeclareerd. Het declaratieproces verloopt elektronisch. Dit wordt over het algemeen uitgevoerd door de debiteurenadministratie van een ziekenhuis.

7.4 RSAD-model

Het gehele DBC-systeem kan worden samengevat in het RSAD-model: Registreren-Samenvatten-Afleiden-Declareren. Het begrip RSAD wordt op de poliklinieken vaak gebruikt. Het is handig als je dit begrip kent en begrijpt. Het RSAD-model wordt samengevat in vier stappen:

- *Stap 1 Registreren:* Alle gegevens worden geregistreerd, bijvoorbeeld als Zorgtype ZT, zorgvraag ZV, diagnose D of zorgactiviteiten ZA. registreren
- *Stap 2 Samenvatten:* Dit gebeurt in het subtraject. Het subtraject wordt, wanneer de patiënt is uitbehandeld, samengevat. Vervolgens kan de stap naar declareren worden gezet. Ook als een patiënt nog niet is uitbehandeld, kan er op een bepaald vast moment (na 120 dagen) tijdens de behandeling worden samengevat en gedeclareerd. samenvatten
- *Stap 3 Afleiden:* Het te declareren product wordt bepaald met behulp van een grouper. Alle gegevens die binnen een subtraject zijn geregistreerd, worden door de zorgaanbieder naar de grouper gestuurd. afleiden
- *Stap 4 Declareren:* De rekening wordt door de debiteurenadministratie van de zorginstelling naar de patiënt of diens zorgverzekeraar gestuurd. declareren

Hier volgt nog een afsluitende casus om het hele DBC-proces nog eens op een rij te zetten.

Casus 7.13

subtraject

De heer Abdulkadir Öner meldt zich op de Spoedeisende Hulp met hevige urologische kolieken. Bij binnenkomst op de SEH wordt een nieuw zorgtraject voor de heer Öner geopend. Binnen het subtraject worden zorgtype (ZT11), typerende zorgvraag (ZV01) en de typerende diagnose (D11) geregistreerd. Daarnaast worden alle zorgactiviteiten (ZA) vastgelegd, zoals het eerste consult, een echo buik, IVP (intraveneus pyelogram) en USWL (niersteenvergruizen). Dit betreft allemaal medisch-specialistische zorg, die tijdens het subtraject aan de heer Öner is geleverd.

zorgproduct

Na verloop van tijd breekt het declaratiemoment aan. Het subtraject van de heer Öner wordt samengevat, afgesloten en verstuurd naar de grouper. Daarna volgt het afleiden. Aan de hand van alle geregistreerde zorgactiviteiten en de diagnose van de heer Öner, wordt door de grouper het zorgproduct aan de code gekoppeld. Direct wordt de codering teruggestuurd naar de zorgaanbieder. De rekening kan nu worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar van de heer Öner: zorgproduct 'nierstenen' met de daarbij behorende DBC-prestatiecode.

7.4.1 Vaststellen van de prijs

Hoe hoog is nu het te declareren bedrag van bijvoorbeeld de diagnose 'nierstenen'? Moeilijk te zeggen want dit kan per ziekenhuis verschillen. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars kunnen immers onderhandelen over de prijs van een zorgproduct. De prijs van het zorgproduct 'nierstenen' kan in het ene ziekenhuis hoger zijn dan in het andere ziekenhuis.

Vaste segment

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt ongeveer de prijs van 20 % van alle zorgproducten vast. Dit deel wordt het vaste segment of A-segment genoemd. Valt het zorgproduct (bijvoorbeeld brandwondenzorg of spoedeisende hulp) in het A-segment, dan betekent dit dat de patiënt in ieder willekeurig ziekenhuis in Nederland dezelfde prijs betaalt voor het verkrijgen van dit zorgproduct.

Vrije segment

Ziekenhuizen kunnen met zorgverzekeraars onderhandelen over prijs en kwaliteit van circa 80 % van de zorgproducten. Dit deel wordt het vrije segment of B-segment genoemd. In het vrije segment kan de prijs van het zorgproduct variëren per ziekenhuis, omdat een deel van de prijs voor het betreffende zorgproduct vrij onderhandelbaar is. De kostprijs van een zorgproduct staat vast, het overige deel van het zorgproduct is onderhandelbaar.

Publicatie prijsafspraken

Elk ziekenhuis is verplicht de prijsafspraken die met de zorgverzekeraars zijn gemaakt, te publiceren op de website van het ziekenhuis. Ook is het ziekenhuis verplicht de gecontracteerde en de niet-gecontracteerde zorgverzekeraars op hun website te melden. Die verplichting bestaat om situaties, zoals beschreven in ►casus 7.14, te voorkomen.

Casus 7.14

Mevrouw C. Bannink is 56 jaar en heeft sinds een paar weken pijn in haar buik. De huisarts vertrouwt het niet en laat dezelfde dag nog een echo maken. Hierop zijn ascites en een paar andere afwijkingen te zien, suspect voor maligniteit. De volgende dag is de pijn zo hevig dat de huisarts het meest nabije ziekenhuis vraagt om haar direct te zien. Dit ziekenhuis is ook het regionale expertisecentrum voor de vermoedelijke diagnose darmkanker. Binnen een paar dagen wordt de diagnose bevestigd: uitgezaaide darmkanker met ontsteking van het buikvlies. De behandeling wordt snel gestart. Tot de zorgverzekeraar belt: mevrouw Bannink heeft een naturaverzekering¹ en het ziekenhuis is niet gecontracteerd. Mevrouw Bannink zal een deel van de kosten, ongeveer vierduizend euro, zelf moeten betalen. Maar dat geld heeft ze niet. Bovendien moet mevrouw Bannink direct voor behandeling naar een ander ziekenhuis, waarmee haar zorgverzekeraar wel een contract heeft afgesloten. Dit ziekenhuis is verder weg en minder specifiek toegerust om haar te behandelen. Ondanks de argumenten dat dit tot vertraging in het behandelproces leidt, blijft de verzekeraar bij zijn oordeel.

Je kunt als doktersassistent te maken krijgen met concurrentie in de gezondheidszorg. Zorgaanbieders sluiten contracten met de zorgverzekeraars, patiënten kiezen bewust voor een bepaald ziekenhuis of specialist, of vragen naar de prijzen van een bepaald zorgproduct. Het is daarom noodzakelijk dat je kennis hebt van het huidige financieringssysteem. Je wordt als doktersassistent geconfronteerd met vragen van patiënten over de rekening, zorgcontracten enzovoort. Daarnaast heb je te maken met de zorgverzekeraar, een zeer belangrijke externe relatie.

Daarom is het heel belangrijk dat jij je bewust bent van het feit, dat jij het eerste aanspreekpunt bent van de polikliniek, dat jij het eerste contact legt tussen patiënt en specialist. Als spin in het web is het van wezenlijk belang dat jij, naast kennis met betrekking tot praktijkvoering, ook over een gedegen kennis beschikt van het huidige financieringssysteem in de gezondheidszorg. Houd daarom de actuele ontwikkelingen met betrekking tot de DBC's nauwkeurig bij. Op de website van werkenmetdbc.nza.nl tref je een leergang DBC-ziekenhuiszorg aan. Door middel van meerkeuzevragen kun je je kennis toetsen met betrekking tot de DBC's (zie web-sitelink Extra 5).



Extra 5

1 Een naturapolis/verzekering houdt in dat de zorgverzekeraar alle medische kosten uit het basispakket vergoedt, die men maakt bij zorgaanbieders waar de verzekeraar een contract mee heeft afgesloten. Heeft de zorgverzekeraar geen contract met het desbetreffende ziekenhuis, dan betaalt de patiënt de kosten (voor een deel) zelf.

Een dagje op de polikliniek

Samenvatting

De doktersassistent organiseert zelfstandig de dagelijkse werkzaamheden en is verantwoordelijk voor het resultaat van haar eigen werkzaamheden m.b.t. praktijkvoering. Een van de vele werkzaamheden van de doktersassistent is het begeleiden van het spreekuur. Tijdens het spreekuur handelt ze zelfstandig zaken af, en kan daarbij zelfstandig de beschikbare protocollen en werkwijzen van de organisatie toepassen. Tijdens het begeleiden van het spreekuur zal de doktersassistent regelmatig moeten schakelen en constant prioriteiten stellen en deze weer bijstellen. De theoretische kennis uit de voorgaande hoofdstukken wordt hier samengevoegd tot een praktijkopdracht: registreren en ontvangen van (nieuwe) patiënten, het verwerken van orders, het geven van voorlichting en advies, disciplinaire samenwerking, van spoedconsult tot intercollegiaal consult, het registreren van zorgactiviteiten, hanteren van de beschikbare protocollen enzovoort. In deze praktijkopdracht is rekening gehouden met de richtlijnen van het kwalificatiedossier doktersassistent.

8.1 Inleiding – 104

8.1.1 Spreekuurbegeleiding KNO – 104



Extra 6



Extra 7



Extra 8



Extra 9

8.1 Inleiding

Als je voorgaande hoofdstukken hebt bestudeerd, ben je in staat om een polikliniekspreekuur te begeleiden. De theoretische kennis beheers je, het toepassen van deze theoretische kennis (nog) niet. Maar hoe werkt het nou in de praktijk? Met deze afrondende praktijkopdracht zie je hoe een polikliniekspreekuur kan verlopen. Tijdens een spreekuur komen veel dingen gelijktijdig op je af, en is het de kunst om rustig te blijven en geordend te werken.

Alvorens je deze praktijkopdracht doorneemt moet je de websitelink 6 Agenda dr. Lemstra en websitelink 7 Dienstrooster KNO activeren.

Daarnaast is het belangrijk dat je de KNO-protocollen (websitelink 8) en het voorlichtingsmateriaal KNO (websitelink 9) hebt doorgenomen en bij de hand hebt.

8.1.1 Spreekuurbegeleiding KNO

Je bent als doktersassistent aangesteld op de polikliniek KNO. Je hebt het goed naar je zin, want je ziet patiënten van jong tot oud en dit maakt het werk afwisselend. De ene keer heb je ouders met kleine kinderen en dan weer oudere patiënten met bijvoorbeeld gehoorproblematiek. Je doet alle voorkomende werkzaamheden op de poli, zoals het voorbereiden en begeleiden van het spreekuur, telefoon aannemen en operaties inplannen. Daarnaast assisteer je tijdens kleine ingrepen, die op de polikliniek plaatsvinden, zoals het coaguleren van een neusbloeding, en voer je zelfstandig allergietesten uit. Een ander onderdeel van je werk is het geven van patiëntenvoorlichting. Ouders en kinderen voorlichten vind je nog het meest interessant.

Uiteraard werk je niet in je eentje op de poli KNO. Je werkt samen met vijf collega's: drie medisch secretaresses en twee doktersassistenten. Tezamen ondersteunen jullie vier KNO-artsen.

Een werkdag op de polikliniek

Het is vandaag dinsdag 10 september en vanochtend begeleid je het spreekuur van dokter Lemstra. Als je spreekurdiensdienst hebt, hoef je geen verrichtingen en technische handelingen uit te voeren. Dit doet je collega Gamze Bouchantouf. Voor het geval dat er een spoedeisende zorgvraag mocht binnenkomen: op het dienstrooster heb je gezien dat dokter Stahl dienst heeft.

Je hebt de computer opgestart en de agenda van dr. Lemstra geactiveerd. Je zit nog maar net of de telefoon gaat. Het is mevrouw De Wit, die enigszins overstuur opbelt. Jantje, haar 4-jarig zoontje, wordt vandaag verwacht voor amandelen knippen. Vader en moeder hebben Jan helemaal voorbereid op de ingreep, boekjes gelezen, ballonnen opgeblazen, enzovoort. Maar Jan is ontzettend verkouden en had vanochtend lichte verhoging. Kan de operatie nu wel doorgaan, vraagt mevrouw De Wit?

Nadat je haar verhaal hebt aangehoord, vraag je eerst hoe hoog de temperatuur van Jantje is. Mevrouw De Wit antwoordt dat ze zojuist 38,3 °C heeft gemeten. Omdat het protocol voorschrijft dat de operatie in dat geval niet door kan gaan, leg

spreekurdiensdienst

agenda

protocol

je dit aan mevrouw uit. Zoals verwacht reageert zij paniekerig: nu moeten ze Jantje opnieuw gaan voorbereiden en wanneer kan het dan wel?

Eerst probeer je de moeder wat te kalmeren en ondertussen raadpleeg je de agenda van dr. Lemstra. Je ziet dat het aanstaande vrijdag, 13 september, al zou kunnen. Als je dit voorstelt, krijg je een regen aan commentaar. Vrijdag de dertiende, dan laat ze haar zoontje absoluut niet opereren! Je respecteert dit en stelt maandag 16 september voor. Hiermee gaat moeder akkoord. Je geeft mevrouw De Wit het tijdstip door waarop zij maandag met Jan wordt verwacht. Je wenst haar sterkte en Jantje beterschap en beëindigt het telefoongesprek.

Jouw collega Gamze is net in de buurt en je moet even je verhaal van vrijdag de dertiende kwijt. In jouw ogen heb je soms 'rare' patiënten. Maar ben je zelf zo perfect, vraagt Gamze? Nou dat niet, zeg je lachend, en je gaat door met je werkzaamheden.

Als eerste bel je nu de kinderafdeling en geeft door dat Jan de Wit niet komt en dat de opname nu gepland staat voor maandag 16 september. Je belt de OK met dezelfde boodschap en belooft hen later op de dag terug te bellen voor het opnieuw inplannen. Vervolgens licht je de afdeling Opname en planning in. Ondertussen meldt de eerste patiënt zich voor het spreekuur, mevrouw Linde.

Je vraagt mevrouw Linde om haar patiëntenpas, vraagt naar haar geboortedatum en je controleert dit in het EPD. Verder informeer je of alle gegevens nog actueel zijn en vraag je of ze plaats wil nemen in de wachtkamer. Je vinkt in de ZIS-agenda aan dat mevrouw Linde aanwezig is.

Even later meldt mevrouw Blik zich met haar 5-jarig dochtertje Anneke. Anneke is een nieuwe patiënt en in het ZIS ga je Anneke via het menu 'nieuwe registratie' registreren. Je toetst Anneke Blik in en het computersysteem geeft je eerst een overzicht van alle patiënten die voldoen aan het opgegeven criterium. Er wordt geen Anneke Blik geselecteerd en je gaat patiëntje inschrijven. Anneke is via het ZorgDomein verwezen, dus veel informatie heb je al. Je roept haar verwijsgegevens op, waaronder de verwijsbrief. Nadat je alle gegevens hebt geregistreerd vraag je moeder en Anneke plaats te nemen in de wachtkamer.

Ondertussen is mevrouw Linde bij de specialist geweest en meldt zich weer bij jou. In het tabblad onder lees je dat haar rechteroor moet worden uitgespoten in verband met een cerumenprop. Verder wordt mevrouw over zes weken terugverwacht bij de KNO-arts. Je activeert de digitale agenda en vult bij zoektermijn '6 W(eek)' in. Daarna klik je op start, klikt op de gewenste datum en ten slotte op 'boeken'. Je herhaalt de afspraak voor mevrouw Linde en vult de dag en het tijdstip in op haar afsprakenkaartje. Je vraagt of mevrouw Linde nog even wil plaatsnemen in de wachtkamer; jouw collega zal haar zo snel mogelijk helpen. Jij neemt afscheid van mevrouw Linde.

Inmiddels heb je jouw collega Gamze ingeseind voor de zorgactiviteit 'oor uitspuiten'. Jij bent verantwoordelijk voor de afwerking van het spreekuur, dus je zorgt dat de ZA oor uitspuiten geregistreerd wordt.

Ondertussen gaat de telefoon. De moeder van Marja Veen belt. Haar dochter is gisteren voor amandelen knippen geweest en ze spuugt nu helderrood bloed. Je vraagt de geboortedatum van Marja en je activeert Marja's elektronisch patiëntendossier, zodat je meer gegevens bij de hand hebt. Je vraagt conform het protocol of Marja geen rode ijsjes heeft gehad. Moeder reageert ontkennend. Je vraagt sinds wanneer Marja bloed spuugt en of ze verhoging heeft. De bloeding is volgens haar

ZIS

order

digitale agenda

moeder om 07.00 uur vanochtend begonnen en de temperatuur van Marja was 38,8 °C. Je besluit mevrouw Veen door te verbinden met de kinderafdeling, want Marja zal waarschijnlijk worden opgenomen. Je vraagt wie de behandelend KNO-arts is. In het EPD heb je al gezien dat dit dokter Jonker is, maar je verifieert dit zekerheidshalve. Mevrouw Veen antwoordt dat dokter Jonker de behandelend arts is. Vervolgens verbind je mevrouw Veen door met de Kinderafdeling en neem je afscheid van mevrouw, nadat je haar sterkte hebt toegewenst. Jij piept dokter Jonker op en zorgt ervoor dat de zorgvraag van Marja Veen aan hem wordt doorgegeven. Op het whiteboard in het kantoor schrijf je de melding: spoedopname Marja Veen. Dit registreer je ook op het tabblad Klinische behandeling, zodat ook Opnameplanning op de hoogte is van de opname.

De volgende patiënt staat inmiddels voor je neus. De heer Nio meldt zich. Een poli kent altijd van die piekmomenten, denk je bij jezelf. Na het in ontvangst nemen van de patiëntenpas en de protocollaire handelingen te hebben uitgevoerd vraag je of de heer Nio plaats wil nemen in de wachtkamer.

Zorgdomein

Opnieuw gaat de telefoon. Kirsten Kaak wil graag een afspraak maken. Ze is door de huisarts verwezen via het Zorgdomein. Je vraagt aan mevrouw haar zorgdossiernummer en toetst dit in. Het handige is dat je direct alle gegevens van Kirsten Kaak bij de hand hebt. Je hebt inmiddels al gezien dat de toegangstijd VT is.

Mevrouw Blik meldt zich weer aan de balie met Anneke en nadat je Kirsten Kaak in de wacht hebt gezet, vraag je of mevrouw Blik even in de wachtkamer plaats wil nemen. Je zult haar zo verder helpen.

toegangstijd VT

Nadat je Kirsten Kaak hebt bedankt voor het wachten, maak je met haar een afspraak voor donderdag 12 september om 08.45 uur: toegangstijd VT betekent verkorte toegangstijd en dit is binnen vijf dagen. Je laat Kirsten de afspraak herhalen en sluit het telefoongesprek correct af, nadat je zelf ook de afspraak in de ZIS-agenda hebt vastgelegd.

Direct gaat weer de telefoon. Je twijfelt even of je mevrouw Blik eerst te woord zult staan of dat je de telefoon opneemt. Het protocol schrijft voor dat binnenkomende telefoontjes de prioriteit hebben. Je neemt de telefoon aan. Het is de afdeling Chirurgie. Zij vragen een ICC voor vandaag aan, bij voorkeur dr. Lemstra, want bij hem is de patiënt al bekend. Het betreft de heer Paul de Vegt, die sinds afgelopen zondag met een trauma capitis is opgenomen en nu klaagt over gehoorvermindering. Je vraagt aan de afdeling Chirurgie de geboortedatum en je activeert het EPD van de heer De Vegt. Je maakt snel een aantekening op het decursusblad en besluit deze aanvraag direct na het spreekuur uit te werken, bijvoorbeeld om 12.00 uur. Op dat moment heeft dokter Lemstra toch een afspraak met een artsenebezoeker. Afdeling Chirurgie belooft de aanvraag voor ICC vanochtend nog digitaal te versturen.

Zo te horen wordt Anneke Blik al ongeduldig en je roept moeder en dochter bij je terug. Je leest in de order dat Anneke voor een A + TE (adenotomie en tonsillectomie) op de wachtlijst wordt geplaatst. Je biedt mevrouw Blik en haar dochtertje Anneke een stoel aan en je gaat Anneke uitleggen wat er gaat gebeuren. Je vraagt of Anneke vaak keelpijn heeft en het meisje vertelt dat zij en haar beer altijd keelpijn hebben. Hier speel je op in en je zegt tegen Anneke dat wij beer dan ook maar direct gaan helpen en dat Anneke beer mee mag nemen naar het ziekenhuis. Beer mag net als Anneke straks een groen jasje aan, een groene muts op en beer krijgt ook een kasje voor zijn neus en moet dan ook blazen. Anneke luistert aandachtig

en vraagt of er dan ook een berenbedje in het ziekenhuis staat. Je loopt even weg en pakt de voorlichtingsfolder *Een dagje in het ziekenhuis* (websitelink 10).

Je bladert de folder samen met Anneke door. Anneke bestudeert de folder aandachtig en jij gaat nu met mevrouw Blick in gesprek. Je legt haar uit dat zij samen met Anneke nog een afspraak moet maken voor het preoperatieve spreekuur. Deze afspraak kan ze nu direct al maken beneden bij de receptie. Op het routekaartje van Anneke noteer je dat zij nog een afspraak moet maken voor preoperatieve screening. Je geeft mevrouw Blick voorlichtingsmateriaal mee en je vraagt haar dit goed door te nemen. Je benadrukt dat Anneke op de dag van de ingreep geen verhoging mag hebben en dat ze nuchter moet zijn. Dit staat allemaal ook in de folder, zo leg je uit. Verder moet mevrouw Anneke nog laten inschrijven bij de afdeling Opnameplanning en je legt haar uit waar ze deze afdeling in het ziekenhuis kan vinden. Ook dit noteer je op het routekaartje. Nadat je de patiëntenpas hebt teruggegeven, neem je afscheid van Anneke en mevrouw Blick. Anneke lijkt er zin in te hebben!

Later, na het spreekuur, moet je nog het een en ander afhandelen met betrekking tot deze zorgvraag: controleren of het zorg/subtraject ZT11 is geopend, de gegevens van Anneke doorsturen naar de anesthesist en naar de afdeling Opname en planning en Anneke nog inplannen voor de OK. Je vinkt de order van Anneke nog niet af.

Je collega heeft ondertussen Kees van Berkem geregistreerd. Dat is ook altijd het mooie van de poli KNO: als je zelf erg druk bent, neemt een collega het ongevraagd even van je over. Zo heeft Gamze ook de patiëntenpas aan de heer Nio teruggegeven. Hij is uitbehandeld en hoeft niet meer terug te komen. Je realiseert je direct dat de huisarts hiervan op de hoogte moet worden gesteld en je zorgt ervoor dat de verslaglegging hieromtrent wordt geregeld. De werkzaamheden 'verslaglegging' behoren o.a. tot het takenpakket van medisch secretaresse.

Opnieuw gaat de telefoon. Het blijkt de assistente van huisarts Kniffert te zijn. Ze hebben een patiënt met een hevige epistaxis en coagulatie lijkt noodzakelijk te zijn. De huisarts heeft al vooroverleg gehad met de dienstdoende KNO-arts. Je handelt volgens het spoedprotocol en laat de patiënt, nadat je zijn gegevens hebt gevraagd, direct komen. Het gaat om de heer Pas. Je geeft de assistente door dat de heer Pas wordt verwacht bij de KNO-arts dr. Stahl. Op het whiteboard in het kantoor schrijf je de naam van de heer Pas met daarachter ACU-N en de naam van dr. Stahl. Is deze niet op de polikliniek aanwezig, dan piep je dr. Stahl op. Je waarschuwt Gamze, zodat zij de coagulatiebenodigdheden alvast klaar kan zetten.

Je ziet dat dokter Lemstra klaar is met Kees van Berkem en gelijktijdig meldt mevrouw Lodewijk zich. Je neemt snel de patiëntenpas van mevrouw Lodewijk aan, stelt haar de voorgeschreven vragen en vraagt haar plaats te nemen in de wachtkamer en je biedt mevrouw Van Berkem en haar zontje Kees een stoel aan. Je leest in de order dat er voor Kees een X-sinus, crp en HB moeten worden aangevraagd. Je klikt op het tabblad Formulieren en controleert de formulieren op volledigheid. Je zegt tegen Kees dat hij op de foto gaat en dat hij maar een aardig gezicht moet trekken. Kees heeft hier helemaal geen zin in, want hij heeft ook net van de dokter gehoord dat er bloed wordt geprikt. Je vertelt hem dat dit maar een heel klein beetje bloed is, maar dat je begrijpt dat hij dit niet leuk vindt. Zelf vind je bloedprikken ook nooit leuk. 'Doen ze dat bij jou dan ook?', vraagt Kees en op deze manier voer je een gesprekje met Kees. Je vraagt aan zijn moeder of

voorlichting



Extra 10

uitbehandeld

deze onderzoeken vandaag moeten worden gedaan of dat ze liever een andere keer terugkomt. Mevrouw Van Berkem plant de onderzoeken liever een andere keer. Je vraagt welke dag hun voorkeur heeft en je spreekt met haar af dat zij eind deze week een kaartje krijgt met daarop alle afspraken, inclusief de afspraak voor het uitslagconsult. Je vinkt in het ZIS 'order nog afhandelen' aan, geeft mevrouw Van Berkem de patiëntenpas van Kees terug en neemt afscheid van Kees en mevrouw.

Mevrouw Lodewijk meldt zich ondertussen weer bij jou en komt in aanmerking voor zorgactiviteit audiogram. Omdat Gamze een 'spoedje' verwacht kan het audiogram niet direct worden afgenomen. Je maakt met mevrouw Lodewijk een afspraak voor donderdag en legt deze vast in het computersysteem. Verder maak je nog een vervolgspraak voor over zes weken. Je activeert de digitale agenda en plant een afspraak. Je noteert de afspraak voor het audiogram en de afspraak voor controle op het afsprakenkaartje van mevrouw Lodewijk en je wenst haar nog een prettige dag.

Het spreekuur zit erop. Het was maar een kort spreekuur, maar wel druk. Nu moet je nog het spreekuur afhandelen en je besluit dit na je pauze te doen. Eerst ga je de aanvraag voor het ICC uitwerken. Dit doe je als volgt.

Je activeert het EPD van de heer De Vegt. In het ZIS open je een nieuw zorgtraject ZT13 voor de heer De Vegt en direct open je een subtraject. Je noteert de zorgvraag: ICC gehoorvermindering na trauma capitis op het decursusblad met de mededeling dat het ICC vandaag moet plaatsvinden. Verder wordt automatisch vermeld dat patiënt ligt opgenomen op de afdeling Heelkunde, kamer 216. Je activeert de aanvraag ICC in de agenda van dr. Lemstra, en op deze manier wordt dr. Lemstra op de hoogte gesteld van het intercollegiaal consult op de afdeling Heelkunde.

Nu is het tijd voor pauze en na de pauze ga je het spreekuur verder afhandelen.

ICC

8

Zelf aan de slag

Van de volgende patiënten die het spreekuur hebben bezocht moet nog het een en ander administratief worden afgerond:

- Jan de Wit;
- mevrouw Linde;
- Anneke Blik;
- de heer Nio;
- Kees van Berkem;
- mevrouw Lodewijk.

Probeer het maar, want je bent nu in staat om administratief een spreekuur voor te bereiden, een spreekuur te begeleiden en het spreekuur administratief af te ronden. Van iedere patiënt noteer je alle werkzaamheden die gedaan moeten worden. Bij twijfel raadpleeg je de protocollen van KNO (websitelink 8).

Deel II Algemene inleiding sociale gezondheidszorg

- Hoofdstuk 9 Structuur Gemeentelijke gezondheidsdienst en
Jeugdgezondheidszorg – 113
- Hoofdstuk 10 Algemene gezondheidszorg en
gezondheidsbevordering en epidemiologie – 119
- Hoofdstuk 11 Jeugdgezondheidszorg – 129
- Hoofdstuk 12 Bedrijfsgezondheidsdienst – 143

Jeugdgezondheidszorg

Doktersassistenten werken niet alleen in een huisartsenpraktijk (solo- en groepspraktijk), gezondheidscentra of op een polikliniek van een ziekenhuis, maar ook in de sociale gezondheidszorg. Onder sociale gezondheidszorg wordt de zorg verstaan waarop iedere burger die in Nederland woont recht heeft. De belangrijkste organisaties in de sociale gezondheidszorg zijn de Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) (inclusief de Jeugdgezondheidszorg) en de Bedrijfsgezondheidsdienst (BGD) (voor werknemers).

Bij gemeentelijke gezondheidsdiensten werken ongeveer 3000 doktersassistenten en bij de arbodiensten ongeveer 2000.

De werkzaamheden in de sociale gezondheidszorg zijn zeer specifiek. Het is vaak een combinatie van adviseren, voorlichten, organiseren van werkprocessen en vastleggen van gegevens. Het dagelijkse werk kan variëren van individueel gerichte zorg tot collectieve voorlichting.

Algemene gezondheidszorg

De werkzaamheden bij de GGD-afdeling Jeugdgezondheidszorg kunnen bestaan uit het verrichten van vaccinaties van kinderen, het geven van voorlichting over bijvoorbeeld hygiëne en hoofdluis, het onderhouden van contacten met ouders en scholen, dossiervorming enzovoort. Bij de afdeling Algemene gezondheidszorg van de GGD kunnen de werkzaamheden bestaan uit het organiseren en begeleiden van preventief gezondheidsonderzoek en contactonderzoeken.

arbodienst

De werkzaamheden van een doktersassistent bij een BGD (arbodienst) zijn veelal ondersteunend en coördinerend ten dienste van de bedrijfsarts: begeleiding van zieke werknemers, verwerking van ziekte- en herstelmeldingen, afsprakenplanning, het verrichten van biometrische onderzoeken enzovoort.

Ook in de sociale gezondheidszorg is de doktersassistent het visitekaartje van de organisatie: ze legt vaak het eerste contact met de externe relaties (ouders en scholen, werkgevers en werknemers, enzovoort) en moet daarom representatief en assertief zijn en over communicatieve vaardigheden beschikken. Ze werkt meestal in teamverband, met bijvoorbeeld logopedisten, sociaal verpleegkundigen, (medisch) secretaresses, bedrijfsartsen, bedrijfsmaatschappelijk werkers en collega-doktersassistenten. Dit betekent dat er goede werkafspraken moeten worden gemaakt en dat iedereen zich hieraan dient te houden. Het vereist een optimale afstemming van werkzaamheden.

Om je een indruk te geven van de specialismen binnen de sociaal-geneeskundige zorg volgt hier een overzicht (zie ook [tab. A](#)).

Tabel A Overzicht aantal geregistreerde sociaal-geneeskundige artsen. Bron: KNMG Opleiding en Registratie

| Specialisme/profiel | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| arbeid en gezondheid - bedrijfsgeneeskunde | 2.038 | 1.992 | 1.936 | 1.885 | 1.780 |
| arbeid en gezondheid - verzekeringsgeneeskunde | 1.010 | 1.005 | 978 | 989 | 962 |
| maatschappij en gezondheid | 886 | 867 | 853 | 842 | 787 |
| profiel beleid en advies | 175 | 164 | 161 | 169 | 177 |
| profiel forensische geneeskunde | 185 | 148 | 143 | 137 | 138 |
| profiel infectieziektebestrijding | 90 | 96 | 100 | 108 | 120 |
| profiel jeugdgezondheidszorg | 851 | 893 | 949 | 978 | 1.041 |
| profiel medische milieukunde | 13 | 13 | 14 | 15 | 15 |
| profiel soc. med. indicatiestelling en advisering | 63 | 63 | 61 | 54 | 54 |
| profiel tuberculosebestrijding | 20 | 24 | 25 | 25 | 28 |
| profiel verslavingsgeneeskunde | - | - | 97 | 196 | 203 |

Structuur Gemeentelijke gezondheidsdienst en Jeugdgezondheidszorg

Samenvatting

Niet alleen binnen het ziekenhuis of huisartsenpraktijk kan een doktersassistent werk vinden, maar ook binnen de sociale gezondheidszorg. De doktersassistent is breed inzetbaar. Dat houdt in dat zij op vele fronten deskundig moet zijn. In dit hoofdstuk wordt globaal kennis gemaakt met het werktelein van de Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD). Om het werk efficiënt en effectief binnen de GGD te kunnen uitvoeren is een beknopte bedrijfsoriëntatie noodzakelijk. Dit wordt met behulp van een organigram uitgelegd en verder gespecificeerd naar de Jeugdgezondheidszorg. Daarnaast wordt er aandacht geschonken aan de diverse afdelingen binnen de GGD zoals de Algemene gezondheidszorg en Jeugdgezondheidszorg.

9.1 Inleiding – 114

9.2 Doelstelling en werktelein van de GGD – 114

9.3 Structuur van de GGD – 114

9.3.1 Algemeen – 115

9.3.2 Beroepenveld doktersassistent – 116

9.1 Inleiding

organisatieopbouw

Een baan als doktersassistent richt zich in alle gevallen op de gezondheidszorg. Dat wil echter niet zeggen dat je alleen in een ziekenhuis of huisartsenpraktijk aan de slag kunt. Er zijn nog meer sectoren waar je als doktersassistent kunt gaan werken, zoals de Gemeentelijke gezondheidsdienst of de Jeugdgezondheidszorg. Waar je ook gaat werken, het is altijd goed om je van tevoren te verdiepen in de structuur en bedrijfscultuur van de organisatie van je werkgever. Als je goed wilt functioneren, is het heel belangrijk dat je kennis hebt van de organisatieopbouw. Ook als je werkt in een huisartsenpraktijk of ziekenhuis is het van wezenlijk belang dat je kennis hebt van de werkzaamheden en bevoegdheden van de GGD; dit in verband met een optimale doorverwijzing. Daarnaast heeft zowel de huisartsenpraktijk als het ziekenhuis een samenwerkingsverband met de GGD.

In dit hoofdstuk wordt een beknopte bedrijfsoriëntatie van de Gemeentelijke gezondheidsdienst en de Jeugdgezondheidszorg gegeven. Wat jouw werkzaamheden als doktersassistent in de verschillende sectoren (kunnen) zijn, lees je in ►H. 10 (AGZ) en ►H. 11 (JGZ).

9.2 Doelstelling en werkerterrein van de GGD

Gemeentelijke gezondheidsdienst

De afkorting GGD staat voor Gemeentelijke gezondheidsdienst. De GGD is een dienst van de gemeentelijke overheid (of samenwerkende gemeentelijke overheden). De dienst houdt zich bezig met het bewaken en bevorderen van de gezondheid van de inwoners van de betreffende gemeente(n) (►par. 10.1). Als meerdere gemeenten samenwerken, spreken we vaak van een Gemeenschappelijke gezondheidsdienst.

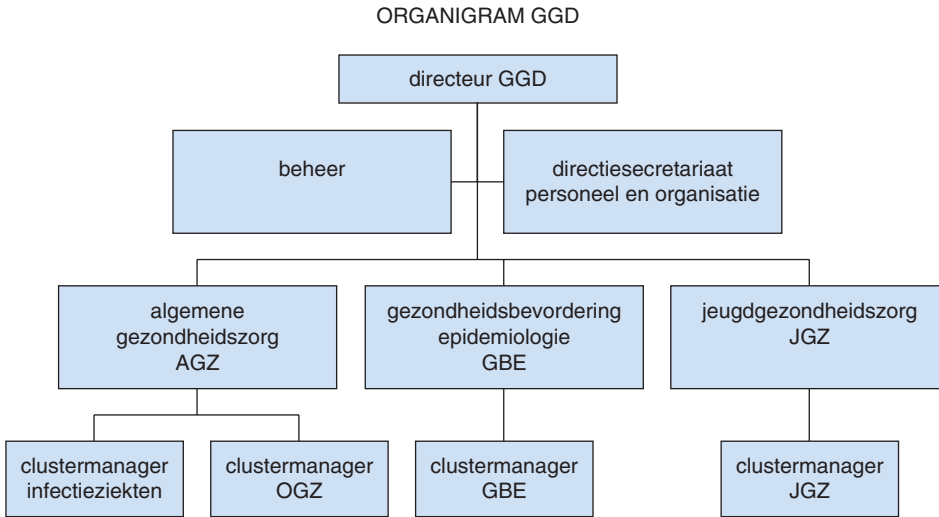
9.3 Structuur van de GGD

We behandelen hier de structuur van een regionale GGD. Het werkgebied bestaat uit vier grote gemeenten met elk ongeveer 100.000 inwoners. De beste weergave van een organisatie is met behulp van een organigram (►fig. 9.1).

Hoewel de organisatie per GGD kan verschillen, worden over het algemeen de volgende drie clusters (afdelingen) onderscheiden:

1. Algemene gezondheidszorg (AGZ);
2. Gezondheidsbevordering en epidemiologie (GBE);
3. Jeugdgezondheidszorg (JGZ).

Elk cluster functioneert onder verantwoordelijkheid van een clustermanager, die op zijn beurt weer verantwoordelijkheid aflegt aan de directeur. De organisatiestructuur zal summier worden toegelicht.



■ **Figuur 9.1** Organigram GGD

9.3.1 Algemeen

Beheer

De afdeling Beheer is een ondersteunende afdeling en verzorgt de financiële administratie, de automatisering en de overige facilitaire ondersteuning voor de totale organisatie.

Directiesecretariaat, Personeel & Organisatie

Het directiesecretariaat ondersteunt de directeur en het management van de organisatie en zorgt meestal ook voor de contacten met de pers en public relations.

De afdeling Personeel & Organisatie zorgt voor begeleiding van het eigen personeel en is actief in het werven en aanstellen van nieuwe personeelsleden.

Algemene gezondheidszorg

Het cluster Algemene gezondheidszorg (AGZ) is actief op het terrein van (collectief) preventieve gezondheidszorg, zoals het bestrijden en voorkomen van infectieziekten (soa, hiv, enz.), forensische geneeskunde, hygiënebegeleiding en sociaal-medische advisering, en de Openbare gezondheidszorg (OGZ).

Gezondheidsbevordering en epidemiologie

Het cluster Gezondheidsbevordering en epidemiologie (GBE) is actief op het terrein van gezondheidsbevordering en onderzoek. Hoe gezond is de bevolking, en welke gezondheidsrisico's loopt de bevolking? De afdeling GBE registreert gezondheidsgegevens (bijvoorbeeld van de onderzoeken van de jeugdartsen) en vergelijkt deze met de landelijke cijfers. De epidemiologen doen onderzoek naar de frequentie van ziekten in de bevolking (bijvoorbeeld hoeveel mensen hebben astma, hiv?).

Verder onderzoeken zij risicofactoren die de gezondheid beïnvloeden zoals roken, bewegen en eetgewoonten, en geven vervolgens voorlichting en advies.

Jeugdgezondheidszorg

Het cluster Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is actief op het terrein van zowel de groepsgerichte als de individugerichte preventieve gezondheidszorg voor jongeren in de leeftijd van 0–19 jaar. De afdeling is belast met het Rijksvaccinatieprogramma, periodiek gezondheidszorgonderzoek, hygiënische begeleiding van scholen (bijv. hoofdluis) en schoolgezondheidsbeleid.

Alle genoemde clusters (AGZ, GBE en JGZ) overleggen projectmatig over verschillende gezondheidsproblemen in de regio. Ook vindt er regelmatig overleg plaats op landelijk niveau.

9.3.2 Beroepenveld doktersassistent

Binnen de GGD zijn op de afdeling JGZ de meeste doktersassistenten aangesteld. De verhouding is 30 % binnen de AGZ en 70 % binnen de JGZ. Daarom is het hier op zijn plaats de organisatiestructuur van de JGZ nader toe te lichten, zodat je een beeld kunt vormen van een mogelijke toekomstige werkplek (▣fig. 9.2).

Coördinator JGZ

De clustermanager JGZ geeft leiding aan het totale cluster en legt verantwoordelijkheid af aan de directeur GGD.

Stafarts

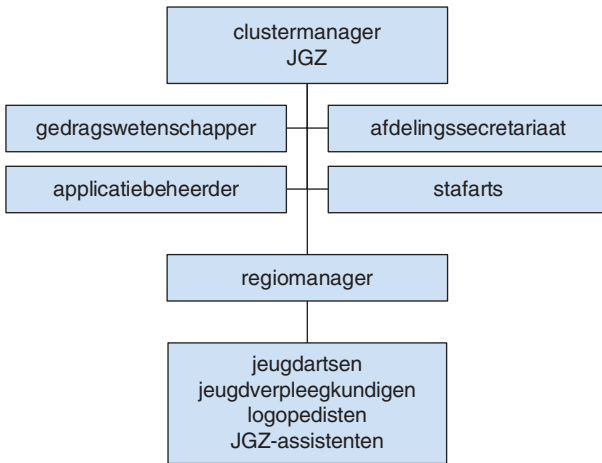
De stafarts ondersteunt de (cluster)manager JGZ, houdt toezicht en geeft adviezen aan de regionale jeugdartsen.

Gedragswetenschapper

Een gedragswetenschapper (orthopedagoog, psycholoog) geeft advies over de benadering van jongeren met gedragsstoornissen. Indien noodzakelijk kan de gedragswetenschapper ook kortdurend begeleiden.

Regiomanager

De regiomanager is verantwoordelijk voor de regionale JGZ en legt verantwoording af aan de (cluster)manager JGZ. De regiomanager heeft contact met de uitvoerders van de JGZ, zoals jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, logopedist en JGZ-assistent en (doktersassistenten).



■ **Figuur 9.2** Organigram JGZ

➤ Resumerend

De doktersassistent werkt nauw samen met diverse directe collega's en met collega's van andere afdelingen. Om een optimale samenwerking te bereiken, dient zij kennis te hebben van de organisatie en de structuur ervan. In de volgende hoofdstukken worden de diverse afdelingen en de werkzaamheden van de doktersassistent op die afdelingen nader toegelicht.

Algemene gezondheidszorg en gezondheidsbevordering en epidemiologie

Samenvatting

De doktersassistent zorgt voor een soepel verloop van de gang van zaken binnen de organisatie waar zij werkzaam is en zij organiseert zelfstandig haar dagelijkse werkzaamheden. De werkzaamheden van een doktersassistent bij de Gemeentelijke gezondheidsdienst worden in dit hoofdstuk nader toegelicht, zoals bronopsporing, het contactonderzoek ter voorkoming van een epidemie, het vaccinatieprogramma voor reizen naar het buitenland enzovoort. Daarnaast worden de taken en bevoegdheden van de diverse afdelingen, zoals de Algemene gezondheidszorg (AGZ) en Openbare gezondheidszorg (OGZ) in dit hoofdstuk uitgelegd. Het werken bij de GGD vergt specialistische kennis. Het kunnen beschikken over communicatieve vaardigheden is belangrijk in verband met een optimale afstemming van de werkzaamheden met de diverse afdelingen.

10.1 Inleiding – 120

10.2 Afdeling infectieziekten – 120

10.2.1 Contactonderzoek – 122

10.2.2 Vaccinaties voor reizen naar de tropen – 123

10.3 Openbare gezondheidszorg – 124

10.3.1 Voorlichting over hygiëne – 126

10.3.2 Sociaal-medische zorg – 126

10.4 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg – 126

10.5 Gezondheidsbevordering en epidemiologie – 126

10.5.1 Bevolkingsonderzoek – 127

10.1 Inleiding

taken bij de GGD

De voornaamste taken van de doktersassistent bij de GGD zijn telefoneren, receptionele werkzaamheden, administratieve ondersteunende werkzaamheden en assistentie verlenen bij onderzoeken en medische verrichtingen. De GGD houdt zich onder andere bezig met bevolkingsonderzoeken en daarom bestaat een deel van de werkzaamheden uit het verzorgen van uitnodigingen voor deelname aan onderzoeken en het registreren van de diverse onderzoeksgegevens, maar ook het zelf doen van onderzoeken, zoals het zetten en aflezen van de mantouxtest (TBC) en het afnemen van bloed. Doktersassistenten kunnen zich bij een GGD ook specialiseren in reizigersadviesing.

externe relaties

De doktersassistent heeft binnen de afdelingen Algemene gezondheidszorg (AGZ) en Gezondheidsbevordering en epidemiologie (GBE) een uitvoerende, coördinerende, administratieve en voorlichtende taak. Dit zijn taken waarbij externe relaties een belangrijke plaats innemen. Zo heb je contact met de regiogemeenten, politie, huisartsen, ziekenhuizen, verzorgingshuizen, scholen, kindercentra, laboratoria, enzovoort. Als er bijvoorbeeld een besmettelijke ziekte uitbreekt in het werkgebied van de betreffende GGD, dien je als doktersassistent te weten hoe je moet handelen, met wie je contact moet opnemen, wanneer je bepaalde verantwoordelijkheden moet overdragen en welke voorlichting er gegeven moet worden.

De afdeling AGZ is over het algemeen opgesplitst in twee subafdelingen:

1. Infectieziekten;
2. Openbare gezondheidszorg (OGZ).

De hoofdtaken van deze afdelingen zijn preventie, onder andere door voorlichting, en contactonderzoek.

10.2 Afdeling infectieziekten

De taak die door de afdeling Infectieziekten wordt uitgevoerd, is het lokaliseren en bestrijden van infectieziekten. Daarbij spelen ook preventie en voorlichting een grote rol. Ziekten waarmee je te maken krijgt, zijn onder meer:

- hepatitis;
- polio;
- kinkhoest;
- meningitis;
- soa (seksueel overdraagbare aandoening);
- tuberculose; vaak heeft men van de tuberculosebestrijding een aparte, zelfstandige afdeling gemaakt.

De afdeling Infectieziekten geeft voorlichting en adviezen aan de bevolking en aan instellingen over de risico's van infectieziekten en het voorkomen van infectieziekten. Asielzoekers, verslaafden, geadopteerde kinderen, medewerkers van bijvoorbeeld een asielzoekerscentrum (AZC) of personeel werkzaam op de afdeling Longziekten van een ziekenhuis worden preventief gescreend op eventuele infectieziekten (►casus 10.1).

Casus 10.1

Lei, een 3-jarig meisje uit China werd in Nederland geadopteerd. Op advies van de bemiddelende/begeleidende instantie werd zij door de huisarts van het adoptie-echtpaar verwezen naar de GGD voor screening. Volgens de meegebrachte gegevens uit het land van herkomst had Lei longontsteking doorgemaakt. Schriftelijke informatie over vaccinatie ontbrak. Bij laboratoriumonderzoek bleek dat Lei chronisch draagster was van het hepatitis-B-virus. Zij werd vervolgens op verzoek van de ouders getest op hiv; deze test bleek negatief te zijn. De thoraxfoto liet geen afwijkingen zien en de huidreactie op tuberculine was negatief. De ouders werd geadviseerd zich te laten inenten tegen hepatitis B.

Als er een infectieziekte uitbreekt, kan een epidemie ontstaan. Wanneer er in een bepaalde plaats of regio een epidemie uitbreekt, zal de AGZ bronopsporing en contactonderzoek verrichten en daarnaast preventief vaccineren (►casus 10.2).

epidemie

Casus 10.2

Ko Lammers is een 39-jarige Nederlandse man, verslaafd aan cocaïne en heroïne, die door de huisarts werd verwezen naar de longarts in verband met lang bestaande hoestklachten. In het afgelopen halfjaar was hij 14 kilo afgevallen. Op de thoraxfoto waren verdichtingen in beide bovenvelden te zien. De Ziehl-Nielsen(ZN)-kleuring van een sputummonster liet geen zuurvaste staafjes zien. Omdat de heer Lammers tijdens het consult vertelde dat zijn vriendin Anna bovengenoemde klachten ook en in ergere mate had, verzocht de longarts hem zich samen met zijn vriendin te melden bij de GGD voor onderzoek naar tuberculose.

Nader onderzoek

Mevrouw Anna Smeitink, de 24-jarige vriendin van Ko Lammers, gebruikte ook heroïne en cocaïne. Haar hoestklachten bestonden al een jaar, maar waren de laatste zeven à acht maanden toegenomen, met opgeven van purulent sputum, een enkele keer met bloedbijmenging. Zij was fors afgevallen en verbleef de laatste vijf maanden door zwakte in bed. Zij had nooit tuberculose gehad. Bij lichamenlijk onderzoek zag men op de GGD een zieke, bleke, zeer vermagerde vrouw; haar gewicht was 40,5 kg, terwijl haar referentiegewicht 65 kg bedroeg. Mevrouw Smeitink had een tachycardie (128 p/m) en kon amper op haar benen staan. In de hals waren beiderzijds kliertjes palpabel. Het laboratoriumonderzoek liet de volgende waarden zien: crp 160mg/L; Hb 4,9 mmol/l; negatieve serologische hiv-uitslagen. De ZN-kleuring van het directe sputumpreparaat liet veel zuurvaste staafjes zien, wat betekende dat zij een besmettelijke vorm van tuberculose had.

Het contactonderzoek (zie hierna) werd aanvankelijk beperkt tot veertien mensen, omdat beide patiënten aangaven weinig contacten te hebben. Bij één patiënt werd tuberculose vastgesteld: Jan Lammers (►casus 10.3).

contactonderzoek

Casus 10.3

Jan Lammers, een 68-jarige man, is de vader van Ko Lammers. De thoraxfoto die bij het contactonderzoek werd gemaakt, vertoonde infiltratieve afwijkingen in zijn linker bovenkwab. De man bleek al enkele maanden pijn in de linker thoraxhelft te hebben. De ZN-kleuring van het sputum was bij herhaling negatief, zijn crp 120 mg/L en het serologisch onderzoek op hiv was negatief. Op epidemiologische gronden werd de diagnose tuberculose gesteld.

Bij uitgebreider contactonderzoek werd bij twee personen direct een positieve mantouxreactie gevonden: bij de zoon van Ko Lammers en de moeder van Ko Lammers. Hierop werd een nieuw contactonderzoek gestart.

10.2.1 Contactonderzoek

cirkelprincipe

Het contactonderzoek wordt in Nederland systematisch uitgevoerd volgens het zogeheten cirkelprincipe. De besmettelijke bron, de bronpatiënt, wordt centraal gesteld. Men begint het onderzoek in de groep personen waarmee de bronpatiënt de laatste tijd de meest intensieve contacten had. Meestal zijn dit het gezin en de dagelijkse werk- of schoolcontacten. Dit noemt men de eerste cirkel.

De tweede cirkel bevat personen die minder intensief contact met de bronpatiënt hebben gehad. In de derde cirkel vallen incidentele contacten en personen van wie wel wordt vermoed, maar van wie niet vaststaat dat zij direct contact met de bron hebben gehad. Voorbeelden van deze laatste groep zijn personen die in dezelfde trein als de bronpatiënt zaten of tegelijkertijd dezelfde uitgaans- of horecagelegenheid bezochten.

Rol doktersassistent bij tuberculose

De doktersassistent heeft een actieve rol bij de bestrijding van tuberculose: de huisarts meldt aan de GGD dat hij in zijn praktijk bij een patiënt tbc heeft gediagnosticeerd. Hij is verplicht die melding te doen, want tbc is een meldingsplichtige ziekte. Artsen en laboratoria moeten bepaalde infectieziekten melden bij de GGD als zij deze bij patiënten tegenkomen. De meldingsplicht helpt de verspreiding te voorkomen van infectieziekten. In Nederland geldt een meldingsplicht voor 43 ziekten. Voor elke ziekte staat vast welke maatregelen de GGD kan nemen om de bevolking te beschermen. De meldingsplicht infectieziekten staat in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Enkele voorbeelden van meldingsplichtige ziekten zijn ebola hemorragische koorts, polio, pokken, hepatitis A, B en C, invasieve groep-A streptokokkeninfectie, gele koorts en zoals gezegd tuberculose. Als een huisarts of specialist melding maakt van een infectieziekte, spoort de GGD de bron van de infectie op. Ook bekijkt de GGD of de patiënt mogelijk anderen heeft besmet. De GGD kan dan maatregelen nemen om die te beschermen en verspreiding van de ziekte te voorkomen. De GGD kan contacten van de patiënt bijvoorbeeld (laten) vaccineren of medicijnen voorschrijven (zie ►casus 10.1 t/m 10.3). De GGD moet infectieziekten waarvoor een meldingsplicht geldt altijd doorgeven aan de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI). Dit gebeurt anoniem. Persoonlijke gegevens van patiënten worden dus niet landelijk bekend. Het LCI

meldingsplicht infectieziekten

LCI

gebruikt de meldingen onder andere om te beoordelen of landelijke bestrijdingsmaatregelen nodig zijn. Meldingsplichtige ziekten worden onderverdeeld in categorie A, B en C (zie websitelink 11).

Als bij de patiënt een meldingsplichtige ziekte (bijvoorbeeld tuberculose) is geconstateerd, wordt patiënt verzocht zich te melden bij de GGD. Als doktersassistent ontvang je de cliënt/patiënt en maak je een digitaal dossier aan. De cliënt wordt door de GGD-arts onderzocht en de diagnose wordt bevestigd. Na bevestiging van de diagnose komt de cliënt bij de doktersassistent terug. In eerste instantie zal aanvullend onderzoek worden verricht, maar zeker zo belangrijk is te achterhalen met wie de cliënt de afgelopen weken contact heeft gehad. Het opsporen van besmette personen is een van de taken van de GGD.

Als doktersassistent probeer je een zo volledig mogelijke lijst met NAW-gegevens op te stellen van de personen met wie de patiënt in contact is geweest. Vervolgens krijgen al deze personen een oproep voor een mantouxprik. Het geven en aflezen van een mantouxtest kan zowel door een doktersassistent als door een verpleegkundige worden uitgevoerd. Als bij een van de contactpersonen een positieve mantoux wordt afgelezen, wordt van deze cliënt ook weer een lijst opgesteld van personen waarmee hij/zij de afgelopen weken contact heeft gehad. Uiteraard wordt ook de huisarts van deze bevinding op de hoogte gesteld.

Ook kan de GGD tegenwoordig een app lanceren (►kader 10.1).



Extra 11

mantouxprik

app

Kader 10.1

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft in samenwerking met de GGD een app 'tekenbeet' ontwikkeld. Deze app is gratis te downloaden in de App Store. Met deze app kunnen mensen opzoeken hoe teken eruitzien en wat je moet doen om teken correct en snel te verwijderen. Teken kunnen de ziekte van Lyme overbrengen. Ook heeft de GGD bijvoorbeeld de app 'GGD op reis' gelanceerd. Met deze app kunnen reizigers zien welke vaccinaties voor hun reisbestemming geadviseerd worden of noodzakelijk zijn.

10.2.2 Vaccinaties voor reizen naar de tropen

Door het toegenomen reizigersverkeer naar (sub)tropische landen wordt Nederland steeds vaker geconfronteerd met 'import' van in Nederland zeldzame infectieziekten. Dit houdt in dat de GGD over actuele reizigersrisico-informatie moet beschikken.

Het Koninklijk Instituut voor de Tropen, huisartsenpraktijken en de GGD zijn bevoegd om reizigersvaccinaties te verzorgen. De doktersassistent heeft hierin een belangrijke rol. Als een reiziger zich meldt bij de GGD voor (eventuele) vaccinaties, dient zij op de hoogte te zijn welke vaccinaties voor een bepaald land verplicht en gewenst zijn. Dit is protocollair vastgelegd. Er wordt door het secretariaat een vaccinatiespaspoort aangemaakt, waarop de vaccinaties schriftelijk voor de reiziger worden vastgelegd; een digitale kopie hiervan is voor de GGD. De doktersassistent heeft de bevoegdheid het vaccinatieprogramma voor te bereiden en te vaccineren, indien zij de nascholingscursus *Basisprincipes infectiebestrijding* heeft gevolgd.

reizigersvaccinaties

vaccinatiespaspoort

Basisprincipes
infectiebestrijding

Heb je deze nascholingscursus gevolgd, dan ben je op de hoogte van de eventuele reizigersrisico's en kun je de reiziger voorzien van adviezen en wijzen op de eventuele risico's van het niet navolgen ervan. Ondanks een goede voorbereiding en het geven van goede (voedings)adviezen blijft de mogelijkheid bestaan dat een reiziger toch met een virus of bacterie wordt besmet, met alle gevolgen van dien (►casus 10.4).

Casus 10.4

Een 30-jarige vrouwelijke verpleegkundige die in de zomer een reis maakte door Thailand, was door de GGD gevaccineerd voor DTP, hepatitis A en buiktyfus. Ze gebruikte mefloquine als malariaprofylaxe.

Na drie weken reizen kreeg ze diarree, hoofdpijn en voelde ze zich griepig. Een dag later kreeg ze ook koorts, waarna de vrouw ter plaatse een arts consulteerde. Omdat die het vermoeden had dat patiënte dysenterie had, kreeg ze een antibioticumkuur voorgeschreven.

Een dag later kreeg ze echter hoge koorts en raakte verward en versuft. Bij opname in een Thais ziekenhuis had ze een iets afwijkende bloeddruk, pols en temperatuur. Bovendien sprak ze wartaal. Ze had mogelijk een herpeslaesie op haar kin. Er werd gedacht aan een herpes simplex encefalitis, Japanse encefalitis of een geneesmiddelenbijwerking als reactie op de mefloquine.

Geleidelijk herstelde de vrouw en na verloop van tijd werd ze overgebracht naar een ziekenhuis in Nederland waar de diagnose Japanse encefalitis werd gesteld. Een half jaar na dato waren er nog cognitieve beperkingen, onder andere concentratiestoornissen en een verminderd kortetermijngeheugen, waardoor patiënte bij veel dingen begeleiding nodig had.

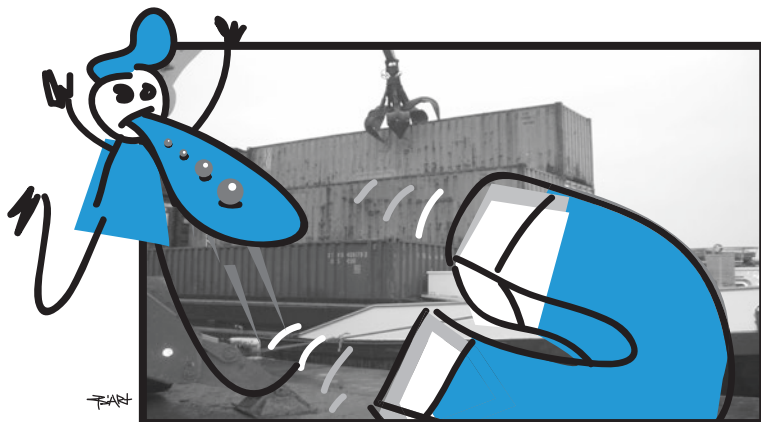
10.3 Openbare gezondheidszorg

Onder de Algemene gezondheidszorg (AGZ) valt de Openbare gezondheidszorg (OGZ). De OGZ richt zich op evenementen die voor een breed publiek toegankelijk zijn en op openbare gebouwen, zoals verzorgingshuizen, locaties kinderopvang en scholen. Het doel van de OGZ is het beperken van de aanwezigheid en overbrenging van ziekteverwekkers om besmetting en infectie te voorkomen.

hygiëne

Het is gebleken dat sommige maatschappelijke ontwikkelingen en de daarbij behorende risico's op het gebied van hygiëne, allerlei voorzorgmaatregelen noodzakelijk maken. Op plaatsen waar veel mensen in een beperkte ruimte bijeenkomen, kan er sprake zijn van een verhoogd risico op infectieziekten, bijvoorbeeld bij grote evenementen (legionellabacterie), seksbedrijven, tatoeage- en piercingshops. De GGD stelt inspectierapporten op en kan soms – bij onvoldoende hygiëne – sluiting van een openbaar gebouw of afgelasting van een evenement eisen. De voornaamste taak is echter voorlichten over hygiëne en controle hierover uitoefenen.

inspectierapport



■ **Figuur 10.1** Risico's lichaamspiercing

De laatste jaren zijn lichaamspiercingen steeds populairder geworden. Het aanbrengen van dergelijke sieraden is echter niet zonder risico's (■ fig. 10.1). Infecties van het kraakbeen komen voor bij neus- en oorpiercingen, abscessen in de borst na tepelpiercing en cerebrale abscessen na een tongpiercing. Besmetting met hepatitis B, C en hiv kan een gevolg zijn van onvoldoende sterilisatie van het instrumentarium van de piercingssalon. Dat de inzet van de GGD om de hygiëne in piercingssalons te inspecteren niet overbodig is, blijkt uit ► casus 10.5 en 10.6.

piercingen

Casus 10.5

Bij een 18-jarige vrouw werd een misvorming van de bovenpool van de rechter oorschelp gevonden. Na de piercing door het kraakbeen van het oor was er rechts een kraakbeeninfectie ontstaan. Deze werd behandeld met incisie, drainage en antibiotische therapie. Bij onderzoek werden er onregelmatigheden in de bovenpool van de oorschelp gezien. Reconstructie werd verricht met behulp van een conchakraakbeentransplantaat uit hetzelfde oor met een goed resultaat.

De polikliniek KNO-heelkunde heeft deze infectie gemeld aan de GGD.

infectie
oorkraakbeen

Casus 10.6

Bij een 18-jarige vrouw met onbegrepen buikklachten toonden echografie en CT een grote abnormale structuur in de linker leverhelft aan, die bij punctie een abces bleek te zijn. Omdat hieruit *Staphylococcus aureus* werd gekweekt en patiënte een aantal maanden eerder een navelontsteking had doorgemaakt na het ondergaan van een navelpiercing, werd geconcludeerd dat deze infectie via het bindweefsel tot een leverabces had geleid. Het abces werd gedraineerd en patiënte werd succesvol behandeld.

De polikliniek MDL heeft deze infectie gemeld bij de GGD. Bij inspectie van de piercingssalon kwamen sterke onhygiënische toestanden aan het licht en de zaak werd op bevel van de gemeente gesloten.

leverabces

10.3.1 Voorlichting over hygiëne

Hygiëne speelt een belangrijke rol in het voorkómen van infectieziekten. Via voorwerpen of onvoldoende hygiënisch bereid of behandeld voedsel kunnen bacteriën en virussen bepaalde ziekten overdragen. Een van de taken van de OGZ is preventieve voorlichting geven aan bijvoorbeeld peuterspeelzalen en kindercentra. Daarbij wordt onder andere aandacht geschonken aan de hygiëne van speelgoed. Ook bij verzorgingshuizen wordt preventieve voorlichting gegeven over de hygiëne rond voedsel om een uitbraak van bijvoorbeeld diarree (norovirus) of de salmonellabacterie te voorkomen. Hiervoor zijn speciale preventiemedewerkers aangewezen. De GGD werkt op het gebied van infectiebestrijding samen met:

- Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding;
- Voedsel- en Waren Autoriteit (VWA);
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM);
- laboratoria;
- huisartsen.

10.3.2 Sociaal-medische zorg

De afdeling OGZ houdt zich ook bezig met sociaal-medische zorg, met name op het terrein van sociaal-medische advisering: mensen die een medische urgentieverklaring vragen voor een woning, woningaanpassing of een eigen parkeerplaats kunnen via de betrokken instanties voor een keuring worden aangemeld bij de GGD.

De rol van de doktersassistent binnen de afdeling OGZ is beperkt, maar kennis van de diverse werkzaamheden binnen de organisatie is onontbeerlijk om goed te kunnen functioneren.

10.4 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) richt zich op sociaal kwetsbare mensen die zorg en/of hulp nodig hebben, maar dit niet krijgen. Het gaat om mensen die niet zelfredzaam zijn. Daardoor missen zij zorg (zorgmisseters), zij weten niet welke instanties deze zorg aanbieden en deze instanties kunnen hen ook moeilijk bereiken. Ook zijn er mensen die zorg mijden (zorgmijders).

10.5 Gezondheidsbevordering en epidemiologie

De afdeling Gezondheidsbevordering en epidemiologie (GBE) werkt onder andere nauw samen met de afdeling tuberculosebestrijding. De afdeling Gezondheidsbevordering en epidemiologie heeft tot doel de gezondheid van de bevolking te optimaliseren. De GBE kan bijvoorbeeld een website hebben voor

■ **Tabel 10.1** Oproepschema bevolkingsonderzoek baarmoederuitstrijkje

| <i>jaar oproep</i> | <i>geboortejaar</i> | | | | | | |
|--------------------|---------------------|------|------|------|------|------|------|
| 2018 | 1988 | 1983 | 1978 | 1973 | 1968 | 1963 | 1958 |
| 2019 | 1989 | 1984 | 1979 | 1974 | 1969 | 1964 | 1959 |
| 2020 | 1990 | 1985 | 1980 | 1975 | 1970 | 1965 | 1960 |
| 2021 | 1991 | 1986 | 1981 | 1976 | 1971 | 1966 | 1961 |
| 2022 | 1992 | 1987 | 1982 | 1977 | 1972 | 1967 | 1962 |

partnerwaarschuwing bij seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) of een voorlichtingssite met betrekking tot het humaan immunodeficiëntievirus (hiv). Om het doel gezondheidsbevordering te bereiken, geeft men preventieve voorlichting en voert men preventieve bevolkingsonderzoeken uit om bepaalde aandoeningen vroegtijdig vast te stellen, zoals onderzoek naar borstkanker en baarmoederhalskanker. Preventief onderzoek naar baarmoederhalskanker kan bijvoorbeeld ook door de huisarts worden uitgevoerd.

10.5.1 Bevolkingsonderzoek

In de meeste gemeenten zijn er programma's opgezet voor bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en naar borstkanker. Eenmaal per twee jaar worden vrouwen tussen de 50 en 75 jaar opgeroepen voor een mammografie. De doktersassistent verzorgt de oproepen en de verslaglegging van de uitslagen van de onderzoeken. Daarnaast rapporteert zij zelfstandig aan de huisarts bij niet-afwijkende uitslagen. Daarnaast worden deze uitslagen ook door de radiologisch laborant verwerkt.

Vrouwen tussen de 30 en 60 jaar worden eenmaal per vijf jaar opgeroepen voor een baarmoederuitstrijkje. De doktersassistent kan hier administratief ondersteunend werk verrichten rond de oproepen en uitslagen. Uiteraard is dit tegenwoordig volledig gedigitaliseerd. In een schema is vastgelegd wanneer welke leeftijdscategorie een oproep kan verwachten (■ tab. 10.1).

mammografie

baarmoederuit-
strijkje

Jeugdgezondheidszorg

Samenvatting

De doktersassistent verricht binnen de Jeugdgezondheidszorg geheel zelfstandig een aantal werkzaamheden ten behoeve van het gezondheidsonderzoek, zoals het meten en wegen van kinderen, het afnemen van gehoor- en oogtesten, enzovoort. Deze onderzoeken zijn ter voorbereiding op eventuele vervolgonderzoeken verricht door andere disciplines. Met behulp van de triagemethodiek JGZ stelt de doktersassistent, tijdens het gezondheidsonderzoek, de 'risicokinderen en -gezinnen' vast en draagt deze over aan andere disciplines zoals jeugdverpleegkundige of jeugdarts (ketenzorg). Afstemming op de werkzaamheden van directe collega's en andere disciplines is hierbij van essentieel belang. Het hoofdstuk JGZ behandelt niet alleen de gezondheidsonderzoeken in groep 2 en 7 van het basisonderwijs, maar ook het vervolgonderzoek in het voortgezet onderwijs. Begrippen zoals 'Kind in Beeld' of 'Gezondheidsmonitor jeugd' zullen na het bestuderen van dit hoofdstuk duidelijk zijn.

11.1 Inleiding – 131

11.2 Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ) – 131

11.2.1 Basisdataset JGZ (BDS) – 132

11.2.2 Jeugd In Beeld (JIB) – 132

11.3 Consultatiebureau – 133

11.4 JGZ op het basisonderwijs – 134

11.4.1 Preventief gezondheidsonderzoek – 134

11.4.2 Gezondheidsonderzoek – 134

11.4.3 Vaccinatie – 135

11.4.4 Voorlichting – 135

11.4.5 Advisering en verwijzing – 136

11.4.6 Ondersteuning leerkrachten – 136

11.5 Praktijkvoorbeeld – 136

11.5.1 Gezondheidsonderzoek en JGZ in het voortgezet onderwijs – 139

11.5.2 Elektronische Monitor en Voorlichting (E-MOVO) – 140

11.6 Preventieve voorlichting – 140

11.6.1 Voorlichtingscampagnes – 141

11.1 Inleiding

Doktersassistenten kunnen ook werkzaam zijn in de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Als het werken met kinderen je aantrekt, kan dit een ideale werkplek zijn. De werkzaamheden van de doktersassistent in de JGZ vertonen nogal wat overeenkomsten met die van de doktersassistent op de polikliniek: assisteren van de jeugdarts, verslaglegging van onderzoeken, dossiervorming, organiseren van spreekuren, medisch-technisch handelen enzovoort.

Een belangrijk onderdeel van je werkzaamheden als doktersassistent in de JGZ is het screenen van kinderen aan de hand van zintuigonderzoek en vragenlijsten. Je kunt daarbij zelf adviezen en voorlichting geven, bijvoorbeeld over luizen en gebitsverzorging. Je stelt je ontvankelijk op voor mogelijke andere (gedrags) problemen, vervolgens bespreek je je bevindingen met de jeugdarts en jeugdverpleegkundige en in onderling overleg wordt, indien nodig, een vervolg/behandelingstraject vastgelegd. Daarnaast draag je de verantwoordelijkheid voor de verschillende Rijksvaccinaties die kinderen krijgen, zoals DKTP en HepB.

En ook als doktersassistent in een huisartsenpraktijk werk je soms samen met de JGZ. De JGZ verwijst jongeren naar de huisarts bij constatering van een eventuele aandoening. Het is daarom belangrijk dat ook een doktersassistent van een huisarts of specialist de dienstverlening binnen de JGZ kent.

werkzaamheden

screenen

vaccinaties

11.2 Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ)

Als doktersassistent binnen de JGZ werk je met het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ). Daarom volgt hier een korte uitleg. Het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ) is een elektronisch medisch dossier met gegevens over de gezondheid en de ontwikkeling van een kind. Sinds 1 juli 2010 krijgt ieder kind van 0 tot 19 jaar, op het moment dat het in contact komt met de JGZ, een Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg. Bij de meeste kinderen is dat in de 2e week na de geboorte, wanneer ze door een verpleegkundige thuis worden bezocht. Na het huisbezoek krijgen de ouders/verzorgers een oproep om naar het consultatiebureau te komen voor een afspraak met een jeugdarts of een verpleegkundige. Als een kind 4 jaar wordt en naar de basisschool gaat, wordt het dossier overgedragen aan de jeugdarts die het kind tijdens de schoolperiode begeleidt. Indien een kind vóór juli 2010 in contact is geweest met de JGZ wordt dan het aangelegde (papier) dossier overgezet naar het DD JGZ. De privacy van de gegevens in het DD JGZ is gewaarborgd door middel van wetgeving. Twee wetten zijn van toepassing: de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Die laatste wet gaat specifiek in op het onderwerp wanneer zorggegevens met anderen mogen worden gedeeld.

Het DD JGZ wordt alleen gebruikt door een jeugdarts, verpleegkundige of doktersassistente van de jeugdgezondheidszorg die het kind in zorg heeft. Het dossier is niet toegankelijk voor huisartsen, ziekenhuizen, scholen, gemeenten, jeugdzorg, politie, justitie of andere personen en instanties. In het belang van het kind kunnen gegevens uit het dossier worden gedeeld met andere zorgverleners (geregeld in de wet WGBO). Dit kan alleen na toestemming van de ouder of het kind. Ouder en kind mogen het dossier inzien. Voor ouders is het belangrijk te weten wat hun

Mijn Kind In Beeld


rechten zijn als het gaat om het dossier van hun kind. Zij kunnen (een deel van) het DD JGZ-dossier van hun kind online inzien via 'Mijn Kind In Beeld'. 'Mijn Kind In Beeld' is het digitale ouderportaal van de JGZ. Ouders kunnen met hun DigiD inloggen en bijvoorbeeld advies op maat vragen als een pasgeboren baby hen de hele nacht wakker houdt. Ook kunnen ouders bijvoorbeeld bij gedragsproblemen van hun kind inloggen in 'Mijn Kind in Beeld' en ervaringen en tips van andere ouders of jeugdarts raadplegen. De applicatie (app) van 'Mijn Kind In Beeld' is nog in ontwikkeling. Het is aan te raden om deze ontwikkeling te volgen, om op deze manier ouders en hun kinderen goed voor te lichten over deze (nieuwe) mogelijkheid.

Het digitaal dossier van de JGZ biedt vele voordelen in tegenstelling tot het vroegere (papieren) kinddossier:

- informatie kan snel en gemakkelijk worden overgedragen binnen de jeugdgezondheidszorg, bijvoorbeeld bij verhuizing;
- ouders en kinderen hebben inzage-recht;
- ouders en kinderen kunnen digitaal wijzigingen aanvragen;
- ouders en kinderen kunnen digitaal advies vragen;
- dossiers zijn (met inlogcodes van computers) beter te beveiligen tegen ongewenste lezers;
- een kind dat op twee adressen woont bijvoorbeeld vanwege echtscheiding, kan goed worden gevolgd.

De digitalisering van het dossier is een gezamenlijk project van GGD Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), ActiZ (organisatie voor zorgondernemers) en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). De gemeenschappelijke basis voor de verschillende soorten DD JGZ is de basisdataset JGZ.

11.2.1 Basisdataset JGZ (BDS)

De Basisdataset JGZ (BDS) geeft aan welke gegevens in het digitale dossier standaard genoteerd worden en op welke manier dat moet gebeuren. In  fig. 11.1 is een fragment uit de basisdataset JGZ afgebeeld.

Deze standaardisering maakt de digitale dossiers overdraagbaar. Dit is een voorwaarde om kinderen gedurende hun hele jeugd te kunnen begeleiden. Naast de standaardlijst kunnen JGZ-organisaties eigen rubrieken toevoegen aan het medisch dossier. Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg (NCJ) werkt samen met Nictiz aan het technisch beheer van de Basisdataset JGZ. De Basisdataset JGZ wordt jaarlijks geactualiseerd met inbreng van artsen, verpleegkundigen, doktersassistenten enzovoort. Als doktersassistent werk je veelvuldig met de basisdataset JGZ.

11.2.2 Jeugd In Beeld (JIB)

Artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten binnen de jeugdgezondheidszorg registreren dagelijks hun bevindingen over de groei en ontwikkeling van 0 tot 19-jarigen. Gezamenlijk beschikken zij over een veelheid aan informatie over de gezondheid van bijna alle kinderen in Nederland. Met behulp van Jeugd in

| basisdataset JGZ | |
|----------------------------|---|
| dossierinformatie | |
| persoonsgegevens | <i>uitvouwen</i> |
| gezinssamenstelling | <i>uitvouwen</i> |
| zorggegevens | toestemming aan verpleegkundige vaccinaties (ja/nee) datum toestemming aan verpleegkundige vaccinaties (datum) arts toestemming aan verpleegkundige vaccinaties (nummer) samenvatting 0-4 (vrij tekstveld) |
| huisarts | <i>uitvouwen</i> |
| zorgplan | <i>uitvouwen</i> |
| enzovoort | |

■ **Figuur 11.1** Basisdataset: onderwerp Zorggegevens is open

Beeld worden gegevens uit het DD JGZ anoniem verzameld, bijvoorbeeld over het onderwerp overgewicht of pesten en doorgestuurd naar de landelijke JGZ. Op deze manier wordt de ‘jeugd in beeld’ gebracht. De ontvangen gegevens worden door de landelijke JGZ beschikbaar gesteld, zodat bijvoorbeeld de regionale JGZ eerder kan reageren op ongezonde trends die van invloed zijn op de ontwikkeling van kinderen/jeugdigen. Het spreekt voor zich dat een doktersassistent binnen de JGZ de gegevens zorgvuldig moet registreren.

Taken doktersassistenten

Doktersassistenten binnen de JGZ hebben over het algemeen drie hoofdtaken:

1. Zorg dragen voor screening, voorlichting en advies;
2. Uitvoeren van medisch-technische handelingen (o.a. vaccineren);
3. Uitvoeren van organisatorische- en beroepsgebonden taken.

Bij bovengenoemde taken zal de doktersassistent gebruikmaken van de triagemethodiek. Dit betekent dat doktersassistenten volledige periodieke gezondheidsonderzoeken kunnen uitvoeren bij ‘niet-risicokinderen en -gezinnen’.

11.3 Consultatiebureau

Het eerste contact met de Jeugdgezondheidszorg vindt over het algemeen plaats op het consultatiebureau. Daar ontvangt men zuigelingen en peuters meerdere malen voor medisch en/of verpleegkundig onderzoek. Deze onderzoeken worden verzorgd door de jeugdarts of een jeugdverpleegkundige. De jeugdarts verricht lichamelijk onderzoek en besteedt aandacht aan de totale ontwikkeling van het kind, zoals groei en gewicht en hun motorische ontwikkeling. Verder geeft men praktische informatie en advies over voeding, verzorging, veiligheid en opvoeding. Het consultatiebureau verzorgt ook een vaccinatieprogramma ter voorkoming van ziekten, zoals difterie, tetanus en polio.

In de eerste levensmaand wordt een gehoortest afgenomen; dit kan zowel thuis gebeuren als op het consultatiebureau plaatsvinden. Deze test wordt neonatale

gehoorschreefing genoemd. De jeugdarts zal, als er afwijkingen worden gevonden, doorverwijzen naar de huisarts. De bevindingen van alle onderzoeken en testen worden geregistreerd in de Basisdataset JGZ van het DD JGZ.

Het is ook mogelijk gebruik te maken van een inloepspreekuur voor informatie en advies. Allerlei vragen over de opvoeding kunnen hier gesteld worden aan de (jeugd)verpleegkundige. Daarnaast worden er ter ondersteuning van de opvoeding cursussen en thema-avonden georganiseerd. Dit kan in samenwerking met de afdeling Gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) van de GGD. Een doktersassistent verzorgt over het algemeen de administratieve taken behorend bij het consultatiebureau, zoals het maken van (vervolg)afspraken en registratie van lengte en gewicht van het kind. Verder kan de doktersassistent assisteren tijdens het vaccineren en doet zij het logistieke gedeelte betreffende de vaccins.

11.4 JGZ op het basisonderwijs

11.4.1 Preventief gezondheidsonderzoek

Tot de leeftijd van 4 jaar kunnen ouders/verzorgers met hun kind terecht bij het consultatiebureau. Vanaf 4 jaar neemt de JGZ dit over. Het digitale dossier van ieder kind gaat mee naar de GGD. Vervolgens worden de kinderen onderzocht in het jaar dat ze 6 worden (veelal in groep 2) en in het jaar dat ze 11 worden (veelal in groep 7). Bij deze onderzoeken worden de kinderen met of zonder ouders/verzorgers gezien. De ouders/verzorgers worden standaard uitgenodigd bij het eerste gezondheidsonderzoek in groep 2. Tijdens het gezondheidsonderzoek in groep 7 is het niet (meer) noodzakelijk dat de ouders aanwezig zijn. Het gezondheidsonderzoek wordt over het algemeen uitgevoerd door een doktersassistent met behulp van de nieuwe triagemethodiek. Hierin wordt meer aandacht gegeven aan het signaleren, ondersteunen en volgen van kinderen die mogelijk extra zorg nodig hebben. In het verleden zag de jeugdarts ieder kind van de basisschool, door de nieuwe triagemethodiek ziet de jeugdarts nu alleen de kinderen die extra zorg nodig hebben.

Als doktersassistent zie je de kinderen voor het algemeen gezondheidsonderzoek. Op basis van triage (screening en de ingevulde vragenlijsten van ouders en leerkrachten) selecteer je de kinderen. Zo nodig doet de jeugdarts of jeugdverpleegkundige vervolgonderzoek. De jeugdverpleegkundige ziet over het algemeen kinderen met problemen op het gebied van overgewicht, opvoeding, pestgedrag, leefstijl of zindelijkheid. De jeugdarts ziet kinderen met de overige problemen of meerdere problemen tegelijkertijd, zoals druk gedrag, problemen met sociale contacten, twijfels over gehoor, gezichtsvermogen, lichaamslengte en motoriek. De logopediste ziet in een aantal gemeenten kinderen met spraak- en/of taalproblemen.

11.4.2 Gezondheidsonderzoek

Het standaardonderzoek bestaat uit een triage op basis van lengte en gewicht, vragenlijsten die ingevuld zijn door de ouders/verzorgers en signaleringslijsten van de leerkrachten. Bij 5- of 6-jarigen wordt ook gekeken naar het gezichtsvermogen, het

gehoor en de motoriek. Zodra het preventieve gezondheidsonderzoek staat ingepland krijgen ouders/verzorgers een standaardvragenlijst en een toestemmingverklaring toegestuurd. Deze vragenlijst wordt vervolgens (in een gesloten envelop) ingeleverd bij de leerkracht. Als een ouder/verzorger specifieke vragen heeft, kan dit op het vragenformulier worden aangegeven. Ook vragen van school kunnen worden meegenomen in het onderzoek. Het behoort tegenwoordig ook tot de mogelijkheden dat de ouder/verzorger de vragen digitaal beantwoordt en digitaal verstuurt naar de JGZ.

Als doktersassistent voer je het preventieve gezondheidsonderzoek geheel zelfstandig uit. Het is belangrijk voor de kinderen dat zij jou als doktersassistent al kennen. Je plant, voordat het gezondheidsonderzoek plaatsvindt, een dag en tijdstip om in de klas kennis te maken met de kinderen. Je legt, bijvoorbeeld met behulp van een filmpje, uit wat de kinderen kunnen verwachten tijdens het gezondheidsonderzoek. Verder regel je dat de betreffende school ruim van tevoren een overzicht krijgt met de dagen dat je op school komt voor het gezondheidsonderzoek. Omdat veel scholen enorm te kampen hebben met ruimtegebrek (extra aandacht voor probleemleerlingen, RD, enzovoort) is er regelmatig geen geschikte ruimte meer over voor de JGZ. Vaak wordt in die gevallen het onderzoek dan gewoon in het gebouw van de GGD/JGZ gedaan en worden de ouders daar met hun kind verwacht. Je zorgt dat de ouders/verzorgers vroegtijdig het vragenformulier en de toestemmingsverklaring ontvangen. Zonder toestemming van de ouders/verzorgers kan geen onderzoek plaatsvinden. De leerkracht wordt door jou, aan de hand van de opgestelde namenlijst, verzocht ervoor te zorgen dat alle ouders de vragenlijst hebben ingeleverd.

Een aantal dagen na het onderzoek zorg je ervoor, dat de formulieren met bevindingen aan de leerkracht worden overhandigd. De leerkracht geeft de gesloten envelop aan de kinderen mee. Als je bij een kind een afwijking, bijvoorbeeld overgewicht, hebt geconstateerd verwijs je het kind naar de jeugdverpleegkundige of jeugdarts. Uiteraard zorg je dat naast de jeugdverpleegkundige of jeugdarts, ook de ouders worden ingelicht, zodat zij bij dit vervolgonderzoek aanwezig kunnen zijn.

Het spreekt voor zich dat je als doktersassistent de gezondheidsbevindingen van de kinderen correct registreert in het digitale dossier JGZ.

11.4.3 Vaccinatie

Alle kinderen worden op 9-jarige leeftijd ingeënt tegen difterie, tetanus, polio (DTP) en tegen de bof, mazelen en rode hond (BMR). De doktersassistent vaccineert en verricht ondersteunende werkzaamheden op de vaccinatiedagen. De vaccinatiestatus wordt uiteraard digitaal verwerkt, maar ook de fysieke vaccinatiekaart van het kind wordt actueel gehouden.

11.4.4 Voorlichting

JGZ houdt zich ook bezig met collectieve preventievoorlichting (klassikaal of in groepsverband) over een bepaald onderwerp, bijvoorbeeld hoofdluis. Ook kan de

doktersassistent klassikale voorlichting geven aan de kleuters uit groep 1 of 2 over de gang van zaken bij een gezondheidsonderzoek. Op deze manier worden kleuters voorbereid op het preventief gezondheidsonderzoek. Ook de ouders van de kleuters krijgen schriftelijke informatie.

11.4.5 Advisering en verwijzing

De JGZ geeft advies aan kinderen en jongeren, ouders en leerkrachten bij bijvoorbeeld gedragsproblemen op school of thuis, opvoedingsproblemen en gezondheidsvragen. Als het nodig is kunnen ouders met hun kind kortdurende begeleiding krijgen van een gedragswetenschapper. Voor een langduriger behandeling wordt doorverwezen naar een hulpverleningsinstelling, bijvoorbeeld Bureau Jeugdzorg. De doktersassistent regelt (digitaal) administratief de verwijzing. Sinds 2014 kan de jeugdarts bij bepaalde indicaties rechtstreeks verwijzen naar tweedelijns hulpverleners. Dat kan bijvoorbeeld een arts in het ziekenhuis of een psycholoog zijn. De jeugdarts brengt de huisarts op hoogte van de verwijzing.

11.4.6 Ondersteuning leerkrachten

De JGZ kan de leerkracht ondersteunen bij de opzet en uitvoering van een project, gericht op gezond gedrag en sociale redzaamheid in het basisonderwijs. Zo worden er initiatieven ontwikkeld op het gebied van overgewicht/obesitas of andere belangrijke onderwerpen. De JGZ kan daarnaast adviseren over het gebruik van lespakketten en andere voorlichtingsmaterialen. Zo zijn er 'leskisten' beschikbaar over het onderwerp 'pesten op school'.

11.5 Praktijkvoorbeeld

In deze paragraaf volgen we een meisje in haar contacten met de Jeugdgezondheidszorg, van basisschool tot en met het voortgezet onderwijs. Aan de hand van deze praktijksituatie wordt duidelijk wat het werk van een doktersassistent bij de JGZ inhoudt. Wij beperken ons tot het preventief gezondheidsonderzoek (PGO) en de Rijksvaccinaties.

Dhara Rumopa

Dhara Rumopa zit in groep 2 van basisschool Willem van Nassau. Aan het begin van het schooljaar heeft de Jeugdgezondheidszorg een planning gemaakt van de schoolbezoeken die ze zullen gaan afleggen. De basisschool van Dhara staat gepland in de maand juni. Aan het begin van het schooljaar is de directeur hierover geïnformeerd.

Om de onderzoeken optimaal te laten verlopen, is een goede planning en organisatie van de werkzaamheden planning werkzaamheden wezenlijk belang.

■ Uitnodiging en voorbereiding

Jij werkt als doktersassistent bij de JGZ. Eind april begin je met de voorbereiding van het PGO-onderzoek op de Willem van Nassau. Je stelt door middel van een brief de ouders op de hoogte van het onderzoek en je vermeldt de dag en het tijdstip van het onderzoek op school. Vervolgens maak je een afsprakenlijst met de namen van de kinderen die worden verwacht voor het PGO-onderzoek. De jeugdarts en jeugdverpleegkundige krijgen hiervan een kopie. Je vult het DD JGZ aan met bijvoorbeeld de schoolgegevens van de kleuters, in dit geval ook van Dhara Rumopa.

Naast de voorlichtingsbrief voor het PGO ontvangen de ouders een vragenlijst met het verzoek deze in te vullen en in te leveren op de dag van onderzoek. Het betreft algemene vragen naar zindelijkheid, slaapgedrag, doorgemaakte kinderziekten, enzovoort.

PGO-onderzoek

vragenlijst

Voortgang PGO

Mevrouw Rumopa en Dhara melden zich op het afgesproken tijdstip in het lokaal van de Willem van Nassauschool, dat tijdelijk als onderzoeksruimte dient. Dhara blijkt een spontaan, sociaal vaardig kind te zijn. Ze praat honderduit en vindt het leuk om jou weer te zien, want ze herkent je van de voorlichtingsmiddag. Twee weken geleden heb je aan de kleuters van groep 2 namelijk collectieve voorlichting gegeven over het preventief gezondheidsonderzoek.

Dhara weet dat zij een koptelefoon op krijgt en heel rare geluiden gaat horen. Ze weet je ook nog te vertellen dat haar oogjes worden onderzocht en dat ze een hele rare bril op krijgt want dat heeft ze op het filmpje gezien, en dat ze gemeten en gewogen wordt en ze vertelt meteen dat ze niet te dik is - ze let net als mama goed op haar gewicht. Je schiet in de lach als je dit allemaal hoort en je geniet van je werk! Dhara vraagt voor de zekerheid nog of het waar is dat ze geen prik krijgt, want dat vindt ze een beetje eng. Gelukkig kun je haar geruststellen. Nadat je aandacht hebt geschonken aan Dhara, lees je de ingevulde vragenlijst nog even door. Je neemt je voor om de antwoorden van deze vragenlijst op een later tijdstip over te nemen in het DD JGZ.

voorlichtingsmiddag

Controle uitvoering

Je controleert de personalia, familiegegevens enzovoort in het digitale dossier en de vaccinatiestatus. Voor een goede dossiervorming en een geactualiseerde vaccinatiestatus draag jij de verantwoordelijkheid.

Van de leerkracht heb je geen voorinformatie ontvangen en je mag dus aannemen dat Dhara een normale sociale ontwikkeling doormaakt. Soms kan een leerkracht je van voorinformatie voorzien, bijvoorbeeld dat de ouders net zijn gescheiden of dat een kind een motorische achterstand heeft.

Dhara wordt door jou gemeten en gewogen, je screent het gezichts- en gehoorvermogen en je legt de uitkomst vast in het digitale dossier. Je neemt afscheid van Dhara en haar moeder en je zegt dat Dhara alles heel goed heeft gedaan en dat ze een lief en slim meisje is. Je legt Dhara uit dat ze nog een keertje terug mag komen, de dokter wil Dhara ook een keertje zien. Je hebt namelijk bij Dhara een motorische afwijking geconstateerd en je wilt een consult bij de jeugdarts voor Dhara. Dit leg je ook aan de moeder uit. Je neemt je voor om morgen een digitale verwijzing te realiseren.

dossiervorming

Even later meldt mevrouw Bakker zich met Hans. Hans blijkt een totaal ander kind te zijn: hij is bang, en verstopt zich achter zijn moeder. Als je Hans aanspreekt, begint hij te huilen. Als doktersassistent bij de JGZ moet je daarom over bepaalde pedagogische kwaliteiten kunnen beschikken. Hier is een dosis geduld en begrip op zijn plaats.

■ Afronding PGO-onderzoek

Terug op de afdeling JGZ neem je alle digitale dossiers van de kinderen door. Als er verder overleg noodzakelijk is met de jeugdverpleegkundige, jeugdarts, logopedist enzovoort draag je zorg voor de totstandkoming van deze contacten.

■ Doorverwijzing

Naast de preventieve gezondheidsonderzoeken regel je ook het spreekuur van de jeugdarts. Je hebt Dhara en haar ouders uitgenodigd voor vervolgonderzoek bij de jeugdarts. Je begroet Dhara en haar moeder en Dhara vindt het leuk om jou weer te zien. Dhara en haar moeder nemen plaats in de (kindvriendelijke) wachtkamer bij jullie op de GGD. Dhara is ondertussen bij de jeugdarts geweest en moeder meldt zich voor de verdere afwikkeling van zaken. De jeugdarts heeft op orthopedisch gebied een beperking geconstateerd. Hij heeft dit met de moeder besproken en verwijst Dhara naar de huisarts. Mevrouw Rumopa heeft een verwijfsbrief van de jeugdarts meegekregen met de vraagstelling of er sprake kan zijn van de ziekte van Köhler I. Je legt aan mevrouw Rumopa uit dat ze contact moet opnemen met haar huisarts voor het maken van een afspraak en je neemt afscheid van moeder en Dhara, nadat je de vragen van mevrouw Rumopa hebt beantwoord.

Een aantal weken later ontvang je de volgende brief (►kader 11.1).

Kader 11.1

Collega jeugdarts,

Op uw verzoek zag ik Dhara Rumopa. Er was een vermoeden van de ziekte van Köhler I. Uw bevinding was bewegingsbeperking van de linkervoet, met een beginnende zwelling. U stelde een geringe atrofie onderbeenmusculatuur links vast. Röntgenonderzoek toonde minimale kalkvermeerdering van het os naviculare links. Ik heb steunzolen en beperking van de belasting linkervoet geadviseerd. Ik heb met de moeder van Dhara frequente controles afgesproken. Diagnose Köhler I met een goede prognose. Met vriendelijke groet, H. van der Vaart, huisarts

Uit de casus (►kader 11.1) blijkt waarom preventief gezondheidsonderzoek noodzakelijk is. Vaak berust een geconstateerde afwijking op een toevalsbevinding. De brief wordt, nadat de jeugdarts van de bevindingen op de hoogte is gesteld, gescand en gearchiveerd in het DD JGZ van Dhara Rumopa.

■ Rijksvaccinaties

Dhara Rumopa is ondertussen 9 jaar oud. Haar ouders hebben een oproep voor vaccinatie ontvangen. Alle kinderen worden op 9-jarige leeftijd ingeënt tegen difterie, tetanus, polio – de DTP-prik – en tegen de bof (parotitis), mazelen (morbilli)

en rodehond (rubella) – de BMR-prik. Deze vaccinaties worden uitgevoerd door de afdeling JGZ.

De leerkracht op school heeft de leerlingen kort uitgelegd hoe de vaccinatie in zijn werk gaat. Tijdens deze uitleg gaat een huiverig gejoel door de klas.

Vorbereitung en afronding

Vorbereitung

De vaccinatie op de Willem van Nassau basisschool is over twee dagen gepland. Je hebt de voorraad vaccinaties een aantal dagen geleden gecheckt; die was voldoende. Op de dag van vaccinatie zorg je dat de digitale dossiergegevens actueel zijn. Op school is het op de dag van vaccinatie een hectisch gebeuren: sommige kinderen zijn angstig, anderen daarentegen weer stoer. Je vraagt aan de ouders van het kind de entkaart en nadat de vaccinatie is gegeven, wordt de entstatus geactualiseerd. Het is ook heel goed mogelijk dat de ouders niet worden uitgenodigd bij deze 'grootschalige vaccinaties'.

Dhara Rumopa staat ook in de rij en is nu aan de beurt. Je herkent haar en vraagt hoe het met haar gaat. Dhara vertelt dat ze het allemaal eng vindt en je probeert haar gerust te stellen. Nadat je haar hebt gevaccineerd, loopt ze desalniettemin met tranen in de ogen weg.

Afronding

Nadat alle kinderen zijn ingeënt, controleer je de digitale dossiers en je checkt de namen van de opgeroepen kinderen. Zekerheidshalve controleer je samen met de leerkracht de namen van de niet-aanwezige kinderen. Het kan gebeuren dat iemand inmiddels is verhuisd. Degenen die om de een of andere reden niet aanwezig waren, stuur je opnieuw een oproep. Terug op de afdeling JGZ werk je de dossiers bij volgens de voorgeschreven methode.

entkaart

■ Gezondheidsonderzoek in groep 7

Het tweede gezondheidsonderzoek in het basisonderwijs vindt plaats in groep 7. Het gebeurt op dezelfde manier als in groep 2:

- de doktersassistente verricht een ogentest en een gehoortest (voor groep 7 beide onderzoeken alleen op indicatie), meet en weegt het kind;
- de ouders/verzorgers vullen een vragenlijst in over het kind;
- de leerkracht vult een vragenlijst in over het kind, over motoriek, spraak-taalontwikkeling en het gedrag op school.

Als na screening blijkt dat een kind extra zorg nodig heeft, volgt verwijzing naar jeugdverpleegkundige of jeugdarts.

11.5.1 Gezondheidsonderzoek en JGZ in het voortgezet onderwijs

In klas 1 of 2 van het voortgezet onderwijs wordt nog eenmaal een preventief gezondheidsonderzoek verricht. De doktersassistent neemt contact op met de basisschool en inventariseert op welke school de leerlingen voortgezet onderwijs volgen.

preventief
gezondheids-
onderzoek

Alle leerlingen uit klas 1 of 2 vullen thuis een digitale vragenlijst in. De vragen gaan over gezondheid en welzijn. De leerlingen krijgen na het invullen direct online tips en worden vervolgens opgeroepen voor het gezondheidsonderzoek. De doktersassistent doet het gezondheidsonderzoek van de niet-risicokinderen en de verpleegkundige doet het gezondheidsonderzoek van de jongeren die extra zorg behoeven (risicokinderen). Een doktersassistent heeft van tevoren alle digitaal ingevulde vragenlijsten geraadpleegd en zo nodig het JGZ-dossier (triage).

11.5.2 Elektronische Monitor en Voorlichting (E-MOVO)

Gezondheidsmonitor

Enmaal per vier jaar doet de GGD een onderzoek naar de gezondheid en leefstijl van jongeren in de leeftijd van 13 tot en met 16 jaar. Dit onderzoek heet 'Gezondheidsmonitor'. Leerlingen uit klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs vullen een digitale vragenlijst in (E-MOVO). De gezondheidsmonitor wordt landelijk door alle GGD'en op hetzelfde moment en op dezelfde manier uitgevoerd. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de gezondheidssituatie en leefwereld van de jongeren. Uit eerder onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat een aantal jongeren te weinig groente en fruit eet of dat het aantal jongeren dat rookt of alcohol drinkt toeneemt. De school of gemeente kan dan besluiten om projecten te starten over voeding, roken, alcohol of drugs. De onderzoeksresultaten worden gebruikt om scholen, gemeenten en de overheid te adviseren over het (lokaal) jeugdgezondheidsbeleid om de leefstijl en de daarmee samenhangende gezondheid van de leerlingen te bevorderen.

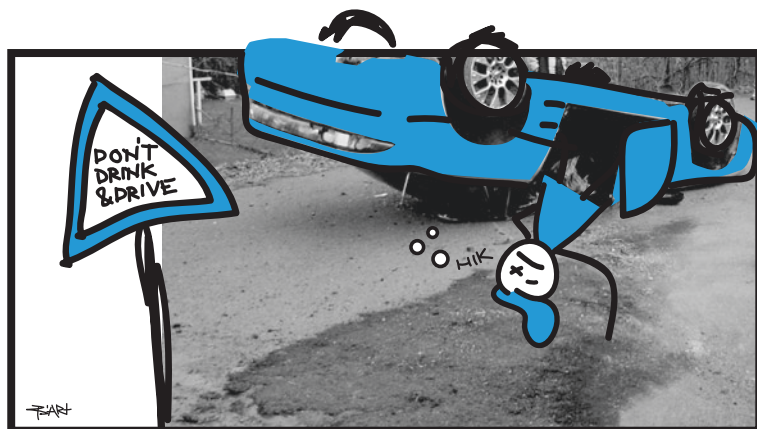
Het ministerie van VWS heeft in juni 2012 geld beschikbaar gesteld voor extra Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) in voortgezet onderwijs, het zogenaamde 'pubergesprek'. De onderwerpen die de jongeren zelf aangeven zijn: alcoholgebruik (29 %), drugsgebruik (15 %), veilig vrijen (12 %), psychosociale problemen (9 %) en overgewicht (9 %). Op de jongerenwebsite van de GGD kunnen ze betrouwbare gezondheidsinformatie vinden en/of (anoniem) chatten/e-mailen met een GGD-arts.

pubergesprek

11.6 Preventieve voorlichting

Naar aanleiding van de uitkomsten van de digitale vragenlijsten kan de afdeling JGZ in het voortgezet onderwijs op maat voorlichting geven over allerlei onderwerpen waarmee de leerlingen worden geconfronteerd, zoals seksualiteit en roken. Het geven van collectieve voorlichting kan opgenomen zijn in de functieomschrijving van een doktersassistent binnen de JGZ. Je moet echter wel over voldoende vaardigheden beschikken om voorlichting te kunnen geven aan opgroeiende pubers!

De GGD geeft op middelbare scholen ook voorlichting ter voorkoming van soa en over alcohol- en drugsgebruik (■ fig. 11.2). Het alcohol- en drugsgebruik onder jongeren tussen 12 en 18 jaar is soms problematisch te noemen (► casus 11.1).



■ **Figuur 11.2** Voorlichting ter voorkoming van soa en over alcohol- en drugsgebruik

Casus 11.1

Nathalie, een 14-jarig meisje, was met vriendinnen naar een verjaardagsfeestje gegaan en had zes glazen bessenjenever gedronken. Na gebraakt te hebben, was zij zelf naar buiten gelopen, waar haar vriendinnen haar hadden gevonden. Nathalie reageerde niet meer op aanspreken, waarna de huisarts werd geconsulteerd. Deze verwees haar naar de kinderarts in verband met de ernst van de vermoedelijke alcoholintoxicatie.

Bij aanvullend onderzoek op de SEH bleek een alcoholspiegel van 1,7 g/l, de glucoseconcentratie was 8,3 mmol/l. Nathalie werd opgenomen en kreeg een onderhoudsinfuus van glucose en NaCl-oplossing. Er deden zich geen problemen voor tijdens de opname. Zij werd gewezen op het gevaar van overmatig alcoholgebruik.

De JGZ kan ook informatiemateriaal verstrekken. Leerlingen kunnen informatiepakketten downloaden voor het houden van een spreekbeurt of voor het maken van een werkstuk over verschillende onderwerpen. Deze informatie staat op de website van de regionale GGD.

[informatiepakket](#)

11.6.1 Voorlichtingscampagnes

De JGZ houdt zich ook bezig met collectieve preventie, gericht op bepaalde (risico) groepen onder jongeren. Ze voert voorlichtingscampagnes over bepaalde onderwerpen, bijvoorbeeld op het gebied van hygiëne en veiligheid, soa en alcohol en drugs. De doktersassistent kan deze voorlichtingsactiviteiten desgewenst uitvoeren.

Uit de hier beschreven situaties blijkt dat een baan als doktersassistent binnen de JGZ afwisselend is en zeer boeiend kan zijn.

Bedrijfsgezondheidsdienst

Samenvatting

Het werken bij de Bedrijfsgezondheidsdienst vereist specialistische kennis. Kennis van wettelijke richtlijnen en kennis van actuele wet- en regelgeving binnen de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet). Wat houdt de Arbowet in, wat wordt verstaan onder Arbobesluit of Arboregeling. Wat zijn periodieke keuringen, wat als er geen concrete afstemming met andere disciplines is gerealiseerd? Wat is het verschil tussen een (huis)arts en bijvoorbeeld een arbo- of bedrijfsarts? En tot slot: wat zijn de werkzaamheden van een doktersassistent binnen de Bedrijfsgezondheidsdienst. In het kort wordt bovengenoemde in dit hoofdstuk toegelicht met een aantal praktijkvoorbeelden.

12.1 Inleiding – 144

12.2 Arbodienst – 144

12.2.1 Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) – 145

12.2.2 Arbeidsomstandighedenbesluit (Arbobesluit) – 149

12.2.3 Arbeidsomstandighedenregeling (Arboregeling) – 150

12.3 Werkzaamheden doktersassistent – 150

12.3.1 Samenwerking – 152

12.3.2 Ziekteverzuim – 152

12.3.3 Bedrijfskeuring – 152

12.3.4 Overige werkzaamheden – 153

ziekteverzuim
voorkomen

12.1 Inleiding

Een plezierige, veilige en gezonde werkomgeving is belangrijk. Het is medebepalend voor het functioneren van de werknemers in een bedrijf. Een werkgever heeft baat bij gezonde en goed gemotiveerde werknemers en zal er alles aan doen om zijn werknemers gezond te houden om zodoende ziekteverzuim te voorkomen. Zo zal een thuiszorgorganisatie interne trainingen over houding en beweging (bijvoorbeeld tiltechnieken) voor haar medewerkers organiseren om rugklachten te voorkomen en zal een productiebedrijf trainingen verzorgen over veilig functioneren (bedienen van machines). Elke organisatie zal proberen het ziekteverzuim te reduceren, want een hoog ziekteverzuim is slecht voor de productiviteit binnen een organisatie.

Als een doktersassistent in een huisartsenpraktijk regelmatig ziek is, zal de huisarts geen optimale kwaliteit van de geboden zorg kunnen leveren aan de patiënt en zal de planning en organisatie van de praktijk in gevaar komen. Invalkrachten of extra diensten door collega's moeten de problemen dan opvangen. Met de extra werkdruk die dat met zich meebrengt, is dit zeker geen wenselijke situatie. Door de werkzaamheden in de huisartsenpraktijk effectief te structureren kan men de werkdruk voor de doktersassistent binnen aanvaardbare proporties houden. Voorbeelden van structurele maatregelen, kunnen zijn:

- Het instellen van een verrichtingspreekuur voor de doktersassistent zonder de verplichting om de telefoon op te nemen. Zo kan er een verplicht pauzement (ongeacht de omstandigheden) worden ingepland.
- Met de aanschaf van beschermende werkkleding of instrumenten kan het gevaar op besmetting worden gereduceerd.
- Werken met een ergonomisch toetsenbord om op deze manier het risico op CANS (complaints of arm, neck and/or shoulder) te verminderen.
- Een ergonomische bureaustoel, ter voorkoming van rugklachten.
- Een computer met spraakherkenning om een muisklik te voorkomen.
- Handsfree telefoneren.

CANS

De Bedrijfsgezondheidsdienst (BGD) kan de werkgever met allerlei adviezen van dienst zijn. Een van de bekendste bedrijfsgezondheidsdiensten is de arbodienst. In ►par. 12.2 wordt deze dienst toegelicht met daarbij de werkzaamheden van de doktersassistent.

12.2 Arbodienst

De afkorting arbo staat voor *arbeidsomstandigheden*. De arbodienst adviseert over de arbeidsomstandigheden binnen een bedrijf. De arbeidsomstandigheden waaraan op het werk moet worden voldaan, zijn vastgelegd in een arbeidsomstandighedenwetgeving:

- Arbowet;
- Arbobesluit;
- Arboregeling.

Omdat de Arbowet van grote invloed is op de gang van zaken binnen organisaties, wordt deze wet in ► par. 12.2.1 toegelicht.

12.2.1 Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet)

Werknemers hebben recht op een veilige en gezonde werkplek. Dit recht is verankerd in de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet). Deze wet bevat veel voorschriften voor het opzetten van een goed arbeidsomstandighedenbeleid (arbobeleid) binnen organisaties. Daarnaast beschrijft de wet de taken en mogelijkheden die de werkgever, de werknemers, de ondernemingsraad, de arbodienst en de arbeidsinspectie hebben in dit proces.

Passende arbeidsomstandigheden zijn belangrijke voorwaarden voor gezond en veilig werken. Medewerkers moeten hun werk kunnen doen zonder lichamelijke of geestelijke problemen op te lopen. De Arbowet geeft richting aan beleid en arbeidsomstandigheden die daaraan voldoen.

De werkgever moet zorgen voor veilige en gezonde arbeidsomstandigheden. Hij is dus primair verantwoordelijk voor het creëren van een werkplek die voldoet aan de wettelijke normen. Maar ook de werknemer heeft verantwoordelijkheden hierin om te komen tot een gezonde en veilige werkplek. Van de werknemer wordt namelijk verwacht dat hij meewerkt aan het op een veilige manier benutten van deze omstandigheden en op een veilige manier zijn werkzaamheden verricht. In de bouw bijvoorbeeld is de werknemer verplicht een helm en beschermende schoenen te dragen.

De werkgever moet ook zorgen dat de wettelijke doelvoorschriften ten aanzien van de arbeidsomstandigheden worden nageleefd. Hoe de doelen worden bereikt, mag de werkgever zelf bepalen. Zo schrijft bijvoorbeeld de Arbowet wel eisen voor aan het maximale geluid op de werkplek, maar bepaalt het bedrijf zelf hoe ze denkt dit te bereiken. De bepalingen worden meestal vastgelegd in een arbocatalogus. De Inspectie Sociale zaken en Werkgelegenheid (SZW) zorgt voor handhaving van de Arbowet.

werkplek

Inspectie SZW

Waarvoor dient de Inspectie SZW?

De Inspectie is een toezichthouder van de Arbeidsomstandighedenwet en onderzoekt bijvoorbeeld arbeidsongevallen. Zij doet dat als er sprake is van een ziekenhuisopname van een werknemer naar aanleiding van een bedrijfsongeval of wanneer er sprake is van blijvend letsel. De Inspectie heeft een aantal middelen om het naleven van de wet af te dwingen (zie ook ► casus 12.1):

- boetes;
- mondelinge afspraak;
- waarschuwing of eis;
- stilleggen van het werk;
- proces-verbaal.

Casus 12.1

Een schoonmaakbedrijf, 2 onderaannemers en 17 opdrachtgevers hebben in totaal een boete van € 246.000,- gekregen van de Inspectie SZW omdat ze de Wet arbeid vreemdelingen hebben overtreden. In wisselende samenstelling verrichtten twee Ecuadorianen en één Peruaan schoonmaakwerkzaamheden in portiekwoningen, zonder dat zij beschikten over een tewerkstellingsvergunning.

Preventiemedewerker

De werkgever is verplicht om één (of meer) van zijn werknemers aan te wijzen als preventiemedewerker. Het bedrijf mag niet iemand van buiten aanstellen als preventiemedewerker. Als het bedrijf maximaal 25 werknemers in dienst heeft, dan mag de werkgever zelf de preventiemedewerker zijn.

De preventiemedewerker draagt zorg voor de dagelijkse veiligheid en gezondheid binnen het bedrijf. Hij regelt het verzuimbeleid, maakt de Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E) van het desbetreffende bedrijf en controleert de naleving ervan. Ook adviseert de preventiemedewerker de personeelsleden over veiliger en gezonder werken.

Omdat de werkgever intern een preventiemedewerker moet aanstellen, stellen veel bedrijven zich de vraag: Wat doe ik zelf en wat besteed ik uit?

Het voordeel van een interne preventiemedewerker is dat deze uit eigen kring komt en dus beter weet wat de risico's en gevaren binnen het bedrijf zijn. Veelal nemen bedrijven de RI&E en het kortdurend ziekteverzuim zelf ter hand. Langdurig ziekteverzuim en de begeleiding hiervan laten de bedrijven door de externe arbodiensten uitvoeren.

De Arbowet biedt werkgevers de mogelijkheid om een aantal zaken zelf te organiseren:

- begeleiding van zieke werknemers;
- controle bij ziekteverzuim en analyse van ziekmelding;
- begeleiding, controle en re-integratie van zieke werknemers;
- organisatie van interventie en bemiddeling;
- werkplekonderzoek;
- grondige probleemanalyse bij dreigend langdurig verzuim;
- keuringen.

Zeker voor de laatste twee genoemde zaken zullen bedrijven meestal expertise inhuren bij een externe arbodienst.

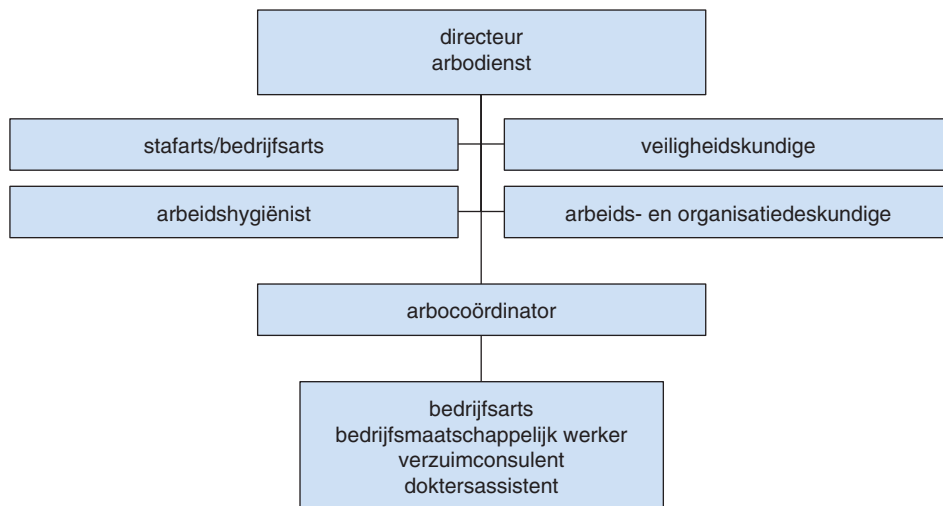
Externe arbodienst

Werkgelegenheid voor de doktersassistent is te vinden bij de externe arbodienst. Zoals je ondertussen weet, kun je alleen maar goed functioneren als je de organisatiestructuur van het bedrijf kent. Wie doet wat en waar is zijn plaats in de hiërarchie van de organisatie? Daarom hebben we een organisatieschema van een externe arbodienst weergegeven (■ fig. 12.1). Het organigram wordt niet meer expliciet toegelicht. Je bent in staat om een organigram te analyseren.

Wij maken onderscheid tussen grote externe arbodiensten en de wat kleinere externe arbodiensten. De grotere externe arbodiensten kunnen de in ■ fig. 12.1

ziekteverzuim

organisatieschema



■ **Figuur 12.1** Organigram arbodienst

afgebeelde, zeer uitgebreide structuur aanbieden, met alle vier de kerndeskundigen. De wat kleinere externe arbodiensten zullen zich beperken tot de bedrijfsarts en de andere expertise op afroep elders inhuren.

Interne arbodienst

De Arboret biedt werkgevers de mogelijkheid om een interne arbodienst op te zetten. Naast de verplichte aanstelling van een of meerdere preventiemedewerker(s) moet het bedrijf ten minste over één van de vier kerndeskundigen beschikken:

- bedrijfsarts;
- arbeidshygiënist;
- veiligheidsdeskundige;
- arbeids- en organisatiedeskundige.

kerndeskundige

Het wezenlijke verschil tussen een interne en externe arbodienst is dat de medewerkers van een externe arbodienst door de werkgever worden ingehuurd, terwijl een interne arbodienst bestaat uit mensen die bij het bedrijf zelf in dienst zijn.

In ►kader 12.1 zie je een aantal praktijkvoorbeelden.

Kader 12.1

Een groot chemisch bedrijf in Nederland heeft, naast een aantal preventiemedewerkers, een eigen interne arbodienst met twee kerndeskundigen in loondienst: een veiligheidsdeskundige en een arbeidshygiënist. Mocht er bij bedoeld bedrijf een (kleine) ramp gebeuren, dan wordt de ontbrekende expertise ingehuurd.

Een zeer grote ROC kan ook over een interne arbodienst beschikken. Een ROC zal over het algemeen, naast de verplichte preventiemedewerker(s), als kerndeskundige een arbeids- en organisatiedeskundige in loondienst hebben.

PAGO

De arbodienst heeft ook een preventieve taak. Deze preventieve taak voert zij uit door middel van een periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO) en door een arbeidsgezondheidskundig spreekuur te houden. Deze dienst zal door de meeste bedrijven worden ingehuurd. De doktersassistent heeft een ondersteunende en coördinerende rol bij het PAGO.

Relatie bedrijfsarts-huisarts/specialist

De reguliere geneeskunde richt zich op klachten, symptomen en afwijkingen. Bij een arbodienst ligt dat anders. Een bedrijfsarts is geen zorgverlener, geen behandelend arts, maar meer een verzekeringsarts, een gespecialiseerde schade-expert. Waar behandelend artsen zich richten op het belang (de gezondheid) van de patiënt, zijn bedrijfsartsen vaak gericht op het belang van de werkgever. Huisartsen en specialisten hebben dan ook een geheel andere kijk op ziekteverzuim dan een bedrijfs- en verzekeringsarts.

Bedrijfs- en verzekeringsartsen winnen regelmatig informatie in bij de behandelend arts van een zieke werknemer. Lees ► casus 12.2 om je een beeld te vormen van de arbodiensten.

Casus 12.2

De heer Boon, een 44-jarige stratenmaker, heeft al jaren last van rugklachten en verzuimt om die reden frequent. Gezien de ernst van de klachten verwijst de huisarts hem naar een neuroloog. De heer Boon meldt dit aan de bedrijfsarts en vertelt ook dat er een scan is gemaakt. Hierop zouden afwijkingen te zien zijn. De bedrijfsarts wil graag informatie van de neuroloog om de heer Boon beter te kunnen begeleiden. De bedrijfsarts krijgt schriftelijke toestemming van de heer Boon om informatie in te winnen en vraagt de behandelend neuroloog (digitaal) wat de diagnose en de prognose is met betrekking tot de klachten van de heer Boon. Ook vraagt de bedrijfsarts of de neuroloog meent dat de heer Boon zijn werk als stratenmaker nog kan uitvoeren. Een bedrijfsarts heeft geen toegang tot medische gegevens via het Landelijk Schakelpunt.

Mede op basis van de informatie van de behandelend arts onderbouwt de bedrijfsarts/verzekeringsarts zijn advies aan de werkgever of uitkeringsinstantie van een zieke werknemer. Hoewel hierover wet- en regelgeving voorhanden is, levert dit proces (van tegengestelde belangen) in de praktijk nogal eens juridische en ethische knelpunten op (► casus 12.3).

Casus 12.3

Mevrouw Bosboom is 50 jaar. Zij heeft sinds enige jaren een volledige WIA-uitkering (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) vanwege (zeer) hoge bloeddruk, maagklachten en psychische klachten. Voorheen was ze werkzaam als schoonmaakster.

In het kader van een herbeoordeling vraagt de verzekeringsarts informatie op bij de internist. De internist heeft als 'persoonlijke mening' dat mevrouw Bosboom met de huidige tensie en het uitgebreide klachtenpatroon niet in staat is om veertig uur per week te werken. De internist voegt eraan toe dat het wellicht zinvol zou zijn dat mevrouw eerst tien uur per week probeert te werken.

De verzekeringsarts acht mevrouw Bosboom echter geschikt voor voltijds lichte werkzaamheden. Haar WIA-uitkering wordt daarom ingetrokken. Mevrouw Bosboom dient hiertegen een bezwaarschrift in, waarbij een verklaring van de behandelend internist is bijgesloten. Bij het verplicht zoeken naar een baan raakt mevrouw Bosboom zo gestrest dat haar bloeddruk ondanks de medicatie tot levensgevaarlijke waarden stijgt.

De internist heeft mevrouw Bosboom intussen geadviseerd niet meer te solliciteren. De verzekeringsarts vraagt de internist vervolgens om nadere uitleg. De internist geeft een nieuwe conclusie op schrift: 'Mevrouw Bosboom heeft een dermate hoge bloeddruk die levensbedreigend kan zijn, zodat zij ook niet in staat mag worden geacht licht werk te verrichten'.

12.2.2 Arbeidsomstandighedenbesluit (Arbobesluit)

Zoals gezegd zijn de arbeidsomstandigheden vastgelegd in een arbeidsomstandighedenwetgeving. Het Arbobesluit geeft in vergelijking met de Arbowet meer specifieke voorschriften, die betrekking hebben op het bestrijden of verkleinen van bepaalde risico's op de werkplek, zoals de omgang met gevaarlijke stoffen, het werken met beeldschermen en het ergonomisch inrichten van arbeidsplaatsen (zie ook ► casus 12.4).

Casus 12.4

Nieuwsbericht

De inspectie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) lanceert de film JOOST over gevaar van kankerverwekkende stoffen.

Werknemers in de installatie- en isolatiebranche lopen kans tijdens hun werk in aanraking te komen met gevaarlijke, kankerverwekkende stoffen, zoals asbest en kwartsstof. Blootstelling hieraan is niet nodig, als zowel werkgever als werknemer alert zijn en adequate maatregelen nemen. Op maandag 25 november werd een bijeenkomst georganiseerd om samen met brancheleden op zoek te gaan naar kansen om het werken met deze stoffen nog veiliger te maken. Gelijktijdig werd de film JOOST gepresenteerd over het gevaar van deze stoffen.

12.2.3 Arbeidsomstandighedenregeling (Arboregeling)

Deze regeling bevat gedetailleerde voorschriften, zoals afbeeldingen van veiligheidsborden. Voorbeelden zijn een waarschuwbord in de kleedkamer van de röntgenafdeling met daarop een zwangere vrouw en borden met de waarschuwing voor asbestgevaar.

12.3 Werkzaamheden doktersassistent

De doktersassistent werkzaam binnen de Bedrijfsgezondheidsdienst (BGD) heeft een medisch-administratieve en medisch-ondersteunende functie. Je verricht werkzaamheden volgens een eigen planning.

Veelvoorkomende werkzaamheden zijn:

- uitnodigen van cliënten voor keuringen en controleonderzoek;
- spreekuurorganisatie bedrijfsarts;
- administratieve voorbereiding, verwerking en archivering van het PAGO;
- administratieve voorbereiding, verwerking en archivering van keuringen;
- uitvoeren diverse biometrische handelingen (bijvoorbeeld ecg, longfunctie);
- verwerken van uitslagen biometrie;
- verzorgen van correspondentie;
- interne en externe communicatie (werkgevers, cliënten);
- voorbereidend werk t.a.v. (beroeps)rijbewijskeuring.

Voor gezondheids- en periodieke keuringen zal een doktersassistent medisch-technische handelingen verrichten zoals onder andere bloedafname, testen van longfunctie, het maken van ecg's, audiogrammen enzovoort.

Aan de hand van een praktijksituatie schetsen we wat er allemaal op je af kan komen als je als doktersassistent werkt bij de BGD (► casus 12.5).

Casus 12.5

De 27-jarige heer Walter Riemslog, in dienst bij een bedrijf in Panningen, kwam met zijn linkerhand klem te zitten in een zogeheten kantbankmachine. Door collega's kon de man worden bevrijd, daardoor hoefde de gewaarschuwde brandweer niet in actie te komen. Vermoedelijk heeft de man bij werkzaamheden aan de machine deze onbedoeld in werking gesteld, waardoor zijn hand tussen de machine is gekomen. De man werd naar het ziekenhuis vervoerd en moet mogelijk enkele vingers van zijn linkerhand missen. De arbeidsinspectie onderzoekt dit bedrijfsongeval.

Controleonderzoek

De genoemde werknemer, de heer Walter Riemslag, is na het bedrijfsongeval een aantal maanden arbeidsongeschikt. De arbodienst wordt ingeschakeld en de heer Riemslag krijgt vervolgens een uitnodiging voor een gesprek met de bedrijfsarts.

Als doktersassistent ben je verantwoordelijk voor het uitnodigen van de cliënt.

Dossiervorming

De heer Riemslag meldt zich voor het spreekuur van de bedrijfsarts. Je maakt een digitaal medisch dossier aan van de cliënt en je hebt ondertussen het digitale bedrijfsdossier geactualiseerd. Als er nog geen bedrijfsdossier bestaat, maak je ook een digitaal bedrijfsdossier aan. In dit dossier staan onder meer de RI&E-rapportage en eventueel eerdere bedrijfsongevallen.

Vervolgens wordt de cliënt bij de bedrijfsarts binnengeroepen. Het genezingsproces blijkt nog enkele weken te duren en afgesproken wordt dat cliënt over vier weken bij de bedrijfsarts terugkomt.

Vervolggesprek

Vier weken later meldt de heer Riemslag zich voor het vervolggesprek. Het bedrijfsongeval heeft verstrekken gevolgen: twee vingers en de linkerduim zijn bij hem geamputeerd. Ook is er een teen getransplanteerd ter vervanging van zijn duim. Deze transplantatie is met succes uitgevoerd. Nu volgt een revalidatietraject.

De heer Riemslag zal zijn oude beroep als machinebankwerker niet meer kunnen uitoefenen. Verder is hij gezond en zal er ander werk voor hem worden gezocht.

De heer Riemslag wordt voorgesteld voor een re-integratieproject. De administratieve handelingen hiervoor vallen onder de verantwoordelijkheid van de doktersassistent. Er wordt met cliënt afgesproken dat hij over een paar maanden terug wordt verwacht voor controle bij de bedrijfsarts.

Ondertussen gaat het re-integratieproject van start. Via de afdeling Verzuim en re-integratie word jij als doktersassistent op de hoogte gesteld van het feit dat voor de heer Riemslag binnen het bedrijf een andere functie is gevonden: hij wordt aangesteld als administratief medewerker. Deze gegevens leg je vast in het digitale medisch dossier.

De heer Riemslag meldt zich nog eenmaal voor controle bij de bedrijfsarts en wordt vervolgens ontslagen van verdere nacontroles, omdat hij op korte termijn met zijn nieuwe werkzaamheden start.

Bedrijfsdossier

In het bedrijfsdossier wordt de rapportage van de Arbeidsinspectie en de rapportage van de RI&E toegevoegd. Deze rapportages hebben geleid tot de aanschaf van een veiliger kantbankmachine.

arbeidsongeschikt

bedrijfsdossier

bedrijfsongeval

re-integratieproject

Verzuim en
re-integratie

12.3.1 Samenwerking

Je hebt in deze casus nauw samengewerkt met de medewerkers van de afdeling Verzuim en re-integratie en de bedrijfsarts. Deze contacten zijn vooral gericht op het uitwisselen van informatie, onderlinge afstemming en voortgang van de werkzaamheden. Verder heb je externe contacten met werkgevers, cliënten en soms met derden, zoals de huisarts, het ziekenhuis of de Arbeidsinspectie.

12.3.2 Ziekteverzuim

CANS

werkzaamheden

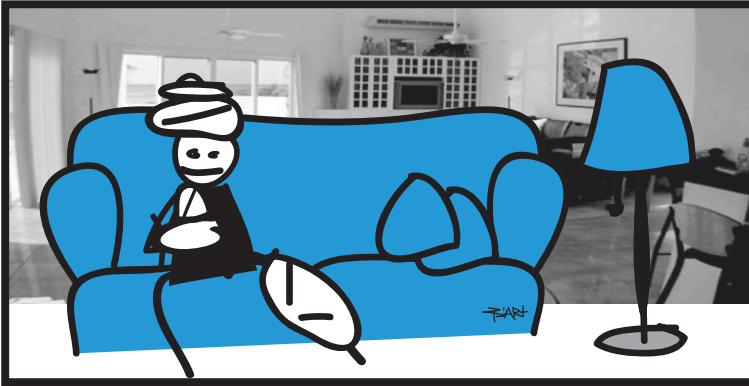
Langdurig ziekteverzuim dat niet veroorzaakt is door een bedrijfsongeval, wordt ook gemeld aan de Arbodienst. Hierbij kun je denken aan burn-out (overspannen), rugklachten, reumatische aandoeningen, sportblessures, traumata of CANS: complaints of arm, neck and/or shoulder (■ fig. 12.2). Als de oorzaak van het ziekteverzuim binnen het bedrijf kan worden gevonden, zal er een risico-inventarisatie worden uitgevoerd en zullen er preventieve acties volgen. Bij CANS kan dit leiden tot verplichte afwisseling van werkzaamheden, bij rugklachten kan er een training tiltechnieken worden aangeboden, enzovoort.

12.3.3 Bedrijfskeuring

In sommige beroepsgroepen is een bedrijfskeuring of een periodieke keuring verplicht, vooral bij beroepen in de luchtvaart zoals piloot, stewardess of verkeerstorenwachter. Ook grondwerkers en beroepschauffeurs, die bijvoorbeeld gevaarlijke stoffen vervoeren, moeten een bedrijfskeuring ondergaan. Werknemers in de wegenbouw lopen meer beroepsrisico's dan bijvoorbeeld een werknemer in de thuiszorg. In Nederland worden heel wat nieuwe wegen aangelegd en hierbij worden kabels en leidingen in de grond aangebracht. Grondwerkers hebben hierdoor contact met de grond. Omdat de grond in Nederland niet overal schoon is, kunnen voor deze medewerkers risico's voor de gezondheid ontstaan door blootstelling aan gevaarlijke stoffen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan resten asbest in puin in de bodem. Het vervoer van gevaarlijke stoffen is ook zeker niet zonder risico's, niet voor de chauffeur maar zeker ook niet voor de andere weggebruikers. Iedere werkgever is verplicht om een Veiligheid- en Gezondheidsplan (V&G-plan) op te stellen, hierin kan onder andere worden opgenomen dat het dragen van een gelaatsmasker, beschermende kleding enzovoort verplicht is. Verder is in het V&G-plan een keuring opgenomen.

V&G-plan

In de Wet Medische Keuringen zijn regels opgesteld waaraan een periodieke keuring moet voldoen en wie er voor de uitoefening van zijn/haar beroep gekeurd moet worden om het werk te kunnen voortzetten. De beroepen waarvoor deze verplichte keuring geldt zijn onder andere beroepen waarbij gezondheidsschade door de aard van het werkzaamheden kan optreden. Niet alleen werknemers die werkzaam zijn in de bodemsanering, maar ook asbestwerkers, brandweermannen, ambulancepersoneel enzovoort vallen onder deze verplichte keuring. Deze



■ **Figuur 12.2** Langdurig ziekteverzuim

keuringen zijn geregeld en vastgelegd bij het Centrum voor Regelgeving en Onderzoek in de grond-, water- en wegenbouw en de verkeerstechniek (CROW-132). Omdat keuringen voor het CROW-132 frequent worden aangevraagd, is een korte toelichting op zijn plaats.

CROW-132 keuring

Tijdens het keuringsspreekuur stelt de bedrijfsarts een aantal vragen met betrekking tot de (algemene) gezondheid en vindt er een lichamelijk onderzoek plaats (intern en orthopedisch). De doktersassistent zal aanvullende metingen en onderzoeken verrichten zoals bloeddruk meten, gewicht en lengte, urineonderzoek, gehooronderzoek en longfunctieonderzoek. Bij werknemers boven de 40 jaar wordt een ecg (hartfilm) in rust gemaakt. Tevens zal er bloedonderzoek plaatsvinden. Indien er bij lichamelijk en aanvullend onderzoek afwijkingen van de norm geconstateerd worden, worden deze vooral beoordeeld in het licht van de werkzaamheden, die uitgevoerd moeten worden.

De administratieve werkzaamheden van een doktersassistent bestaan, zoals gezegd, naast het verzorgen van de uitnodiging tot keuring, dossiervorming en registratie, ook nog uit het verrichten van medisch-technische handelingen. Bij (bedrijfs)keuringen zal een doktersassistent diverse biometrische handelingen verrichten en op eigen initiatief overleg plegen met de bedrijfsarts als er afwijkende waarden worden geconstateerd. Het verwerken van de niet-afwijkende uitslagen vindt plaats door vastlegging in het digitale dossier. Nadat alle uitslagen binnen zijn, leg je de digitaal geregistreerde gegevens voor aan de bedrijfsarts. Deze zal de aanvrager schriftelijk rapporteren, nadat de cliënt die de bedrijfskeuring heeft ondergaan hiervoor schriftelijk toestemming heeft gegeven.

12.3.4 Overige werkzaamheden

De administratieve voorbereiding, het verwerken en het digitaal registreren van het PAGO behoort ook tot de taken van een doktersassistent bij de Arbodienst.

Bijlagen



Bijlagen – 156

Register – 157

Bijlagen

Met dank aan ziekenhuis Nij Smellinghe Drachten en Slingeland Ziekenhuis Doetinchem en aan Marloes Wesselink, assistente KNO-artsen Slingeland Ziekenhuis, voor het beschikbaar stellen van het door haar geschreven en getekend informatiemateriaal *Kom jij een dagje bij ons in het ziekenhuis?* Ook dank aan Jan van Amerongen, die de lesstof op een zeer positieve wijze heeft bekritiseerd en dank aan Floor Waalkens, Chipsoft Amsterdam.

Geraadpleegde literatuur

ChipSoft, zorginformatiesystemen/softwarebedrijf. Amsterdam: Chipsoft.

Landelijke Huisartsenvereniging. Utrecht: LHV.

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Utrecht: NCJ.

Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg. Kwaliteitsborgingnorm Polikliniek. Leiden: NIAZ.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, diverse jaargangen.

Rijksoverheid; diverse websites. Den Haag.

Zorgdomein Nederland. Breukelen: ZD.

Stichting DBC-onderhoud, Utrecht.

Register

A

academisch ziekenhuis 6
 afsprakenbureau 66
 – centraal 13
 AGZ 115
 – taken doktersassistent 120
 algemeen ziekenhuis 5
 algemene gezondheidszorg (AGZ) 115
 algemene zaken 7
 anamnese 69
 Arbobesluit 149
 arbocatalogus 145
 arbodienst 144, 146
 – externe 146
 – interne 147
 – organigram 146
 Arboregeling 150
 Arboret 145
 archiveren 47
 auscultatie 70
 avondpoli 60

B

backoffice dienst 58
 basisprincipes infectiebestrijding 123
 bedrijfsarts 148
 bedrijfsdossier 151
 Bedrijfsgezondheidsdienst (BGD) 144
 bedrijfskeuring 152
 beheer (afdeling) 115
 beheerszaken 12
 beroepsgeheim 32
 beschouwend specialisme 19
 bevolkingsonderzoek 127
 BGD 144
 – werkzaamheden
 doktersassistent 150
 bibliotheek, medische 15
 BMR-prik 135, 139
 BSN 27
 Bureau Jeugdzorg 136
 Bureau Patiëntenvoorlichting 9
 burgerservicenummer (BSN) 27

C

CanMEDS 3
 cardioloog 19
 categoriaal ziekenhuis 5
 CAZ 7

centraal afsprakenbureau 13
 cirkelprincipe 122
 CKF 7
 cliëntenraad 8
 communicatie 9
 consultatiebureau 133
 contactonderzoek 122
 controlebezoek 74
 CPZ 7
 CROW-132 153

D

DBC
 – Informatie Systeem (DIS) 99
 – systematiek 96
 – zorgproduct 92, 96
 – zorgtraject 92
 DD JGZ 131
 declaratiemoment 95
 dermatoloog 19
 diagnostisch onderzoek 70
 Digitaal Dossier Jeugdgezondheids-
 zorg (DD JGZ) 131
 directie 8
 directiesecretariaat 115
 DIS 99
 doktersassistent
 – competenties 3
 – kwalificatiedossier 3
 – taakomschrijving 2
 dossier
 – medisch 25
 dossiervorming 25, 151
 DTP-prik 135

E

e-health 36
 elektronisch patiëntendossier
 (EPD) 25, 40
 entreetijd 61
 entstatus 139
 EPD 25, 40
 – dashboard 25
 epidemie 121
 externe arbodienst 146

F

facilitaire zaken 7
 familieanamnese 69

G

garantieverklaring 84
 gastro-enteroloog 19
 GBE 115, 126
 – taken doktersassistent 127
 gedragscode 21
 gehoorscreening
 – neonatale 133
 gemeenschappelijke
 gezondheidsdienst 114
 Gemeentelijke gezondheidsdienst
 (GGD) 114
 geriater 19
 Gezondheidsbevordering en
 epidemiologie (GBE) 115, 126
 gezondheidsmonitor 140
 GGD 114
 – organigram 114
 – taken doktersassistent 116, 120
 grouper 92, 98
 GVO 134
 gynaecoloog 19

H

hematoloog 20
 heteroanamnese 69
 HIS 58
 historia morbi 70
 hoofdbehandelaar 85
 huisartsen informatie systeem (HIS) 58
 hygiënevoorlichting 110

I

ICC 85
 – uitwerken 108
 ICT in gezondheidszorg 25
 ICT-instituut in de zorg (Nictiz),
 Nationaal 47
 identificatieverplichting 27
 IGZ 20
 infectiebestrijding 126
 infectieziekten 120
 informatie patiënt, kwaliteitsnorm 76
 informatiepakket JGZ 141
 inschrijven, kwaliteitsnorm 61
 Inspectie SZW 145
 inspectie voor de gezondheidszorg
 (IGZ) 20

intercollegiaal consult (ICC) 85
 – zorgtype 13, 94
 interne arbodienst 147
 internist 19
 inzagerecht 42

J

jeugdgezondheidszorg (JGZ) 116, 131
 JGZ 116, 131
 – assistent 116
 – organigram 116
 – voortgezet onderwijs 139

K

kerndeskundige 147
 klachtencommissie 20
 kwaliteitsbeleid 11
 kwaliteitsnorm
 – informatie patiënt 76
 – inschrijven 61
 – NIAZ 20
 – spoedeisende consulten 62
 – veilig incidenten melden 49
 – veiligheid 48
 – voorbereiding opname 87
 – voorlichting 87
 – wachttijden 61
 – zorginstelling 43
 kwaliteitsnormen
 – privacy patiënt 76

L

landelijk schakelpunt (LSP) 40
 lichamelijk onderzoek 69
 logopedist 116
 longarts 19
 loondienst, specialist in 16
 LSP 40

M

maatschap 16
 mantouxtest 123
 MDL-arts 19
 medebehandelaar 85
 medebehandeling 85
 medisch dossier 25
 medisch secretaresse 10
 medisch specialistisch bedrijf
 (MSB) 16
 medisch tuchtcollege 20

medische bibliotheek 15
 medische staf 8
 microbioloog 20

N

NAW-gegevens 54
 nederlands instituut voor accreditatie
 in de zorg 20
 nederlandse zorgautoriteit (Nza) 100
 neonatale gehoorscreening 134
 neurochirurg 19
 neuroloog 19
 NIAZ 20
 Nictiz 47
 noodprocedure 34
 NZa 100

O

obstetricus 19
 OGGZ 126
 OGZ 124
 ondernemingsraad 8
 ondersteunend specialisme 20
 onderzoek
 – diagnostisch 70
 – lichamelijk 69
 ontslag 12, 14, 86
 openbare geestelijke gezondheidszorg
 (OGGZ) 126
 openbare gezondheidszorg (OGZ) 124
 opleidingsplan 21
 opname 80
 opnameplanning 12, 14, 80
 opnamevoorbereiding,
 kwaliteitsnorm 87
 OR 8
 order (tabblad) 72
 organigram
 – externe arbodienst 146
 – GGD 114
 – JGZ 116
 – polikliniek 10
 – ziekenhuis 6
 orthooped 19
 overnamebehandeling 86

P

PAGO 148
 palpatie 70
 parallel subtraject 96
 patiëntcode 30
 patiëntenpas 56
 patiëntenvoorlichting 9

patiëntenzorg 7
 patiëntlogistiek 77
 pediater 19
 percussie 70
 PGO 136
 – voortgezet onderwijs 139
 – vragenlijst 137, 140
 piercing 125
 pincode 55
 plastisch chirurg 19
 poco 11
 polikliniek 12
 – organigram 10
 – receptie 13
 – secretariaat 13
 polikliniekbezoek, eerste 66
 poliklinieccoördinator 11
 polikliniekenheden 11
 preventief gezondheidsonderzoek
 (PGO) 136
 – voortgezet onderwijs 139
 preventiemedewerker 126, 146
 prijsafspraken 100
 privacy patiënt, kwaliteitsnorm 76
 privacyrecht 46
 privacywetgeving 40, 43
 privékliniek 6
 psychiater 19
 pubergesprek 140

R

raad van bestuur 8
 raad van toezicht 8
 radioloog 20
 receptie polikliniek 13
 registratie, verkorte 32
 registratieproces 25, 75
 registratiezuil 74
 reguliere zorg 93
 rijksvaccinaties 138
 RIVM 126
 RSAD-model 99

S

secretariaat polikliniek 13
 snijdende specialisme 19
 sociaal verpleegkundige 110
 sociaal-medische zorg 126
 sociale gezondheidszorg 110
 sociografische gegevens 27
 specialisme
 – beschouwend 19
 – ondersteunend 20
 – snijdend 19

- specialist
 - in loondienst 16
 - vrijgevestigde 16
- spoedafpraak 57
- spoedeisend consult
 - competenties 63
 - kwaliteitsnorm 62
- statisch medische gegevens 28
- status 26
- status praesens 70
- subtraject 95
 - parallel 96

T

- TBI 30
- tekenbeet-app 123
- teleconsultatie 36
- telefonisch spreekuur 59
- triage 57, 133, 134
- TT-code 58
- tuberculose 120
 - rol doktersassistent 122
- typeringslijst 92

U

- universiteitskliniek 6
- uroloog 19
- UZI-pas 40

V

- vaccinatiepaspoort 123
- vaccinatiestatus 135
- vaste segment 100
- Veilig Incidenten Melden
 - kwaliteitsnorm 49
- verhuiswizard 32
- verkorte registratie 32
- verslaglegging, medische 76
- verzekeringsarts 148
- VIM-team 48
- VIP-patiënt 35
- voorgeschiedenis 69
- voorlichting, kwaliteitsnorm 87
- vrije segment 100
- vrijgevestigde specialist 16
- VVA 126

W

- wachttijden, kwaliteitsnorm 61
- Wbp 46, 131
- webportaal 36

- Wet
 - bescherming persoonsgegevens (Wbp) 46, 131
 - medische keuringen 152
 - op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) 43, 131
 - publieke gezondheid (Wpg) 122
 - toelating zorginstellingen 6
- WGBO 43, 131
- wizard 32
- Wpg 122

Z

- ZBC 6
- zelfstandig behandelcentrum (ZBC) 6
- ziekenhuis
 - academisch 6
 - algemeen 5
 - categoriaal 5
 - organigram 6
 - structuur 6
- ziekenhuisopname 83
- ziektegeschiedenis 70
- ziekteverloop 27
- ziekteverzuim 144
 - langdurig 146
- zintuigonderzoek 131
- ZIS 25
- ZIS-agenda 58, 67
- ZorgDomein 58
- zorgdomeinnummer 58
- zorginformatiesysteem (ZIS) 25
- zorginstelling, kwaliteitsnorm 43
- zorgpas 56
- zorgproduct 92
- zorgtraject 92
- zorgtype 93
 - 11 93
 - 13 94
 - 21 94
 - 41 94
 - 51 95
 - 52 95
- zorgverzekeraars 100
- ZT11 93
- ZT13 94
- ZT21 94
- ZT41 94
- ZT51 95
- ZT52 95