

De papieren patiënt

Invoering van een kwaliteitssysteem

Afstudeeropdracht

Opleiding voor Management, Economie en Recht

Ellen Matthee

20016060

4-MER-4

3 juni 2005

Managementsamenvatting.

Het doel van dit verslag is het opstellen van een kwaliteitshandboek aan de hand waarvan de afdeling medische registratie en centraal medisch archief herontworpen kan worden volgens de normen van de NIAZ accreditatie. De bijbehorende probleemstelling is: Hoe kan de afdeling medische registratie en centraal medisch archief zo herontworpen worden dat de afdeling klantgericht is en voldoet aan de eisen van de NIAZ accreditatie?

De afdeling medische registratie.

Uit eerder onderzoek van het havenziekenhuis is gebleken dat de afdeling medische registratie, documentatie en archiefbeheer nauwelijks gepositioneerd is. De afdeling functioneert zonder duidelijke taakomschrijving op door de tijd heen gevormde ongeschreven regels en gebruiken. Een aantal gevolgen hiervan zijn dat de dossiers niet op orde zijn, dat er regelmatig dossiers zoek zijn en dat er niet wordt voldaan aan de wet- en regelgeving.

Uit onderzoek is gebleken dat er op de het gebied van medische registratie twee processen te onderscheiden zijn. Ten eerste het proces op de afdeling medische registratie zelf en ten tweede de dossier opbouw die plaatsvindt door de organisatie gedurende de behandeling.

NIAZ accreditatie

Het uitgangspunt van het NIAZ is dat kwaliteitszorg verankerd moet zijn in de organisatie van een zorginstelling. Het NIAZ schrijft niet voor hoe de instelling haar kwaliteitssysteem moet hebben ontwikkeld. Het NIAZ toetst of het systeem effectief is. De normen van het NIAZ zijn opgesteld aan de hand van het INK model. Het INK model maakt gebruik van een continue verbetercyclus. Deze verbetercyclus is de basis achter het kwaliteitssysteem. De continue verbetercyclus is dan ook de rode draad door de NIAZ accreditatie.

De organisatie en de eisen van de NIAZ accreditatie.

De medische registratie voldoet aan bijna geen enkele eis van de accreditatie. De ongeschreven regels en gewoontes kunnen wel een richtlijn zijn bij het opstellen van procedures en richtlijnen waardoor spoedig aan een groot aantal eisen voldaan kan worden.

Het streven.

Het Havenziekenhuis streeft naar een klantgerichte afdeling medische registratie die voldoet aan de eisen van de NIAZ accreditatie, de wettelijke eisen t.a.v. de privacy van patiënten en risico's bij klachten, de kaderregeling registratie DBC's en arbo technische veiligheidseisen voor de gebruikers. De continue verbetercyclus kan een hulpmiddel zijn bij het bereiken van deze situatie. Om uiteindelijk te komen tot de gewenste situatie zullen er een aantal stappen doorlopen moeten worden. Een aantal van deze stappen is eenmalig, dit rapport met het bijbehorende kwaliteitshandboek is een onderdeel daarvan. Een aantal andere stappen zal periodiek herhaald moeten worden om het streven te bereiken.

Inhoudsopgave.

Managementsamenvatting.....	1
Inhoudsopgave.....	2
Voorwoord	3
Inleiding.....	4
Hoofdstuk 1: De huidige situatie.....	6
1.1 De afdeling medische registratie.	6
1.2 Het patiëntendossier.	6
1.3 Procedures.	7
1.4 Procesbeschrijving.	7
1.5 Sterke en zwakke punten van de medische registratie.	8
1.6 Conclusie	8
Hoofdstuk 2: de eisen verbonden aan een NIAZ accreditatie.....	9
2.2 Accreditatie en toetsing.....	9
2.3 INK-model.	10
2.4 De verbetercyclus.....	10
2.5 De NIAZ verbetercyclus.....	11
2.6 Conclusie.....	11
Hoofdstuk 3: Voldoet de organisatie aan de eisen van het NIAZ.....	12
3.1 0-Meting	12
3.2 De deelgebieden	12
3.3 Oorzaak van de uitslag.....	12
3.4 Conclusie.....	13
Hoofdstuk 4: De streefsituatie.....	14
4.1 Het streven.....	14
4.2 Gewenste situatie.....	14
4.3 Conclusie.....	14
Hoofdstuk 5: Het bereiken van de streefsituatie (implementatie).....	15
5.1 Verschil tussen huidige en gewenste situatie.....	15
5.2 Stap 1: Vastleggen huidige situatie.....	15
5.3 Stap 2: Eenmalige acties.....	15
5.4 Stap 3: Opstarten continue verbetercyclus.....	18
5.5 Stap 4: Aanvragen accreditatie.....	19
5.6 Conclusie.....	19
Conclusie.....	20
Bronvermelding.....	21
Bijlagen.....	22

Voorwoord

Sinds mijn jaren op de middelbare school ben ik geïnteresseerd in het werk in ziekenhuizen. Ik heb dan ook getwijfeld tussen een economische en een medische studie. Uiteindelijk heb ik een economische studie gevolgd. Omdat ook nu jaren later het werken in ziekenhuizen me nog steeds interesseert ben ik voor mijn afstudeeropdracht op zoek gegaan naar een opdracht binnen een ziekenhuis. Na een oriënterend gesprek met de manager Zorg van het Havenziekenhuis, Wim Hutten, is deze opdracht tot stand gekomen. De opdracht geeft mij de mogelijkheid om eens binnen te kijken in een ziekenhuis.

Omdat een ziekenhuis een organisatie is waarmee ik voor ik aan deze opdracht begon nog niet in aanraking was geweest, wil ik de medewerkers van het ziekenhuis die me geholpen hebben snel inzicht te krijgen in de processen hiervoor bedanken. Het gaat hierbij om de medewerkers van de medische registratie, de kwaliteitsmedewerkers, de betrokkenen aan het verbeterprogramma en natuurlijk vooral mijn opdrachtgevers Yvonne Ramakers en Karen van Schoonhoven.

Inleiding.

Het Havenziekenhuis is een klein regionaal ziekenhuis in Rotterdam, gespecialiseerd in tropenziekten. In het verleden heeft het ziekenhuis zich altijd staande weten te houden zonder al te veel processen vast te leggen in procedures. Door de steeds veranderende en strenger wordende wetgeving en de zoektocht naar een samenwerkingspartner blijkt deze werkwijze niet langer geheel te voldoen.

Onder andere op het gebied van medische registratie bleek na intern onderzoek de noodzaak te bestaan voor verbeteringen. Het bleek dat de afdeling nauwelijks gepositioneerd is binnen het ziekenhuis, dat het medisch archief grote fysieke en organisatorische tekortkomingen kent en dat de patiëntendossiers niet op orde zijn¹.

Binnen de organisatie is een stuurgroep medische registratie opgericht die tot taak heeft de knelpunten rondom medische registratie op te lossen. Naar aanleiding van de eerste bijeenkomsten van de stuurgroep is een Masterplan Verbeterprogramma Medische Registratie, Documentatie en Archiefbeheer geschreven. In dit verbeterprogramma worden 7 deelprojecten voorgesteld:

- 1 herontwerp afdeling medische registratie
- 2 herontwerp centraal medisch archief en dossierbeheer
- 3 het uitvoeren van een haalbaarheidsonderzoek en kosten/baten analyse van het digitaliseren van delen van het archief.
- 4 reallocatie en verbetering veiligheid en beheer archiefruimte
- 5 initiëren van een multidisciplinaire werkgroep papierreductie
- 6 het ontwikkelen van een spel ter verbetering van de discipline bij de dossiervoering
- 7 met behulp van het ziekenhuisinformatiesysteem X-care faciliteren van het werk van de medewerkers medische registratie en medisch dossierbeheer

Om de bovenstaande projecten te coördineren is een projectmanager, Yvonne Ramakers, aangesteld. Ook is er voor ieder deelproject een projectleider aangesteld.

Het doel van deelproject 1 en 2 is het ontwerpen van een nieuwe klantgerichte afdeling medische registratie, documentatie en archiefbeheer. Hierbij zijn juistheid, tijdigheid, volledigheid en beschikbaarheid de belangrijkste parameters. Daarnaast zijn de (wettelijke) eisen richtinggevend bij de uitwerking van de verbetervoorstellen. De projectleider van deze twee projecten is Karen van Schoonhoven, hoofd medische registratie.

De doelstelling van dit verslag is: Het schrijven van een kwaliteitshandboek aan de hand waarvan de afdeling medische registratie en centraal medisch archief herontworpen kan worden volgens de normen van de NIAZ accreditatie.

De bijbehorende probleemstelling is: Hoe kan de afdeling medische registratie en centraal medisch archief zo herontworpen worden dat de afdeling klantgericht is en voldoet aan de eisen van de NIAZ accreditatie?

¹ Bron: Onderzoek naar de knelpunten rondom medische registratie in het havenziekenhuis.

De probleemstelling kan opgesplitst worden in een aantal deelvragen:

- Wat is de huidige situatie wat betreft medische registratie binnen het Havenziekenhuis?
- Wat zijn de eisen verbonden aan een NIAZ accreditatie?
- In hoeverre voldoet de organisatie al aan de eisen van het NIAZ?
- Wat is de streefsituatie voor de medische registratie?
- Hoe kan de medische registratie aan de streefsituatie aangepast worden?

Om te kunnen komen tot het antwoord op de probleemstelling worden een aantal stappen doorlopen:

- verzamelen van informatie over de processen op en met betrekking tot medische registratie.
- opstellen van procesbeschrijvingen
- verzamelen van informatie over de eisen en de inhoud van de NIAZ accreditatie
- de processen vergelijken met de eisen
- opstellen van procedures
- opstellen van kwaliteitshandboek
- opstellen van plan om onderdelen die niet voldoen aan te passen

De basis van bovenstaande stappen is het verzamelen van informatie. Zonder de juiste en voldoende informatie is het niet mogelijk om de andere stappen en uiteindelijk de hele opdracht succesvol uit te voeren. De benodigde informatie wordt op twee manieren verzameld:

- desk research, het doornemen van de documenten die binnen het Havenziekenhuis beschikbaar zijn op het gebied van medische registratie en NIAZ accreditatie. Deze documenten zijn te vinden bij de projectmanager, de projectleiders, de medische registratie en de kwaliteitsmedewerker. In diverse bibliotheken is veel informatie beschikbaar over kwaliteitsbeleid, ook deze informatie kan gebruikt worden. Tevens is er op het internet veel informatie beschikbaar over de NIAZ accreditatie.
- Gesprekken en interviews met medewerkers van het ziekenhuis. De medewerkers die (dagelijks) geconfronteerd worden met kwaliteitsbeleid of medische registratie bezitten veel kennis en informatie. Om een goed beeld van de huidige situatie te krijgen zullen daarom interviews en/of gesprekken gehouden worden met de medewerkers van de medische registratie, de kwaliteitsmedewerker, het hoofd dagbehandeling, de projectmanager en de projectleiders.

Hoofdstuk 1: De huidige situatie

1.1 De afdeling medische registratie.

De afdeling medische registratie is een ondersteunende afdeling binnen het ziekenhuis. De afdeling levert haar diensten direct aan de verpleegafdelingen en poliklinieken. Medische registratie is een verzamelnaam voor een aantal activiteiten:

- het archiveren van patiëntendossiers
- het beheren van het archief met patiëntendossiers
- het registreren van de medische verrichtingen

Uit onderzoek van het Havenziekenhuis is gebleken dat de afdeling medische registratie, documentatie en archiefbeheer nauwelijks gepositioneerd is. In het verleden is de afdeling onder de verantwoordelijkheid van verschillende personen gevallen. Sinds enige tijd behoort de afdeling tot de sector zorg.

De afdeling medische registratie bestaat uit vier medewerkers. Er is een hoofd medische registratie, documentatie en archiefbeheer, een fulltime archiefmedewerker, een fulltime medisch codeur en een parttime medewerker die één dag in de week archiefmedewerker en twee dagen medisch codeur is.

De medewerkers van de afdeling hebben geen duidelijk vastgelegde taakomschrijving. Ze functioneren aan de hand van ongeschreven regels die door de jaren heen gevormd zijn. In het verleden was in de praktijk de fulltime medisch codeur coördinator van de afdeling.

1.2 Het patiëntendossier.

Binnen het Havenziekenhuis bestaan drie verschillende soorten patiëntendossiers naast elkaar. Er is ten eerste sprake van een poliklinisch dossier, dit bestaat uit zogenoemde polikaarten waarop de gegevens over de behandeling op een polikliniek weergegevens zijn. Iedere polikliniek heeft zijn eigen polikaarten. Indien een patiënt meerdere poliklinieken bezoekt, heeft een patiënt dus meerde poliklinische dossiers. Ten tweede hebben patiënten die in het ziekenhuis opgenomen worden vanwege een operatie of de noodzaak van verpleging binnen het ziekenhuis, een klinisch dossier. Hierin staat de informatie met betrekking tot gebeurtenissen op de verpleegafdelingen en eventuele operaties. Ten derde is er een dagbehandelingdossier. Patiënten die na het bezoek aan een polikliniek opgenomen worden op de dagbehandeling krijgen geen klinisch dossier. De dagbehandeling houdt voor deze patiënten een eigen dossier bij als aanvulling op de polikaarten.

De afdeling medische registratie beheert momenteel alleen de klinische dossiers. De poliklinische dossiers worden beheerd door de secretaresses van de poliklinieken en de dossiers van de dagbehandeling door de medewerkers van de dagbehandeling.

Binnen de verschillende archieven is veruit de meeste informatie beschikbaar op papier. Het patiëntendossier is alleen gedeeltelijk en op kleine schaal digitaal beschikbaar. In 2004 is X-care binnen het ziekenhuis geïmplementeerd. Dit is een ziekenhuisinformatiesysteem waarin allerlei informatie omtrent patiënten opgeslagen kan worden. Ruim een jaar na implementatie wordt X-care niet optimaal benut. Veel afdelingen werken niet of maar gedeeltelijk met X-care. De meeste taken op het gebied van medische registratie gebeuren nog op papier. X-care biedt echter wel mogelijkheden om te gaan werken met een (gedeeltelijk) elektronisch patiëntendossier. In het Masterplan Verbeterprogramma Medische Registratie worden er ook mogelijkheden bekeken om het werken met X-care te vergemakkelijken en te stimuleren.

1.3 Procedures.

Binnen de afdeling medische registratie zijn er nauwelijks procedures. Er staan geen regels, processen, procedures of actuele taakomschrijvingen op papier. De afdeling functioneert aan de hand van ongeschreven, door de tijd gevormde mechanismen. In de praktijk levert dit veel problemen op. Enkele van deze problemen zijn: dossiers raken zoek, het opzoeken van een dossier kost veel tijd, dossiers zijn niet volledig en de privacywetgeving wordt niet nageleefd.

Binnen de organisatie, voornamelijk op de verpleegafdelingen en poliklinieken is er weinig besef van het belang van een adequate, zorgvuldige medische registratie. De medewerkers zijn gewend te werken in een zeer informele cultuur zonder procedures op het gebied van medische registratie.

Het management van de organisatie beseft dat een goede registratie van groot belang is. Een goede registratie is van belang bij het verlenen van goede zorg, het voldoen aan wetgeving en het aanpassen van de organisatie aan de waarschijnlijk toekomstige partner, het Erasmus Medisch Centrum.

1.4 Procesbeschrijving.

Om oplossingen aan te wijzen en in te voeren die de problemen op het gebied van medische registratie kunnen oplossen, is het van belang om eerst de processen goed in beeld te hebben. De processen van de medische registratie zijn nog niet eerder schriftelijk vastgelegd. De procesbeschrijving zoals deze is opgesteld en weergegeven is in bijlage 2 van dit rapport is opgesteld aan de hand van ervaringen van verschillende medewerkers binnen het ziekenhuis. Het gaat hierbij om de medewerkers van de medische registratie, maar ook om medewerkers van poliklinieken en verpleegafdelingen.

Omdat er bij medische registratie sprake is van een omvangrijk proces dat plaatsvindt in de gehele ziekenhuisorganisatie is er bij de procesbeschrijving een onderscheid gemaakt in twee processen. Ten eerste het proces op de afdeling medische registratie. Op de afdeling medische registratie worden de dossiers opgevraagd en uitgeleend. Na terugkeer van een dossier worden de medische verrichtingen die uitgevoerd zijn geregistreerd en wordt het dossier gearhiveerd.

Ten tweede wordt de route en de opbouw van de inhoud van een medisch dossier door de organisatie weergegeven. De inhoud van een medisch dossier is afhankelijk van de behandeling van de patiënt. Iedere patiënt heeft een individueel behandelprogramma en dus ook een individuele route door het ziekenhuis. Er zijn drie manieren waarop een patiënt klinisch opgenomen wordt en een klinisch dossier krijgt. Dit kan plaatsvinden via een specialistische polikliniek, via de spoedeisende hulp of via het opnamebureau. Afhankelijk van de behandeling maakt het dossier een ronde langs artsen en ondersteunende afdelingen.

Na afronding van de behandeling werkt de arts assistent het dossier bij en wordt het verzonden naar de afdeling medische registratie.

Op papier worden deze twee processen gescheiden, in de praktijk zijn ze met elkaar verbonden. De uitgebreide procesbeschrijving is terug te vinden in bijlage 2 van dit rapport..

1.5 Sterke en zwakke punten van de medische registratie.

De sterke punten van de medische registratie zijn:

- gemotiveerde medewerkers die hun uiterste best doen een goede dienst te leveren
- ervaren medewerkers die erg veel praktijkkennis bezitten

De zwakke punten van de medische registratie zijn:

- dossiers zijn vaak zoek
- geen dossiervolgsysteem
- archief is te klein en rommelig
- dossiers zijn niet volledig
- dossiers bevatten veel niet relevante informatie
- dossiers hebben geen vaste index
- geen schriftelijk vastgelegde algemeen geldende procedures
- geen duidelijke taakomschrijvingen voor de medewerkers van de medische registratie
- geen vastgelegde verantwoordelijkheden voor de medewerkers van de medische registratie
- niet alle afdelingen werken uniform met X-care
- verschillende soorten dossiers per patiënt

1.6 Conclusie

De medische registratie binnen het havenziekenhuis verloopt niet optimaal. De belangrijkste reden hiervoor is het gebrek aan algemeen geldende en geaccepteerde procedures en werkwijzen.

Hoofdstuk 2: de eisen verbonden aan een NIAZ accreditatie².

2.1 Het NIAZ

Het NIAZ is het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen. Via accreditatie wil het NIAZ ziekenhuizen stimuleren om de kwaliteit van de organisatie van de zorg te verbeteren en te borgen. Daarnaast kunnen ziekenhuizen zich met een NIAZ accreditatie intern en extern verantwoorden.

2.2 Accreditatie en toetsing.

Het uitgangspunt van het NIAZ is dat kwaliteitszorg verankerd moet zijn in de organisatie van een zorginstelling. Er moet binnen de organisatie sprake zijn van een cultuur, waarin iedereen alert is op verbetermogelijkheden en die ook aangrijpt.

Het NIAZ schrijft niet voor hoe de instelling haar kwaliteitssysteem moet hebben ontwikkeld, of met welk model dat gebeurd moet zijn. Het is aan de zorginstelling zelf om te bepalen hoe zij haar kwaliteitssysteem inricht. Het NIAZ toetst of dat systeem effectief is. Bij een NIAZ-accreditatie voeren collega's uit andere zorginstellingen de toetsing uit. Zo wordt de deskundigheid en het inzicht van ervaren collega's ingezet om de kwaliteit van een instelling te beoordelen. NIAZ-auditoren zijn leden van Raden van Bestuur / directies, afdelingshoofden, specialisten, lijnmanagers en kwaliteitsfunctionarissen. Allen kennen de zorginstellingen door en door.

Toetsing door het NIAZ vindt plaats aan de hand van door de NIAZ opgestelde normen. Deze normen beschrijven aan welke organisatorische voorwaarden een ziekenhuis moet voldoen om kwaliteitszorg te borgen: wat moet er allemaal geregeld zijn om te zorgen dat de kwaliteit van de geleverde zorg niet van personen of toeval afhankelijk is.

De normen bestaan uit een aantal onderdelen, gerelateerd aan de aandachtsgebieden van het INK model. Het NIAZ heeft alle NIAZ-kwaliteitsborgingsnormen vertaald naar accreditatiegidsen. Dat zijn elektronische vragenlijsten die als hulpmiddel dienen voor zelfevaluatie op afdelingsniveau. De gidsen tonen de vraag, de relevante normtekst en de bijbehorende toelichting in één oogopslag.

De elektronische accreditatiegidsen zijn opgebouwd uit vijf hoofdstukken:

1. Beleid en organisatie;
2. Procesbeheersing;
3. Middelen en materialen;
4. Kennis en vaardigheden;
5. Borging van het kwaliteitssysteem.

De vragen in de hoofdstukken 1, 3, 4 en 5 van de accreditatiegidsen zijn voor alle afdelingen hetzelfde. Hoofdstuk 2 is specifiek voor de betreffende afdeling.

Bij de toetsing wordt bij iedere norm een Do-vraag (welke plannen worden op dit moment uitgevoerd), een Check-vraag (welke plannen worden op dit moment geëvalueerd) en een Act-vraag (welke verbeteracties worden naar aanleiding van de evaluatie nu uitgevoerd) gesteld. Elke vraag kan worden beantwoord met 'ja', 'nee' of 'deels'. Als het onderwerp voor de betreffende afdeling niet relevant is, luidt het antwoord 'niet van toepassing'. De antwoorden

² Bron: NIAZ

op de vragen laten duidelijk zien, welke stappen de afdeling per onderdeel al heeft gezet, momenteel aan het zetten is en nog moet zetten. De accreditatiegide voor het centraal medisch archief is terug te vinden in bijlage 3 van dit rapport.

2.3 INK-model³.

De normen van het NIAZ zijn opgesteld aan de hand van het INK model. Het INK model is een Nederlandse vertaling van het EFQM model, het European Foundation for Quality Management model. Het INK-model bestaat uit negen praktijkgerichte aandachtsgebieden: vijf organisatiegebieden en vier resultaatgebieden

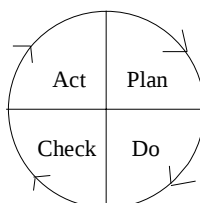


Een uitwerking van de negen deelgebieden is terug te vinden in bijlage 4, het INK model.

2.4 De verbetercyclus⁴.

Het INK model maakt gebruik van een continue verbetercyclus. Deze verbetercyclus is de basis achter het kwaliteitssysteem. Voortdurend verbeteren is nodig om de continuïteit van de organisatie veilig te stellen. In het INK-model is het verbetermechanisme gebaseerd op de PDCA-cirkel van de econoom dr. W. Edwards Deming. Het PDCA-principe kan door iedereen in de organisatie gebruikt worden om verbeteringen op te sporen en door te voeren.

Deming-cirkel



³ Instrumenten voor modern kwaliteitsmanagement, M.A. Muntinga en C.J. Lagerveld

⁴ Instrumenten voor modern kwaliteitsmanagement, M.A. Muntinga en C.J. Lagerveld

De PDCA-cirkel bestaat uit vier onderdelen:

Plan	:	plannen van activiteiten en het stellen van doelen
Do	:	uitvoeren van de geplande activiteiten
Check	:	nagaan in hoeverre de afgesproken doelen zijn gerealiseerd
Act	:	analyse van afwijkingen en aanpassen van het proces

Het succes van een organisatie wordt volgens het INK model bepaald door de mate waarin het management erin slaagt deze PDCA-cirkel als een automatisme in alle lagen van de organisatie toe te passen en de organisatiecultuur daarop af te stemmen.

2.5 De NIAZ verbetercyclus.

De 'Plan-Do-Check-Act cyclus' vormt ook de rode draad door het hele NIAZ-accreditatieprogramma. In de norm is de 'Plan-Do-Check-Act cyclus' verweven. Plan betekent dat iets nog niet is geregeld, maar dat de instelling dit wel van plan is. In de Do-fase krijgt dit gestalte in bijvoorbeeld protocollen, procedures en (schriftelijke) werkafspraken. Als het eenmaal is geregeld, gaat de Check-fase in. Daarin controleert het ziekenhuis structureel of de gemaakte afspraken werken in de praktijk. In de afsluitende Act-fase volgt op deze structurele controle waar nodig een verbeteringsactie. Daarmee is de verbeteringscyclus afgerond.

Oftewel: in de eerste plaats moeten afspraken zijn gemaakt over de werkwijzen en communicatie op kritische punten in de primaire en ondersteunende processen. Die afspraken moeten bekend zijn en alle betrokkenen dienen daar ook naar te handelen. Daarnaast moeten alle afspraken structureel worden getoetst op effectiviteit en, waar nodig, bijgesteld. Zo ontstaat een continue verbetercyclus - een voorwaarde voor accreditatie.

Het is beslist niet de bedoeling van het NIAZ dat alles schriftelijk wordt vastgelegd, dat zou kwaliteitszorg tot een bureaucratisch monster maken en de organisatie in een keurslijf dringen. De NIAZ-normen en de werkwijze in een accreditatie zijn openbaar.

2.6 Conclusie.

Het NIAZ schrijft niet voor hoe een ziekenhuis zijn kwaliteitsdenken en beleid invult. Wel wordt er de eis gesteld dat iedereen in het ziekenhuis bewust is van kwaliteit en dat er gewerkt wordt aan een continue verbetercyclus.

Hoofdstuk 3: Voldoet de organisatie aan de eisen van het NIAZ.

3.1 0-Meting

De knelpunten zoals deze beschreven zijn in de procesbeschrijving (bijlage 2) gaven al aan dat er veel verbeterpunten zijn op het gebied van medische registratie. Om de gebieden waarop de medische registratie wel of niet aan de eisen van het NIAZ voldoet exact weer te geven is een 0-meting uitgevoerd. Deze 0-meting houdt in dat met behulp van de NIAZ accreditatiegids voor het centraal medisch archief de afdeling en de processen zijn doorgelicht.

3.2 De deelgebieden

Beleid en organisatie

Binnen het eerste deelgebied, beleid en organisatie, blijkt uit de 0-meting dat de organisatie geen normen in de Check of Act fase heeft. Bij één norm is sprake van een Do situatie. Het gaat hierbij om de norm dat taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van medewerkers duidelijke en beschikbaar moeten zijn. De medewerkers op de afdeling hebben een functie en taakomschrijving, deze omschrijving is echter al jaren niet meer geëvalueerd en sterk verouderd. Bij alle andere normen binnen dit deelgebied is de organisatie nog in de Plan fase.

Procesbeheersing

Binnen het tweede deelgebied, procesbeheersing, blijkt uit de 0-meting dat de organisatie geen normen in de Do, Check of Act fase heeft. Alle andere normen binnen dit deelgebied zijn nog in de Plan fase.

Middelen en materialen

Binnen het derde deelgebied, middelen en materialen, blijkt uit de 0-meting dat de organisatie geen normen in de Check of Act fase heeft. Bij één norm is sprake van een Do situatie. Het gaat hierbij om de norm dat er afspraken zijn over de reiniging van de werkplek. Hierover zijn afspraken gemaakt met het schoonmaakbedrijf. Deze afspraken zijn nooit geëvalueerd. Bij alle andere normen binnen dit deelgebied is de organisatie nog in de Plan fase.

Kennis en vaardigheden

Binnen het vierde deelgebied, kennis en vaardigheden, blijkt uit de 0-meting dat de organisatie geen normen in de Do, Check of Act fase heeft. Alle andere normen binnen dit deelgebied zijn nog in de Plan fase.

Borging van het kwaliteitssysteem.

Binnen het vijfde deelgebied, borging van het kwaliteitssysteem, blijkt uit de 0-meting dat de organisatie geen normen in de Do, Check of Act fase heeft. Alle andere normen binnen dit deelgebied zijn nog in de Plan fase.

3.3 Oorzaak van de uitslag.

De processen, werkwijzen en omgangsregels op het gebied van medische registratie komen niet voort uit afspraken die in het verleden genomen zijn. Door de tijd heen is de situatie op deze manier “gegroeid”. Op sommige gebieden levert deze manier van werken geen problemen op. Op andere gebieden wel, dat blijkt uit de knelpunten in de procesbeschrijving.

Het NIAZ eist dat alle processen, werkwijzen etc voor iedereen duidelijk en helder zijn. Hiervan is binnen het ziekenhuis geen sprake. De medewerkers doen het allen op hun eigen manier en de handelwijzen zijn niet op elkaar afgestemd. Ook is gebleken dat er geen enkel besef is van de afhankelijkheid van de verschillende schakels (afdelingen) op het gebied van medische registratie. Iedereen is bezig op zijn eigen eiland (afdeling).

De gewoontes kunnen wel een belangrijke bijdrage leveren binnen het proces dat moet leiden tot accreditatie. Veel van de gewoontes blijken erg nuttig en kunnen met kleine aanpassingen en acceptatie door alle betrokkenen ingevoerd worden als vastgestelde werkwijze of procedure. Op deze manier kan er relatief snel aan een groot aantal punten van de accreditatie (vooral deelgebied 2) voldaan worden.. Dit is de reden dat er besloten is een kwaliteitshandboek op te stellen met alle daarbij behorende procedures.

Het opstellen van het kwaliteitshandboek betekent echter niet dat er direct aan alle eisen van accreditatie voldaan wordt. Veel van de gevolgen van de normen uit deelgebied 1,3,4 en 5 zijn niet te beschrijven in een kwaliteitshandboek.

3.4 Conclusie.

Uit de 0-meting is gebleken dat de medische registratie aan bijna geen enkele eis van de accreditatie voldoet. Bij de meeste activiteiten van de medische registratie wordt er gewerkt volgens ongeschreven gewoontes. Deze liggen echter nergens vast in mondelinge afspraken of schriftelijke procedures. Deze gewoontes kunnen wel een richtlijn zijn bij het opstellen van procedures en richtlijnen waardoor spoedig aan een groot aantal eisen voldaan kan worden.

Hoofdstuk 4: De streefsituatie.

4.1 Het streven.

Het NIAZ kent meerdere vormen van accreditatie. Instellingsbrede accreditatie heeft betrekking op de instelling als geheel. Bij initiële accreditatie staat een door het NIAZ gemaakte selectie van afdelingen met de hoogste veiligheidsrisico's, zoals operatiekamers en intensive care units, centraal, samen met enkele door de instelling zelf geselecteerde processen. Deze laatste vorm is een instapmodel naar volledige accreditatie. Deelaccreditatie tenslotte draait om individuele afdelingen, diensten/cluster en patiëntenzorgprocessen. Het Havenziekenhuis is van plan zich in 2006 of 2007 initieel te laten accrediteren. In de periode hierna moet de gehele accreditatie van het ziekenhuis volgen. Als voorloper op deze accreditatie zijn momenteel enkele afdelingen bezig om een deelaccreditatie aan te vragen.

In het kader van het Masterplan Verbeterprogramma Medische Registratie, Documentatie en Archiefbeheer wordt de gehele afdeling medische registratie herontworpen. Om veranderingen als gevolg van de toekomstige accreditatie te voorkomen, is besloten om de nieuw te ontwerpen afdeling te baseren op de normen van de NIAZ accreditatie. Dit is duidelijk weergegeven in de doelstelling van het Masterplan: het herontwerpen van de afdeling medische registratie en centraal medisch archief tot een klantgerichte afdeling, die voldoet aan de eisen van de NIAZ accreditatie, de wettelijke eisen t.a.v. de privacy van patiënten en risico's bij klachten, de kaderregeling registratie DBC's en arbo technische veiligheidseisen voor de gebruikers.

4.2 Gewenste situatie.

Met het bovengenoemde streven heeft het ziekenhuis de streefsituatie al vrij duidelijk vast gelegd. Een NIAZ accreditatie eist namelijk van een ziekenhuis en/of een afdeling dat er gewerkt wordt met de continue verbetercyclus gebaseerd op de Deming cirkel. In de gewenste situatie is de afdeling medische registratie een klantgerichte afdeling die aan alle, op verschillende gebieden gestelde, eisen voldoet.

Deze situatie wordt bereikt in een afdelingscultuur waarbinnen iedereen bezig is met het leveren van een goede kwaliteit. De basis van dit kwaliteitsdenken is de continue verbetercyclus. Door het uitvoeren van deze cyclus op basis van de eisen van de NIAZ accreditatie is er periodiek aandacht voor onder andere de volgende onderwerpen:

- klanttevredenheid
- wettelijke eisen
- optimaliseren van processen
- medewerkers van de afdeling
- samenwerkingsverbanden

Het gevolg van de aandacht die er periodiek aan deze punten wordt besteed is dat de afdeling snel, consequent en adequaat in kan springen op veranderingen in de wetgeving, de wensen van de klanten, de personele bezetting of andere omgevingsfactoren.

Het gevolg van het besteden van aandacht aan de verschillende onderwerpen heeft tot gevolg dat de afdeling op alle vlakken kwalitatief beter is.

4.3 Conclusie.

Een afdeling die door middel van de continue verbetercyclus periodiek aandacht besteed aan verschillende onderwerpen en als gevolg daarvan op alle punten betere kwaliteit levert.

Hoofdstuk 5: Het bereiken van de streefsituatie (implementatie).

5.1 Verschil tussen huidige en gewenste situatie.

Uit de voorgaande hoofdstukken is gebleken dat er een verschil bestaat tussen de werkelijke en de gewenste situatie. Om de gewenste situatie te bereiken en de gewenste en werkelijke situatie dus aan elkaar gelijk te maken zullen er een aantal acties ondernomen moeten worden.

5.2 Stap 1: Vastleggen huidige situatie.

Actie:

Vastleggen huidige situatie

Uitvoering door:

Ellen Matthee

In hoofdstuk 1 stond al beschreven dat het belangrijk is om de huidige situatie in kaart te brengen. De huidige situatie kan dan goed als startpunt voor de veranderingen dienen. In bijlage 2 is al een beschrijving van de huidige processen gegeven. Naast deze procesbeschrijving is een kwaliteitshandboek van belang, omdat dit ook andere delen van de afdeling dan de processen beschrijft. Dit kwaliteitshandboek met bijbehorende procedures is een volledige schriftelijke weergave van de afdeling.

Het kwaliteitshandboek met de procedures zorgt ervoor dat er duidelijkheid komt in de werkwijze. De procedures liggen vast op papier, ze zijn nu voor alle betrokkenen duidelijk. Door deze duidelijke weergave van de werkwijze voldoet de afdeling aan een groot aantal normen uit hoofdstuk 2 van de accreditatiegids. Het kwaliteitshandboek en de procedures zijn terug te vinden in bijlage 5.

5.3 Stap 2: Eenmalige acties.

Actie:

Herontwerpen afdeling

Uitvoering door:

Karen van Schoonhoven

Uit hoofdstuk 3 is gebleken dat de afdeling aan een groot aantal normen van de NIAZ accreditatie niet voldoet. Om in de toekomst wel te voldoen aan deze normen zal bij het herontwerpen van de afdeling rekening gehouden moeten worden met de volgende acties. Na het voltooien van deze acties voldoet de afdeling opnieuw aan een aantal normen van de NIAZ accreditatie. De te ondernemen acties staan kort weergegeven in de onderstaande tabel waaronder een uitgebreidere weergave volgt.

Activiteit	Verantwoordelijke	Tijdstip
Digitaal publiceren kwaliteitshandboek en procedureboek	Hoofd medische registratie	Juni 2005
Controle volledigheid dossiers	Hoofd medische registratie	Juni 2005
Aanvragen bij Iron Mountain	Hoofd medische registratie	Juni 2005
Draagvlak afdeling medische registratie	Hoofd medische registratie	Juli 2005
Draagvlak klanten	Hoofd medische registratie	Na uitvoering ketenspel

Ruimte afgestemd op activiteiten	Hoofd medische registratie / Hoofd facilitaire dienst	Onbekend
Opstellen procedure medr05012 beveiliging dossiers.	Hoofd medische registratie	Twee maanden na inrichting archiefruimte.
Opstellen procedure medr05013 afstemming met diensten en afdelingen	Hoofd medische registratie	Zo spoedig mogelijk.
Functieomschrijvingen	Hoofd medische registratie	Zo spoedig mogelijk.
Samenvoegen klinische, poliklinische en dagbehandeling dossiers.	Hoofd medische registratie	Zo spoedig mogelijk.
Procedure DBC's	Hoofd medische registratie	Zo spoedig mogelijk.

Digitaal publiceren kwaliteitshandboek en procedureboek

Het is belangrijk dat het kwaliteitshandboek en het procedureboek toegankelijk zijn voor alle betrokkenen. De makkelijkste manier om dit te bereiken is door beide boeken te plaatsen op het intranet van het ziekenhuis. Op deze manier is het voor iedereen mogelijk om vanaf de eigen werkplek de informatie te bekijken. De procedures worden weergegeven als een “alleen lezen” bestand, alleen het hoofd medische registratie is bevoegd de bestanden aan te passen. Om bestanden te kunnen plaatsen en wijzigen op het intranet dient de medewerker een cursus van ongeveer een uur te volgen.

Controle volledigheid dossiers

In de praktijk blijkt dat de medisch codeurs op de afdeling medische registratie de dossiers na ontvangst niet controleren op volledigheid terwijl dit in het verleden wel gebeurde en nog steeds dient te gebeuren volgens de procedures en het verwachtingspatroon van de klanten. De medisch codeurs dienen de afspraken weergegeven in de procedure na te komen. Als een dossier na controle niet compleet blijkt te zijn, moet het retour worden gezonden naar de polikliniek of afdeling.

Aanvragen bij Iron Mountain

In de praktijk verlopen aanvragen bij Iron Mountain niet soepel. De afspraken en procedures zijn duidelijk maar worden niet nageleefd. De dossiers dienen te worden afgeleverd bij de medische registratie op de 5^e verdieping. In de praktijk worden de dossiers vaak afgeleverd op een polikliniek of bij de receptie. Dit brengt onnodig tijdverlies met zich mee. Iron Mountain dient de afspraken te volgen die gemaakt zijn over het afleveren van dossiers.

Draagvlak afdeling medische registratie

De medewerkers van de medische registratie zijn zeer gemotiveerd om aan de slag te gaan met het kwaliteitsbeleid. De medewerkers zijn blij dat na jaren van weinig aandacht voor de afdeling alle zaken goed geregeld en vastgelegd worden. Het is de taak van het hoofd medische registratie om de medewerkers gemotiveerd te houden en om ervoor te zorgen dat de cultuur binnen de afdeling verandert van een improvisatiecultuur naar een cultuur waarin afspraken en regels worden nageleefd. Belangrijk hierbij is het verstrekken van goede en telkens nieuwe informatie over kwaliteit aan de medewerkers.

Draagvlak klanten

Een onderdeel van het Verbeterprogramma is het introduceren van een ketenspel waarmee draagvlak gecreëerd wordt voor goede medische registratie binnen het gehele ziekenhuis. Dit ketenspel wordt periodiek gespeeld op alle afdelingen om het besef dat iedere medewerker een deel is van een grote keten te bevorderen. Naast dit ketenspel is het van groot belang dat het hoofd medische registratie artsen en afdelingshoofden betrokken houdt bij het kwaliteitsbeleid door het regelmatig verstrekken van informatie.

Ruimte afgestemd op activiteiten

De ruimte waarin de dossiers worden opgeslagen en waarin de medewerkers hun werkzaamheden uitvoeren dient afgestemd te zijn op de activiteiten. Het vinden van een geschikte ruimte voor de medische registratie is een taak van het hoofd facilitaire dienst. Het hoofd medische registratie heeft tot taak om de belangen van de medische registratie zo goed mogelijk te behartigen. Een geschikte ruimte is namelijk van essentieel belang om te kunnen voldoen aan de wettelijke privacy eisen.

Opstellen procedure medr05012 beveiliging dossiers.

Dossiers bevatten privacy gevoelige informatie. Om deze informatie te beschermen zijn er een aantal beveiligingsmaatregelen noodzakelijk. Deze maatregelen kunnen echter pas vastgesteld worden als er een geschikte ruimte is voor het medisch archief.

Zodra deze ruimte beschikbaar is, moet het hoofd medische registratie de procedure opstellen om te komen tot een werkwijze die de gegevens van patiënten voldoende beschermd.

Opstellen procedure medr05013 afstemming met diensten en afdelingen

Om binnen het ziekenhuis te komen tot een eenduidige, overzichtelijke manier van dossier vorming en medische registratie is het belangrijk dat de acties van verschillende diensten en afdelingen op elkaar afgestemd zijn. Zodra het duidelijk is wat de werkwijze wordt op dit gebied (uitleentermijn, opbouw dossier etc) dienen deze gegevens door het hoofd medische registratie te worden vastgelegd in een procedure (medr05013 afstemming met diensten en afdelingen) zodat deze werkwijze voor iedereen duidelijk en inzichtelijk is.

Functieomschrijvingen

De functieomschrijvingen van de medewerkers van de medische registratie zijn momenteel onvolledig en verouderd. Omdat functieomschrijvingen belangrijk zijn bij de verdeling van het werk en de aansturing van een afdeling dienen deze zo spoedig mogelijk opgesteld te worden door het hoofd medische registratie in samenwerking met de afdeling P&O.

Samenvoegen klinische, poliklinische en dagbehandeling dossiers.

Een medisch dossier dient een zo getrouw mogelijk beeld te geven van de situatie van een patiënt. Daarom is het belangrijk alle gegevens over een patiënt bij elkaar en direct beschikbaar te hebben. Tevens bevatten dossiers privacy gevoelige informatie, die beschermd dient te worden met beveiligingsmaatregelen. Beide zaken kunnen het best gecombineerd worden als alle patiëntengegevens samengevoegd zijn in één dossier wat beheerd wordt door de afdeling medische registratie. Het hoofd medische registratie is verantwoordelijk voor het samenvoegen van de dossiers.

Procedure DBC's

Vanaf 1 januari 2005 wordt er binnen de zorg gewerkt en gefactureerd aan de hand van DBC's. Deze registratie wordt uitgevoerd op de poliklinieken en wordt gevalideerd door het hoofd medische registratie. De financiële administratie is belast met de administratieve verwerking. Omdat de registratie van verrichtingen en DBC's essentieel is voor het voortbestaan van het ziekenhuis dienen de werkwijzen en verantwoordelijkheden van de verschillende personen vastgelegd te worden in procedures.

5.4 Stap 3: Opstarten continue verbetercyclus..

Actie:

Opstarten continue verbetercyclus.

Uitvoering door:

Karen van Schoonhoven

In hoofdstuk 3 is gebleken dat de afdeling medische registratie een afdeling is die gebaseerd is op de continue verbetercyclus. Als stap 1 en 2 doorlopen zijn en de basis voor een kwalitatief goede dienst aanwezig is moet de continue verbetercyclus ervoor zorgen dat de processen binnen de afdeling verder geoptimaliseerd worden en dat de afdeling in kan spelen op veranderingen. Als de continue verbetercyclus ingevoerd is en continu uitgevoerd wordt voldoet de afdeling aan een groot aantal normen uit hoofdstuk 5 van de NIAZ accreditatie. De continue verbetercyclus bestaat uit een aantal activiteiten. De te ondernemen acties staan kort weergegeven in de onderstaande tabel waaronder een uitgebreidere weergave volgt.

Activiteit	Verantwoordelijke	Tijdstip
Evaluatie van de procedures van de medische registratie.	Hoofd medische registratie	Iedere 6 maanden (mei en november)
Evaluatiegesprekken met de medewerkers van de medische registratie	Hoofd medische registratie	Iedere 6 maanden
Interne audit en klanttevredenheidsonderzoek	Hoofd medische registratie, Kwaliteitsmedewerker.	Ieder jaar
Bewaken van de actualiteit van de procedures en het kwaliteitshandboek	Hoofd medische registratie	Zo spoedig mogelijk na een aanpassing
Informerende van de klanten van de medische registratie	Hoofd medische registratie	Bij nieuwe ontwikkelingen

Evaluatie van de procedures van de medische registratie.

De procedures van de medische registratie worden iedere zes maanden geëvalueerd. In deze evaluatie wordt er gekeken naar de inhoud van de procedures. Indien de procedures niet de gewenste of optimale situatie beschrijven, kunnen deze aangepast worden.

Evaluatiegesprekken met de medewerkers van de medische registratie

Iedere zes maanden hebben de medewerkers van de medische registratie een evaluatie gesprek met het hoofd medische registratie. In deze gesprekken ligt de nadruk de ene keer bij het Persoonlijk ontwikkel plan en de volgende keer bij de beoordeling van de medewerker. Deze gesprekken bieden een goede mogelijkheid om ook het kwaliteitsdenken en klantgerichtheid met de individuele medewerkers te bespreken.

Interne audit en klanttevredenheidsonderzoek

Het ziekenhuis is momenteel bezig met het opzetten van een ziekenhuisbrede terugkerende audit om de kwaliteit van de dienstverlening te meten. Er is nog niet bekend hoe deze audit er uit gaat zien. Waarschijnlijk zal deze audit inhouden dat medewerkers van het ziekenhuis zelf controleren of de betreffende afdeling voldoet aan alle NIAZ normen. Ook voert het ziekenhuis een patiëntentevredenheidsonderzoek uit. Het hoofd medische registratie voert jaarlijks een klanttevredenheidsonderzoek uit onder de klanten van de medische registratie.

Bewaken van de actualiteit van de procedures en het kwaliteitshandboek

De procedures en het kwaliteitshandboek zoals deze digitaal weergegeven staan zijn geldig en worden gebruikt door de afdeling en de klanten. Indien er besloten wordt wijzigingen door te voeren dienen deze zo snel mogelijk aangepast te worden in het digitale bestand zodat het voor iedereen duidelijk is welke procedures moeten worden gevolgd.

Informeren van de klanten van de medische registratie

Omdat medische dossiers door vele handen gaan en goede medische registratie essentieel is, is het belangrijk dat iedereen voldoende op de hoogte is van procedures, ontwikkelingen en veranderingen met betrekking tot het medisch dossier. Het is de taak van het hoofd medische registratie om ervoor te zorgen dat alle klanten en betrokkenen altijd de beschikkingen hebben over voldoende en relevante informatie.

5.5 Stap 4: Aanvragen accreditatie.

Actie:

Aanvragen deelaccreditatie.

Uitvoering door:

Karen van Schoonhoven

Indien de gehele Plan, Do, Check en Act cyclus is doorlopen en aan alle eisen van de NIAZ accreditatie wordt voldaan volgens de interne audit kan de deelaccreditatie voor de afdeling medische registratie aangevraagd worden.

5.6 Conclusie.

Om de werkelijke situatie gelijk te maken aan de gewenste situatie moeten een aantal stappen doorlopen worden. Eerst moet de huidige situatie duidelijk worden vastgelegd. Vervolgens moet de afdeling herontworpen worden. Als de basis aanwezig is kan de continue verbetercyclus ingevoerd worden. Als deze cyclus volledig doorlopen is en aan alle eisen van het NIAZ voldaan wordt kan de NIAZ accreditatie aangevraagd worden.

Conclusie.

Huidige situatie.

De activiteiten met betrekking tot medische registratie vinden in het Havenziekenhuis plaats op basis van ongeschreven, door de tijd heen gevormde regels en werkwijzen. Deze werkwijzen en regels liggen nergens vast in schriftelijke of mondelinge afspraken. De medische registratie binnen het Havenziekenhuis verloopt niet optimaal. De belangrijkste reden hiervoor is het gebrek aan algemeen geldende en geaccepteerde procedures en werkwijzen. Als gevolg van het gebrek aan duidelijke afspraken en kwaliteitsbewaking komt er geen verbetering in deze situatie.

NIAZ accreditatie.

De nieuw te ontwerpen afdeling moet voldoen aan de eisen van de NIAZ accreditatie. Het NIAZ schrijft niet voor hoe een ziekenhuis zijn kwaliteitsdenken en beleid invult. Wel wordt er de eis gesteld dat iedereen in het ziekenhuis op de hoogte is van procedures en bewust is van kwaliteit en dat er gewerkt wordt aan een continue verbetercyclus.

0-Meting

Uit de 0-meting is gebleken dat de medische registratie aan bijna geen enkele eis van de NIAZ accreditatie voldoet. Bij de meeste activiteiten van de medische registratie wordt er gewerkt volgens ongeschreven gewoontes. Deze liggen echter nergens vast in mondelinge afspraken of schriftelijke procedures. Deze gewoontes kunnen wel een richtlijn zijn bij het opstellen van procedures en richtlijnen waardoor spoedig aan een groot aantal eisen voldaan kan worden.

Streefsituatie

Het ziekenhuis streeft naar een afdeling medische registratie die door middel van de continue verbetercyclus periodiek aandacht besteedt aan verschillende onderwerpen en als gevolg daarvan op alle punten goede kwaliteit levert.

Bereiken van de streefsituatie.

De werkelijke situatie is momenteel niet gelijk aan de gewenste situatie. Om de werkelijke situatie gelijk te maken aan de gewenste situatie moeten een aantal stappen doorlopen worden. Eerst moet de huidige situatie duidelijk vastgelegd worden. Vervolgens moet de afdeling herontworpen worden. Als de basis aanwezig is kan de continue verbetercyclus ingevoerd worden. Als deze cyclus volledig doorlopen is en aan alle eisen van het NIAZ voldaan wordt kan de NIAZ accreditatie aangevraagd worden.

Bronvermelding.

Boeken:

M.A. Muntinga en C.J. Lagerveld, *Instrumenten voor modern kwaliteitsmanagement*, uitgegeven door Kluwer bedrijfsinformatie B.V. Deventer, ISBN 9026728875

J.M. Juran, *Kwaliteitsmanagement, plannen, besturen en verbeteren*, uitgegeven door Kluwer bedrijfsinformatie B.V. Deventer, ISBN 9026726457

VOCA training en consultancy, *Totaal kwaliteitsmanagement, handleiding voor het systematisch werken aan kwaliteit in gezondheids- en welzijnsvoorzieningen*, uitgegeven Garant Uitgevers Apeldoorn, ISBN 9053507353

Burgerlijk Wetboek

Websites:

Website van het NIAZ

Documenten van het Havenziekenhuis:

- Masterplan Verbeterprogramma Medische Documentatie en Registratie
- Eindrapport van de Quick Scan (onderdeel masterplan)
- Projectontwerp ketenspel (onderdeel masterplan)
- Projectbrief herontwerp centraal medisch archief en dossierbeheer (onderdeel masterplan)
- Procesbeschrijving oncologie (patiënte met borstkanker)
- Zorgtraject tropenpatiënt
- Kwaliteitshandboek Centrale sterilisatie afdeling
- Kwaliteitshandboek OK
- Format Kwaliteitshandboek

NIAZ documenten:

NIAZ accreditatiegids centraal medisch archief

NIAZ accreditatiereglement

NIAZ kwaliteitsborgingnorm

Bijlagen

Bijlage 1: Lijst van begrippen en afkortingen

Bijlage 2: Procesbeschrijving

Bijlage 3: NIAZ accreditatiegids centraal medisch archief

Bijlage 4: Het INK model

Bijlage 5: Kwaliteitshandboek en procedures.

Bijlage 1: Lijst van afkortingen en definities.

Afkortingen:

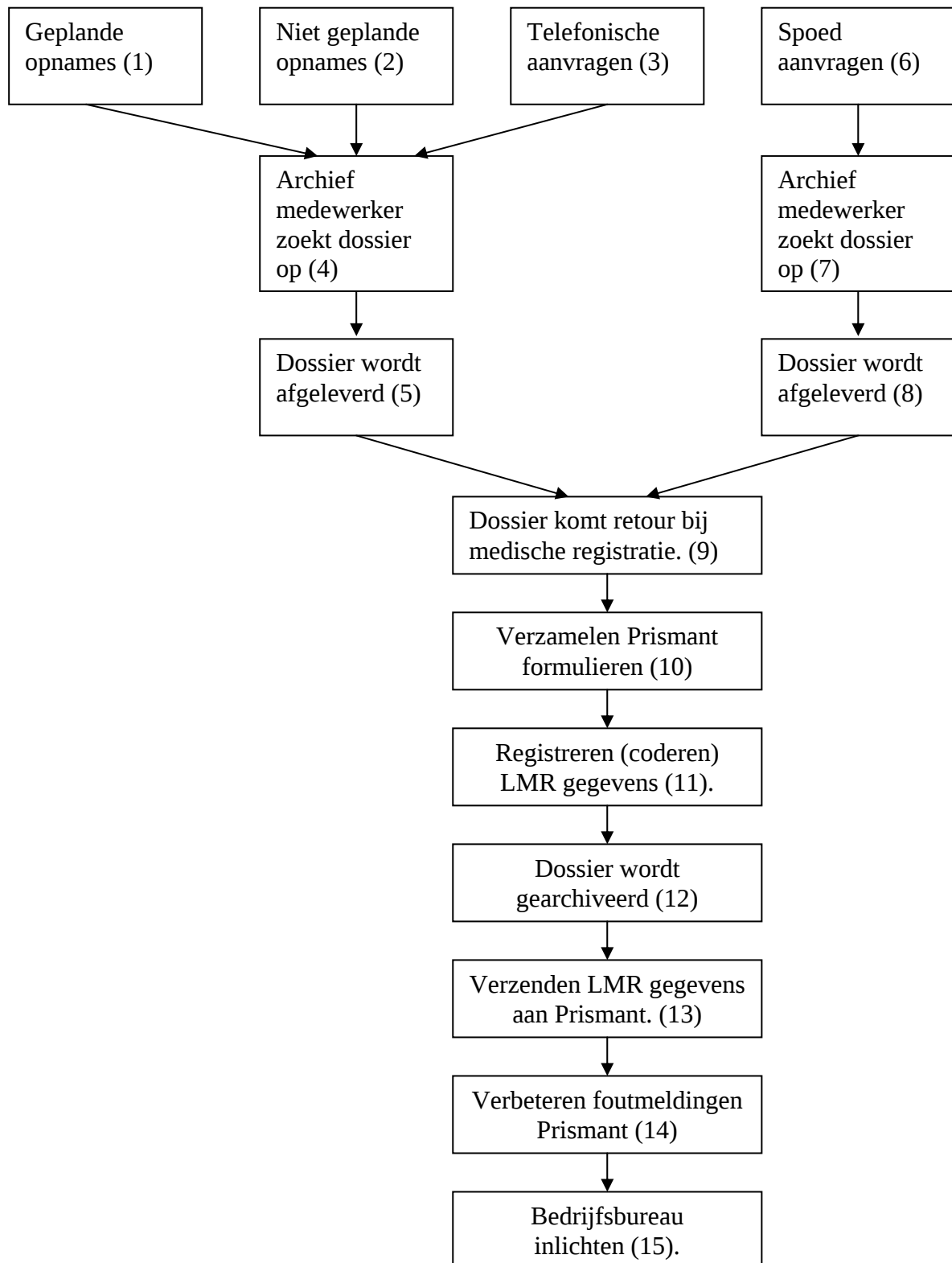
SEH	Spoedeisende hulp
POP poli	Pre operatieve polikliniek
OK	Operatie Kamer
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NAW gegevens	Persoonlijke gegevens (Naam, Adres, Woonplaats)

Definities:

NIAZ accreditatie	een kwaliteitscertificaat dat het NIAZ afgeeft als de afdeling voldoet aan een aantal normen gesteld door het NIAZ
Digitaal procedureboek	alle procedures van de afdeling staan in de novell applications weergegeven onder de naam procedureboek medische registratie
Verrichtingen	Medische (deel)(be)handelingen
Medisch coderen	Registreren van de uitgevoerde verrichtingen
DBC	Diagnose Behandelings Combinatie. Systeem (vanaf 1/1/05) waarmee medische verrichtingen worden geregistreerd. Met dit systeem worden de prijzen van behandelingen inzichtelijk en kunnen ze vergeleken worden. Aan de hand van deze DBC's verloopt de facturatie naar de zorgverzekeraars.
INK model	Kwaliteitsmodel van het Instituut Nederlandse Kwaliteit

Bijlage 2: Procesbeschrijving.

Het proces op de afdeling medische registratie is hieronder schematisch weergegeven:



Toelichting op het stroomschema “de afdeling medische registratie”

	Toelichting werkwijze	Verantwoordelijke	Norm	Knelpunten
1	De afdeling medische registratie print iedere ochtend een lijst uit met geplande opnames.	Behandelende afdeling	Dossier wordt dezelfde dag afgeleverd.	
2	Het opnamebureau levert een lijst aan met niet geplande opnames.	Opnamebureau	Dossier wordt dezelfde dag afgeleverd	Rond 14.00 uur levert het opnamebureau een handgeschreven lijst. De dossiers kunnen pas vanaf 14.00 uur verzameld worden.
3	De behandelende afdelingen doen telefonische aanvragen van klinische dossiers	Behandelende afdeling	Geen privacy beschermend beleid. Dossier wordt dezelfde dag afgeleverd.	Iedereen kan dossiers opvragen, ongeacht privacy bescherming.
4	De archiefmedewerker zoekt dezelfde dag de aangevraagde dossiers op. Er wordt geregistreerd welk dossier, wanneer en door welke afdeling opgevraagd wordt. Als het dossier ouder is dan de dossiers die bewaard worden in het eigen archief wordt het dossier opgevraagd bij Iron Mountain (het externe archief)	Archiefmedewerker	Dossiers worden dezelfde dag opgezocht. Geen vastgestelde normen Dossier wordt de dag dat het binnenkomt van Iron Mountain bij de aanvrager afgeleverd.	Dossiers zijn zoek, er gaat veel tijd verloren door zoeken. Registratie gebeurt handmatig op een kaart en in Excel, er is geen dossier volgsysteem. Iron Mountain levert het dossier niet bij de medische registratie af (vaak bij röntgen of longpoli). Hierdoor zwerft het dossier vaak 2 of 3 weken door de organisatie voordat het bij de medische registratie komt terwijl Iron Mountain meestal netjes binnen 1 dag aflevert.
5	Aan het eind van de dag loopt de archiefmedewerker een ronde door het ziekenhuis en geeft de dossiers af.	Archiefmedewerker	Alle dossiers zijn bezorgd op de dag van aanvraag.	
6	De behandelende afdeling doet een (telefonische) spoed aanvraag	Behandelende afdeling		

7	De archiefmedewerkster zoekt het dossier direct op.	Archiefmedewerker	Dossier wordt direct opgezocht	Al het andere werk blijft liggen. Dossiers zijn zoek, er gaat veel tijd verloren door zoeken. Registratie gebeurt handmatig op een kaart en in Excel, er is geen dossier volgsysteem.
8	De archiefmedewerkster levert het dossier z.s.m.	Archiefmedewerker	Het dossier wordt z.s.m. afgeleverd.	
9	De archiefmedewerkster loopt regelmatig een ronde door het ziekenhuis. De dossiers kunnen dan teruggeven worden aan de medische registratie.	Secretariaat van behandelende afdeling/ Archiefmedewerker	Geen vastgestelde (tijds)norm	Dossier worden niet z.s.m. meegegeven maar er wordt vaak een hele stapel gespaard.
10	De Prismant formulieren worden uit de dossiers gehaald. Prismant van niet klinische patienten (bijv. dagbehandeling) worden opgehaald op de afdelingen.	Medisch codeur	Geen vastgestelde (tijds)norm	
11	Op de Prismant formulieren staan de NAW gegevens van de patiënt en gegevens over de behandeling. De verrichtingen, het voortraject en de nazorg worden ingevoerd in Key View plus. Na het invoeren worden de Prismant formulieren vernietigd. Dubbele dossiers worden samengevoegd	Medisch codeur	Geen vastgestelde (tijds)norm	De gegevens op de Prismant formulieren zijn vaak niet volledig. De medisch codeur moet dan zelf in het dossier op zoek naar de juiste gegevens, dit kost veel tijd.
12	De gegevens in het dossier worden ingebonden en de dossier worden gestickerd. Tot slot worden de dossiers opgeborgen. Er wordt geregistreerd dat het dossier weer in het archief ligt.	Archiefmedewerker	Geen vastgestelde (tijds)norm	Dossiers bevatten veel verouderde en overbodige gegevens.

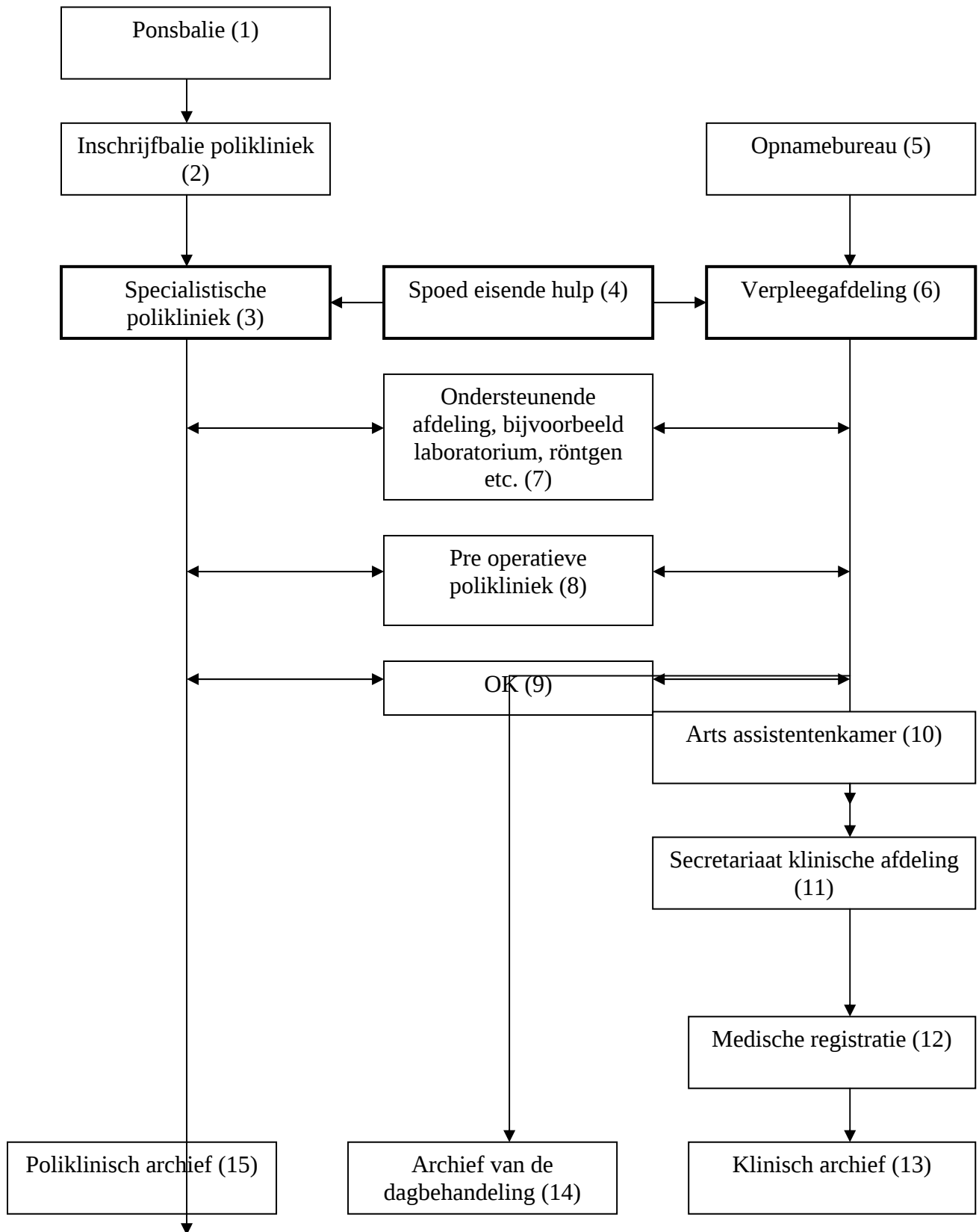
13	De verwerkte LMR gegevens worden verstuurt naar Prismant.	Medisch codeur	Om de week/ 1 x per jaar voor de jaarafsluiting.	
14	Prismant levert na de zending een verantwoordingsplan met daarin de fouten. Deze fouten worden uitgezocht en verbeterd.	Medisch codeur	Geen vastgestelde (tijds)norm	De medisch codeur kan de meeste gegevens niet wijzigen. De medisch codeur belt de betrokken afdelingen hierover. De afdelingen zijn meestal niet gemotiveerd om deze veranderingen aan te brengen. Medisch codeur heeft te weinig kennis van X-care. Een aantal patiënten blijkt niet verzekerd te zijn, deze behandelingen mogen niet geregistreerd worden.
15	Na het verbeteren van de fouten wordt er een mail verstuurd naar het bedrijfsbureau. Hierin wordt verteld dat de fouten verbeterd zijn en de gegevens gereed zijn voor definitieve verzending.	Medisch codeur	Geen vastgestelde (tijds)norm	

De route en inhoud van het dossier.

Om de processen schematisch te kunnen beschrijven zijn er drie manieren weergegeven waarop een patiënt in het ziekenhuis komt en dossiervorming dus kan beginnen. In de praktijk zal een patiënt vaak een uitgebreidere route doorlopen als één van deze drie. In de praktijk veel voorkomend is bijvoorbeeld de route dat de patiënt binnenkomt via een specialistische polikliniek. Vervolgens wordt de patiënt opgenomen op een verpleegafdeling en na het ontslag vind de nazorg opnieuw door de specialistische polikliniek plaats. In deze situaties gaat het dossier dan van bijna onderaan in het schema weer naar boven, zonder dat het tussentijds in het archief wordt opgenomen.

In de schematische weergave wordt zoveel mogelijk de opbouw en route van de verschillende dossiers beschreven. Het poliklinische dossier wordt in de bijlage zoveel mogelijk weergegeven in blauw, het klinisch dossier in rood en het dossier van de dagbehandeling in groen.

De route en de inhoud van het dossier staan op de volgende pagina's schematisch weergegeven.



Toelichting op het stroomschema “de inhoud en route van een medisch dossier”

	Toelichting werkwijze	Verantwoordelijke	Norm	Knelpunten	Tijdsduur
1	De patiënt meldt zich bij de receptie. Als een patiënt niet bekend is wordt een lichtblauw ponskaartje (poliklinisch ponskaartje) aangemaakt.	Medewerkers ponsbalie	Op het blauwe ponskaartje staan persoonlijke gegevens als naam, adres en huisnummer en de naam van de huisarts en de verzekeraar.	Als een patiënt al bekend is worden de gegevens op het ponskaartje niet gecontroleerd, de kaartjes bevatten regelmatig verouderde gegevens.	10 minuten
2	De patiënt meldt zich bij de inschrijfbalie van de polikliniek. Indien de patiënt bekend is worden de polikaarten van de patiënt worden opgezocht. Het bezoek wordt geregistreerd in het dossier. Indien de patiënt nog niet bekend is, wordt er een nieuwe polikaart (poliklinisch dossier) aangemaakt	Medewerkers inschrijfbalie (secretarieel medewerkers polikliniek)	Geen vastgestelde norm Iedere patiënt heeft een poliklinisch dossier.	Er gaat veel tijd verloren met het zoeken naar de polikaarten. Polikaarten zijn soms zoek. Als de historische gegevens niet beschikbaar zijn moet de patiënt informatie over het verleden verstrekken. Er is hierbij niet te controleren of de patiënt volledige en juiste informatie geeft. Er zijn geen richtlijnen welke dossiers op de poli bewaard worden en welke in het archief.	10 minuten
3	Afhankelijk van de behandeling, wordt het dossier bijgewerkt door de verpleegkundige, arts assistent en/of specialist	Behandelend medisch personeel.	Afhankelijk van de behandeling	Als de historische gegevens zoek zijn, kost het opstellen van een nieuw dossier veel extra tijd. Niet iedere polikliniek maakt in gelijke mate gebruik van X-	Afhankelijk van de behandeling.

				care, er ontstaat zo onduidelijkheid over waar gegevens te vinden zijn. Er is geen systeem dat registreert waar en bij wie zich een dossier bevind.	
4	Indien de patiënt met spoed behandeld moet worden komt deze bij de SEH. Indien een patiënt binnenkomt via de spoedeisende hulp wordt het poliklinisch dossier opgezocht. Binnen kantooruren wordt ook het klinisch dossier opgevraagd. De dossiers van de mensen die de afgelopen dag op de dagbehandeling behandeld zijn, zijn aanwezig op de SEH. Gegevens van de SEH worden doorgegeven aan de behandelend specialist of de arts-assistent.	Medewerkers SEH	Geen vastgestelde norm	SEH beschikt buiten kantooruren niet over alle historische gegevens, ze maken dan enkel gebruik van informatie beschikbaar op polikaarten.	Afhankelijk van de behandeling.
5	De opname wordt geregistreerd. De patiënt wordt opgenomen via het opnamebureau. Er wordt een groen ponskaartje (klinisch ponskaartje) aangemaakt. Het opnamebureau vraagt indien	Medewerkers opnamebureau	Op het groene ponskaartje staan persoonlijke gegevens als naam, adres telefoonnummer van de patiënt en de behandelend arts.	De geplande opnames worden automatisch doorgegeven aan de medische registratie. Andere opnames worden met een handgeschreven lijst aan de medische registratie overhandigd. De lijst komt pas laat (14.00 uur) bij de medische	10 minuten

	de patiënt bekend is, het klinisch dossier aan bij de afdeling medische registratie.			registratie aan.	
6	Indien er sprake is van een nieuwe patiënt: aanmaken dossier op afdeling van opname. De dagbehandeling haalt zelf benodigde polikaarten op bij het opnamebureau en maakt een dagbehandeling dossier aan.	Secretariaat klinische afdeling	Iedere patiënt heeft een klinisch/dagbehandeling dossier Aan het klinisch dossier worden toegevoegd: Prismant formulier, verpleegkundig dossier, medische status. Bij de dagopname wordt een dossier gemaakt met daarin een prismant formulier, een opnameformulier en een verklaring dat de patiënt niet ziek geweest is na zijn bezoek aan de POP poli..	Er wordt niet voor iedere patiënt een dossier aangemaakt. Bij kleine verrichtingen gebeurt dit niet altijd. Er wordt geen vaste inhoudsopgave gebruikt. Ieder dossier heeft een andere samenstelling. Niet iedere verpleegafdeling maakt in gelijke mate gebruik van X-care, er is onduidelijkheid over waar gegevens te vinden zijn. Het dossier is zoek. Als een dossier niet snel genoeg ter plaatse is wordt een 2^e dossier aangemaakt. Zo ontstaan er dubbele dossiers	10 minuten.
7	Afhankelijk van de behandeling worden met formulieren aanvullende onderzoeken aangevraagd bij een ondersteunende afdeling. De resultaten worden gestuurd naar de aanvragende arts/afdeling en	Medewerkers aanvragende afdeling.	Afhankelijk van het onderzoek.	Uitslagen laten soms lang op zich wachten, het dossier is dan niet meer bij de aanvragende afdeling en uitslagen kunnen niet meer aan het dossier toegevoegd worden.	Afhankelijk van de behandeling.

	worden opgenomen in het dossier (klinisch of poliklinisch).				
8	Afhankelijk van de benodigde behandeling komt de patiënt op de POP poli. De resultaten van de verrichtingen van de POP poli worden opgenomen in het dossier.	Medewerkers POP poli.	POP verslag = afhankelijk van de behandeling. In ieder geval: verklaring anesthesist, lichamelijke gegevens, gegevens over medicijn gebruik etc.	Als de historische gegevens zoek zijn, kost het verkrijgen van alle benodigde informatie veel extra tijd. Er is geen systeem dat registreert waar en bij wie zich een dossier bevind.	Afhankelijk van de behandeling
9	Afhankelijk van de behandeling komt een patiënt (met klinisch of poliklinisch dossier) op de OK. Hier wordt een OK verslag toegevoegd aan het dossier. Na de operatie wordt een recovery verslag toegevoegd. De patiënt gaat vervolgens met het aangevulde dossier (terug) naar de afdeling.	OK- personeel. Anesthesist.	OK formulier en recovery verslag worden ingevuld en bijgevoegd.		Afhankelijk van de behandeling.
10	Het dossier gaat naar de kamer van de arts assistenten De arts assistent brengt in het dossier verslag uit van consulten etc. De arts assistenten dicteren aan het eind van de behandeling de ontslagbrief.	Arts assistenten	Afhankelijk van de behandeling. Geen vastgestelde tijdsnorm.	De dossiers blijven lang op de arts assistentenkamer liggen voordat de arts assistent dicteert. Als het dossier ergens anders nodig is, ontbreekt er informatie. Arts assistenten nemen dossiers mee naar huis.	Afhankelijk van de behandeling Ongeveer 6 weken

11	Het secretariaat van de verpleegafdeling werkt de gedicteerde ontslagbrief uit voegt deze toe aan het dossier. Het dossier wordt verstuurd naar de polikliniek/medische registratie.	Secretariaat van de verpleegafdeling.	In ieder dossier dient een ontslagbrief aanwezig te zijn van iedere behandeling.	Het dossier is soms al op een andere afdeling nodig voordat de ontslagbrief gedicteerd en uitgewerkt is. Op deze manier duurt het langer voordat de ontslagbrief alsnog toegevoegd kan worden. Ontslagbrieven staan in X-care of ontbreken helemaal. Arts assistenten gebruiken computerprogramma's die niet aangesloten kunnen worden op X-care.	Afhankelijk van de behandeling.
12	Als de patiënt uitbehandeld is gaat het klinisch dossier naar de afdeling medische registratie. De afdeling medische registratie registreert de verrichtingen uit het klinisch dossier. Hier worden dubbele dossiers samengevoegd.	Codeermedewerker	Medewerker moet dossier terug sturen indien de ontslagbrief ontbreekt.	Het dossier wordt niet terug gestuurd als de ontslagbrief ontbreekt of in X-care staat. Het duurt erg lang voordat de dossiers naar de medische registratie gaan. Vaak wordt er op de afdeling eerst een hele stapel gespaard.	Afhankelijk van drukte. Komt gemiddeld 12 weken na opvragen weer retour bij medische registratie
13	Het klinisch dossier wordt opgeborgen in het klinisch archief.	Archiefmedewerker	Geen vastgestelde norm	Het archief is vol, klein en rommelig. Dossiers zijn erg dik en bevatten veel niet relevante informatie. Niemand is verantwoordelijk voor de opschoning van	Afhankelijk van drukte.

				dossiers.	
14	Het dossier van de dagbehandeling wordt op datum opgeborgen in dozen.	Medewerkers dagbehandeling	Geen vastgestelde norm	Weinig ruimte. Moet tussen de andere werkzaamheden door gebeuren.	Afhankelijk van drukte
15	De polikaarten worden opgeborgen in het poliklinisch archief.	Secretarieel medewerker polikliniek.	Geen vastgestelde norm.	Dossier bevat veel oude en niet relevante informatie. Er is niet vastgelegd wanneer een dossier op de polikliniek bewaard wordt en wanneer het in het archief in de kelder opgeborgen wordt. Niemand is verantwoordelijk voor de opschoning van dossiers.	Afhankelijk van drukte
Aan-vulling	Indien de behandeling op een andere afdeling wordt voortgezet gaat het dossier naar de andere afdeling.	Medewerkers behandelende afdeling/polikliniek	Geen vastgestelde norm	Dossier is vaak op de ene afdeling nog niet geheel afgehandeld als het al nodig is en verzonden wordt naar een andere afdeling. Op deze manier is het dossier uiteindelijk niet compleet.	Afhankelijk van de behandeling.

Bijlage 3: NIAZ accreditatiegids.

Op de volgende pagina staat de NIAZ accreditatiegids van het Centraal Medisch Archief weergegeven. De afdeling Centraal Medisch Archief van het NIAZ komt nagenoeg overeen met de afdeling Medische Registratie van het Havenziekenhuis. Het enige verschil is dat de afdeling medische registratie alleen klinische dossiers beheert en archiveert en dat het NIAZ ervan uitgaat dat alle dossiers centraal beheert en gearchiveerd worden.

Bijlage 4: Het INK model.

De organisatiegebieden

De vijf organisatiegebieden hebben betrekking op de manier waarop de organisatie is ingericht.

Leiderschap

De manier waarop de leiding van de organisatie de koers bepaalt, deze vervolgens vertaalt naar de dagelijkse werkelijkheid (bijv. in de manier waarop de organisatie is ingericht) en tenslotte het goede voorbeeld geeft, faciliteiten ter beschikking stelt, vernieuwingen stimuleert etc.

Strategie en Beleid

De manier waarop wordt vastgesteld welke kant de organisatie op moet. Vervolgens worden deze gegevens gedefinieerd in een zogenaamde missie. Deze missie wordt vertaald in concrete doelen. En tenslotte op welke wijze deze koers omgezet wordt in concrete acties (inclusief evaluaties).

Medewerkers

De vertaling van de strategie en het beleid in personeelsbeleid en -instrumenten. Vervolgens hoe kennis en vaardigheden van medewerkers worden ontwikkeld en tenslotte op welke wijze medewerkers erkenning krijgen.

Middelen

De wijze waarop middelen (geld, kennis/technologie, materiaal/diensten) worden ingezet om de doelstellingen te realiseren.

Processen

Hoe en in welke mate de organisatie de te hanteren werkwijzen (processen) in kaart heeft gebracht, deze processen beheer(s)t en stelselmatig vernieuwt en verbetert.

Er zijn drie typen van processen:

- Primaire
- Ondersteunende
- Besturingsprocessen

Samen met leiderschap en strategie en beleid vormen processen de centrale as in het INK-model

De resultaatgebieden

In de resultaatgebieden wordt gemeten wat de werkzaamheden van de organisatie hebben opgeleverd. Het INK-model onderscheidt vier groepen 'belanghebbenden' waarvan het voor de organisatie van belang is om hun waardering te weten.

Waardering door klanten en leveranciers

Hoe waarderen klanten en leveranciers de inspanningen van de organisatie om aan hun eisen en wensen te voldoen. Daarbij draait het eigenlijk om drie vragen: Kennen we onze klanten? Weten we wat die klanten belangrijk vinden? En hoe doen we het in de ogen van die klanten op die voor hen belangrijke gebieden?

Waardering door medewerkers

Hoe ervaren, beleven en waarderen de medewerkers de inspanningen van de organisatie om een aantrekkelijke werkgever te zijn.

Waardering door de maatschappij

Hoe waardeert de maatschappij de inspanningen van de organisatie om in de bedrijfsvoering rekening te houden met de maatschappelijke behoeften en verwachtingen van de lokale, nationale en internationale omgeving.

Eindresultaten

In welke mate is de organisatie in staat haar financiële en operationele doelstellingen te realiseren.

Bijlage 5: Kwaliteitshandboek en procedures.

Binnen het Havenziekenhuis is een format van een kwaliteitshandboek aanwezig. Het handboek van de medische registratie is dan ook volgens dit format opgesteld. Het beleid van het Havenziekenhuis is nadrukkelijk dat het handboek geen procedureboek moet zijn. Als de procedures in het kwaliteitshandboek opgenomen zijn en een procedure verandert, moet het hele handboek worden aangepast. Het handboek is een naslagwerk waarin de grote lijnen van het beleid en de werkwijzen van de afdeling beschreven staan. In dit handboek wordt regelmatig verwezen naar de schriftelijke procedures van de afdeling die digitaal beschikbaar zijn. Als een procedure aangepast wordt heeft dit zo geen grote gevolgen voor de juistheid en de volledigheid van het kwaliteitshandboek.



Kwaliteitshandboek

Medische registratie

Inhoudsopgave

Inleiding.....	4
1. Algemeen	5
1.1 Lijst van definities	6
1.2 Lijst van afkortingen	6
1.3 Gebruiksaanwijzing	6
2. Kwaliteitsdoelstellingen	7
2.1 Kwaliteitsbeleid instelling.....	8
2.2 Kwaliteitsbeleid en –doelstellingen afdeling	8
2.3 Beoordeling door de leiding van de afdeling	8
3. Organisatie	9
3.1 Algemeen	10
3.2 Positie van de afdeling in de instelling	10
3.3 Organisatiestructuur afdeling	11
3.4 Functieomschrijvingen.....	11
3.5 Overlegvormen op de afdeling	11
3.6 Bevoegdheden bij overleg met andere disciplines	11
4. Leidinggevende(n) en medewerkers	12
4.1 Personeelsbeleid.....	13
4.2 Vervanging en bereikbaarheid	13
4.3 Werving en selectie van medewerkers.....	13
4.4 Evaluatie en beoordeling van het functioneren	14
4.5 Nadere informatie.....	14
5. Procesbeheersing	15
5.1 Beveiliging dossiers	16
5.2 Traject van aanvraag tot aflevering	16
5.3 Tijdsduur traject.....	16
5.4 Archiveringssysteem	16
5.5 Afstemming met diensten/afdelingen	16
5.6 Bekendheid met werkwijze en richtlijnen.....	16
5.7 Spoed aanvragen.....	16
5.8 Beheer opslagcapaciteit.....	17
5.9 Vernietigen van dossiers	17
5.10 Niet vinden van een dossiers.....	17
5.11 Koppelen van dossiers	17
5.12 Aanmaken nieuwe dossiers.....	17
5.13 Uitlenen en retour ontvangen van een dossier	17
5.14 Medisch coderen	17
5.15 Aanvragen van een dossier	18
5.16 Beschikbaarheid buiten kantooruren	18
5.17 Opzoeken en opbergen van dossiers	18
5.18 Nadere informatie	18

6. Middelen en materialen.....	19
6.1 Constructie	20
6.2 Verwerving	20
6.3 Ontvangst, opslag en uitgifte.....	20
6.4 Onderhoud en kalibratie	20
6.5 Nadere informatie.....	20
7. Kennis en vaardigheden.....	22
7. Opleidingsplan	23
8. Documentbeheersing.....	24
8.1 Voorschriften: algemeen	25
8.2 Het opstellen en autoriseren van voorschriften	25
8.3 Beheer en distributie van voorschriften	25
8.4 Het wijzigen van voorschriften.....	25
8.5 Vervallen voorschriften.....	26
8.6 Nadere informatie.....	26
9. Beoordeling van het eigen kwaliteitssysteem	27
9.1 Interne audits	28
9.2 Beoordeling door de leiding van de afdeling	28
9.3 Interne beoordeling	28
9.4 Externe beoordeling	28
9.5 Nadere informatie.....	28

Inleiding

De afdeling medische registratie heeft binnen het Havenziekenhuis drie functies:

- het registreren van de medische verrichtingen
- het archiveren van medische dossiers
- het beheren van het archief met medische dossiers

De afdeling is een afdeling die ondersteunend is aan zowel de zorgverlenende afdelingen als het bedrijfsbureau en de financiële administratie.

In het kader van het Masterplan Verbeterprogramma Medische registratie zijn een aantal projecten op het gebied van medische registratie uitgevoerd. Dit kwaliteitshandboek is opgesteld als onderdeel van een project met als einddoel een klantgerichte afdeling. Aangezien het ziekenhuis de intentie heeft te werken volgens de normen van de NIAZ accreditatie is dit kwaliteitshandboek opgesteld volgens de normen van de NIAZ accreditatie.

1. Algemeen

1.1 Lijst van definities

1.2 Lijst van afkortingen

1.3 Gebruiksaanwijzing

	Naam	Handtekening en datum
Opsteller	Ellen Matthee	
Inhoudelijke controle	Karen van Schoonhoven Yvonne Ramakers	
Autorisatie		
Verzendlijst		

1.1 Lijst van definities

Niaz accreditatie	een kwaliteitscertificaat dat het NIAZ afgeeft als de afdeling voldoet aan een aantal normen gesteld door het NIAZ.
Medisch coderen	het registreren van de verrichtingen binnen het ziekenhuis
Digitaal procedureboek	alle procedures van de afdeling staat in de novell applications weergegeven onder de naam procedureboek medische registratie

1.2 Lijst van afkortingen

SEH	Spoed eisende hulp
POP	Persoonlijk ontwikkelplan
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen

1.3 Gebruiksaanwijzing

Het kwaliteitshandboek van de medische registratie moet worden gezien als een schriftelijke weergave van de afdeling. In het handboek worden de grote lijnen van het beleid, de visie en de manier van werken etc. benoemd. Het WAT van de afdeling. Wie zijn we, waar staan we voor en wat doen we hier! In de paragrafen wordt beschreven wat de afdeling ermee doet en/of hoe ermee in de instelling wordt omgegaan als het gaat om instellingsbreed beleid. Het HOE, de manier waarop we handen en voeten geven aan onze visie, beleid en uitvoering van onze diensten, wordt beschreven in beleidsstukken, procedures, richtlijnen en werkvoorschriften. Daarnaast wordt verwezen in het handboek.

De opbouw van de hoofdstukken van het kwaliteitshandboek komen grotendeels overeen met de opbouw van de afdelingsgebonden NIAZ-norm.

In de bijlage wordt voornamelijk verwezen naar werkvoorschriften.

Ieder hoofdstuk wordt voorafgegaan door een titelblad.

Op de afdeling Medische registratie is een hard copy van het kwaliteitshandboek beschikbaar. In dit handboek staat het kwaliteitsbeleid van de afdeling beschreven. In dit handboek wordt regelmatig verwezen naar beleidsstukken of procedures. Deze beleidsstukken of procedures zijn digitaal beschikbaar. Deze zijn niet opgenomen in het kwaliteitshandboek om te voorkomen dat het kwaliteitshandboek snel veroudert. Het kwaliteitshandboek is ook digitaal beschikbaar.

Alleen de documenten die digitaal beschikbaar zijn, zijn geldig.

2. Kwaliteitsdoelstellingen

2.1 Kwaliteitsbeleid instelling

2.2 Kwaliteitsbeleid en –doelstellingen afdeling

2.3 Beoordeling door de leiding van de afdeling

	Naam	Handtekening en datum
Opsteller	Ellen Matthee	
Inhoudelijke controle	Karen van Schoonhoven Yvonne Ramakers	
Autorisatie		
Verzendlijst		

2.1 Kwaliteitsbeleid instelling

De kwaliteitsdoelstellingen van de instelling, waartoe de afdeling medische registratie behoort, zijn opgesteld door de directie en de stuurgroep kwaliteit en vastgelegd in het "Kwaliteitshandboek van het Havenziekenhuis".

2.2 Kwaliteitsbeleid en –doelstellingen afdeling

Het kwaliteitsbeleid van de afdeling is gericht op het realiseren van goede en betrouwbare dienstverlening en is bedoeld om aan de klanten inzichtelijk te maken dat zij vertrouwen mogen hebben in de betrouwbaarheid van onze dienstverlening. Het sluit aan op het kwaliteitsbeleid zoals door de directie van het Havenziekenhuis is voorgeschreven.

De doelstelling van dit kwaliteitshandboek is om de operationele technieken en activiteiten die noodzakelijk zijn voor het handhaven van de gewenste kwaliteit van het proces, zorg of dienst, te beheersen en op een niveau te brengen en te handhaven, zodat voldaan wordt aan de van toepassing zijnde NIAZ-norm. Voor de afdeling zijn een aantal aspecten uitgewerkt in procedures en instructies.

Het kwaliteitsbeleid voor de afdeling wordt jaarlijks door de leidinggevende van de afdeling uitgewerkt in een afdelingsactiviteitenplan.

De leidinggevende rapporteert aan het managementteam van het ziekenhuis over het functioneren van het kwaliteitssysteem.

Het kwaliteitsbeleid wordt ondersteund en uitgedragen door de leidinggevende van de afdeling en door het managementteam van het ziekenhuis en is bindend voor alle medewerkers van de afdeling.

2.3 Beoordeling door de leiding van de afdeling

De leidinggevende evalueert eenmaal per jaar het kwaliteitsbeleid van de afdeling. Toetsing vindt plaats door:

- Jaarlijkse evaluatie van activiteitenplannen
- Beoordeling van interne en externe audit resultaten
- meting van de klanttevredenheid
- beoordeling van klachten

De evaluatie wordt gebruikt bij het vaststellen van het nieuwe beleid.

3. **Organisatie**

3.1 Algemeen

3.2 Positie van de afdeling in de instelling

3.3 Organisatiestructuur afdeling

3.4 Functieomschrijvingen

3.5 Overlegvormen op de afdeling

3.6 Bevoegdheden bij overleg met andere disciplines

	Naam	Handtekening en datum
Opsteller	Ellen Matthee	
Inhoudelijke controle	Karen van Schoonhoven Yvonne Ramakers	
Autorisatie		
Verzendlijst		

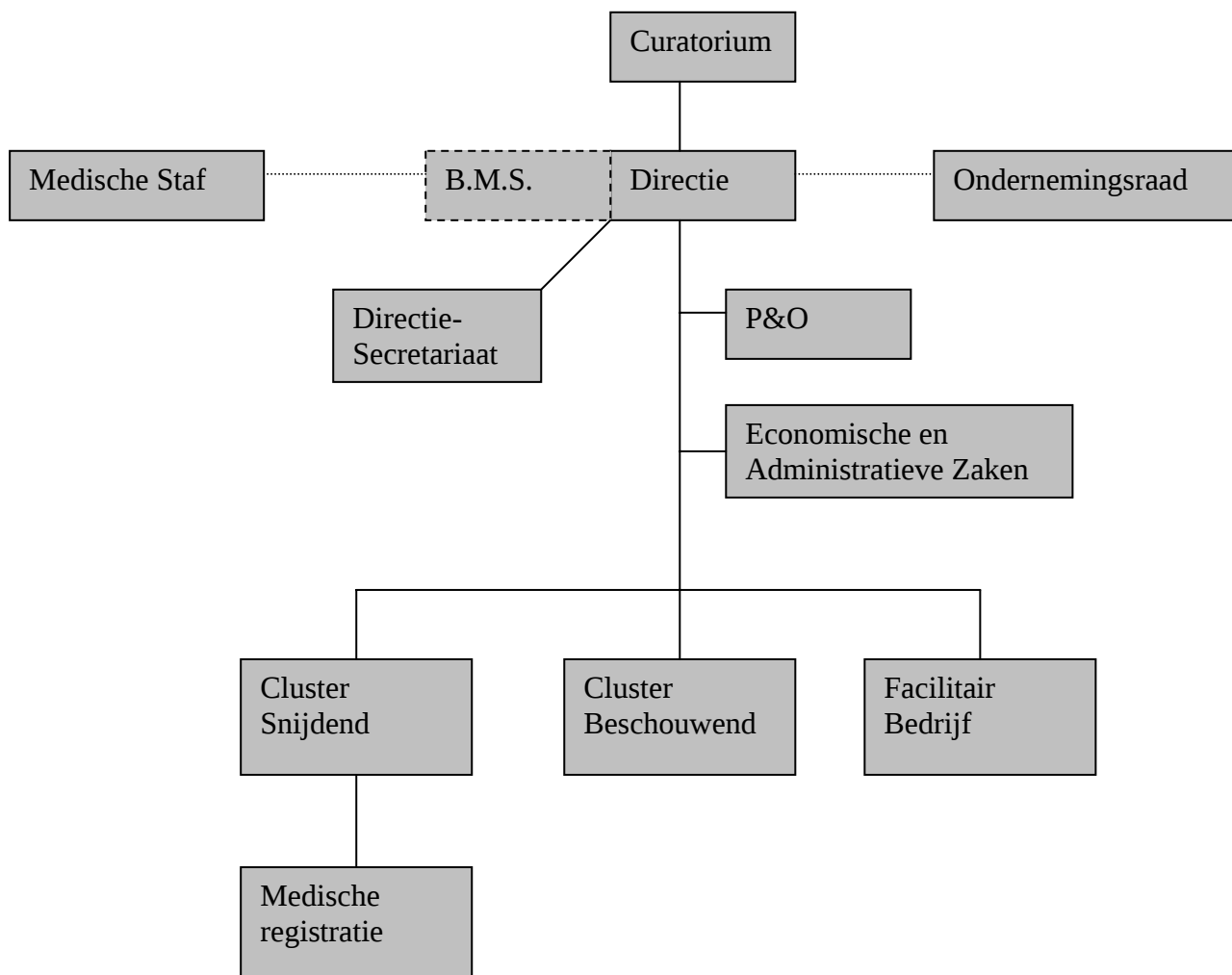
3.1 Algemeen

De afdeling medische registratie is gevestigd:

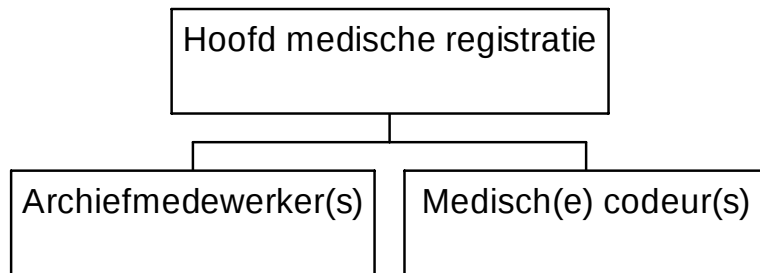
Havenziekenhuis Rotterdam
Haringvliet 2
3011 TD Rotterdam

Locatie: 5^e etage
Telefoon: 010-4043528
Piepernummer: 158

3.2 Positie van de afdeling in de instelling



3.3 Organisatiestructuur afdeling



3.4 Functieomschrijvingen

Van de volgende functies zijn taken en verantwoordelijkheden binnen de afdeling omschreven in een functieomschrijving.

- Archiefmedewerker
- Medisch codeur.

De functieomschrijvingen worden beheerd door de afdeling P&O en zijn aldaar op te vragen.

3.5 Overlegvormen op de afdeling

Binnen de afdeling wordt gestructureerd overleg gevoerd. Deze overlegstructuur staat beschreven in de procedure [medr05001 structurele overlegstructuren](#) en is terug te vinden in het digitale procedureboek.

Overlegvorm	Tijd/dag	Frequentie	Betrokkenen	verslagvorm
teamvergadering	Donderdag	Om de week	Alle medewerkers	notulen

3.6 Bevoegdheden bij overleg met andere disciplines

De afdeling medische registratie is niet betrokken bij structureel overleg met andere disciplines. Het hoofd medische registratie is verantwoordelijk voor de afdeling en heeft hiervoor de beschikking over een budget. Het hoofd medische registratie is dan ook bevoegd om afspraken te maken met andere disciplines over de werkprocessen. Ook financiële beslissingen binnen het budget van de afdeling kunnen gemaakt worden door het hoofd medische registratie.

4. Leidinggevende(n) en medewerkers

4.1 Personeelsbeleid

4.2 Vervanging en bereikbaarheid

4.3 Werving en selectie van medewerkers

4.4 Evaluatie en beoordeling van het functioneren

4.5 Nadere informatie

	Naam	Handtekening en datum
Opsteller	Ellen Matthee	
Inhoudelijke controle	Karen van Schoonhoven Yvonne Ramakers	
Autorisatie		
Verzendlijst		

4.1 Personeelsbeleid

Dit personeelsbeleid is een aanvulling op het personeelsbeleid van het Havenziekenhuis. In dit personeelsbeleid worden enkel afdelingsspecifieke aanvullingen op het personeelsbeleid weergegeven. Het ziekenhuisbrede personeelsbeleid is op te vragen bij de afdeling P&O.

De functie- en taakomschrijving worden onderhouden door de afdeling P&O en bevatten de volgende informatie:

- kern/doel van de functie
- plaats in de organisatie
- taken/verantwoordelijkheden
- uitwerking in activiteiten
- 9 gezichtpunten

4.2 Vervanging en bereikbaarheid

De afdeling medische registratie is geopend op maandag tot en met vrijdag van 08.30 tot 17.00 uur. Van 12.30 tot 13.30 uur is de afdeling alleen bereikbaar voor spoedgevallen.

Tijdens de openingsuren van de afdeling is er volgens het standaardrooster minimaal één archiefmedewerker en één codeur aanwezig. Indien de archiefmedewerker afwezig is neemt de codeur de archiefwerkzaamheden over zodat de dienstverlening intact blijft.

Om de aanwezigheid van voldoende medewerkers te waarborgen, dient verlof opgenomen te worden in overleg met het hoofd medische registratie en kunnen verlofaanvragen niet samenvallen of elkaar overlappen.

De exacte werktijden van de medewerkers worden in overleg met het hoofd medische registratie vastgesteld en vastgelegd in de notulen van het structurele overleg.

4.3 Werving en selectie van medewerkers

Werving en selectie van medewerkers wordt uitgevoerd door het hoofd medische registratie in samenwerking met de afdeling P&O. In geval van een vacature wordt hiervan een melding opgesteld. Na sluitingsdatum van deze melding worden alle reacties door het hoofd medische registratie en een medewerker van de afdeling P&O bekeken. Een vacature wordt ingevuld door een persoon met een opleiding en kwalificaties die in overeenstemming zijn met de functie-eisen. Functie- en taakomschrijvingen zijn volgens het FWG-systeem bij de afdeling P&O vastgelegd en aldaar op te vragen. Tevens wordt er gekeken of de kandidaat een goede aanvulling is op het huidige team. De selectiegesprekken worden gevoerd door het hoofd medische registratie en een medewerker van P&O.

Inwerken

Voor iedere nieuwe medewerker wordt een persoonlijk inwerkprogramma opgesteld afhankelijk van kennis en ervaring. Dit gebeurt in overleg met de nieuwe medewerker, het hoofd medische registratie en de medewerkers van de medische registratie.

4.4 Evaluatie en beoordeling van het functioneren

Alle medewerkers hebben ieder halfjaar een evaluatie gesprek. Dit gesprek wordt gevoerd door het hoofd medische registratie en eventueel een medewerker van P&O. De doelstelling van deze gesprekken ligt om de beurt bij het Persoonlijk Ontwikkel Plan (POP) en beoordeling. Het hoofd medische registratie maakt een verslag van het gesprek. Dit verslag wordt opgenomen in het personeelsdossier van de medewerker. Tevens wordt een kopie van het verslag overhandigd aan de desbetreffende medewerker

4.5 Nadere informatie

Beëindigen dienstverband

Bij beëindigen van het dienstverband worden de bepalingen zoals gesteld in de CAO ziekenhuizen nageleefd.

5 Procesbeheersing

- 5.1 Beveiliging dossiers
- 5.2 Traject van aanvraag tot aflevering
- 5.3 Tijdsduur traject
- 5.4 Archiveringssysteem
- 5.5 Afstemming met diensten/afdelingen
- 5.6 Bekendheid met werkwijze en richtlijnen
- 5.7 Spoed aanvragen
- 5.8 Beheer opslagcapaciteit
- 5.9 Vernietigen van dossiers
- 5.10 Niet vinden van een dossier
- 5.11 Koppelen van dossiers
- 5.12 Aanmaken nieuwe dossiers
- 5.13 Uitlenen en retour ontvangen van een dossier
- 5.14 Medisch coderen
- 5.15 Aanvragen van een dossier
- 5.16 Beschikbaarheid buiten kantooruren
- 5.17 Opzoeken en opbergen van dossiers
- 5.18 Nadere informatie

	Naam	Handtekening en datum
Opsteller	Ellen Matthee	
Inhoudelijke controle	Karen van Schoonhoven Yvonne Ramakers	
Autorisatie		
Verzendlijst		

5.1 Beveiliging dossiers

De medische registratie is verantwoordelijk voor de beveiliging van de dossiers. De regels en werkwijze met betrekking tot deze beveiliging staan beschreven in de procedure [medr05012 beveiliging dossiers](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

5.2 Traject van aanvraag tot aflevering

Het traject van aanvraag tot aflevering van een dossier staat beschreven in de procedure [medr05010 aanvragen van een dossier](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

5.3 Tijdsduur traject

De tijdsduur van het traject besproken in paragraaf 5.3 staat beschreven in de procedure [medr05010 aanvragen van een dossier](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

5.4 Archiveringssysteem

Het archiveringssysteem binnen het Havenziekenhuis staat beschreven in de procedure [medr05002 archiveringssysteem](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

5.5 Afstemming met diensten/afdelingen

De procedures met betrekking tot de afstemming met de andere betrokken diensten en afdelingen staan beschreven in de procedure [medr05013 afstemming met diensten/afdelingen](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

5.6 Bekendheid met werkwijze en richtlijnen

Het hoofd medische registratie is verantwoordelijk voor de verspreiding van de informatie over werkwijzen en procedures van de medische registratie naar de medisch specialisten. De medisch specialisten hebben via het digitale procedureboek toegang tot procedures met betrekking tot medische registratie en archiefbeheer die relevant zijn voor hun functie.

5.7 Spoed aanvragen

De werkwijze met betrekking tot spoed aanvragen staat beschreven in de procedure [medr05003 spoedaanvraag dossier](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

5.8 Beheer opslagcapaciteit

De werkwijze met betrekking tot het beheer van de opslagcapaciteit staat beschreven in de procedure [medr05004 vernietigen van dossiers](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

5.9 Vernietigen van dossiers

De procedures met betrekking tot het vernietigen van dossiers staat beschreven in de procedure [medr05004 vernietigen van dossiers](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

5.10 Niet vinden van een dossier

De handelswijze wanneer een dossier niet terug gevonden kan worden in het archief staat beschreven in de procedure [medr05005 niet vinden van een dossier](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

5.11 Koppelen van dossiers

De werkwijze met betrekking tot het koppelen of samenvoegen van dossiers staat beschreven in de procedure [medr05006 samenvoegen van dossiers](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

5.12 Aanmaken nieuwe dossiers

De werkwijze met betrekking tot het aanmaken van nieuwe dossiers ligt vastgelegd in de procedure [medr05007 aanmaken van dossiers](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

5.13 Uitlenen en retour ontvangen van een dossier

De handelswijze met betrekking tot het uitlenen en retour ontvangen van dossiers staat omschreven in de procedure [medr05009 uitlenen en retour ontvangen van dossiers](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

5.14 Medisch coderen

De werkwijze met betrekking tot het registreren van medische verrichtingen staat beschreven in de procedure [medr05009 medisch coderen](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

5.15 Aanvragen van een dossier

De handelswijze met betrekking tot het aanvragen van een dossier staat beschreven in de procedure [medr05010 aanvragen van een dossier](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

5.16 Beschikbaarheid buiten kantooruren

De mogelijkheden en werkwijze met betrekking tot de beschikbaarheid van dossiers buiten reguliere werktijden staan omschreven in de procedure [medr05011 aanvragen dossier buiten reguliere werktijden](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

5.17 Opzoeken en opbergen van dossiers

De werkwijze met betrekking tot het opzoeken en opbergen van dossiers en de werkwijze met betrekking tot het opschonen van dossiers staan beschreven in de procedure medr05002 archiveringssysteem. Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

De werkwijze met betrekking tot het controleren van dossiers op fouten en defecten staat beschreven in de procedure [medr05008 uitlenen en retour ontvangen van dossiers](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

5.18 Nadere informatie

Binnen het Havenziekenhuis wordt gebruikt gemaakt van een aantal ruimtes om dossiers in op te slaan. De meest recente dossiers liggen opgeslagen in het archief op de 5^e etage. Minder recente dossiers en dossiers van overleden patiënten liggen opgeslagen in de kelder voor zover de ruimte dit toelaat. Andere dossiers die niet in de kelder geplaatst kunnen worden en binnen de bewaartermijn vallen worden in een extern archief opgeslagen. Indien dossiers uit dit externe archief opgevraagd worden, vraagt de afdeling medische registratie deze aan bij het externe archief. De procedure van deze aanvraag staat beschreven in [medr05018 aanvragen dossiers bij extern archief](#). Deze procedure is na te lezen in het digitale procedureboek.

6. Middelen en materialen

6.1 Constructie

6.2 Verwerving

6.3 Ontvangst, opslag en uitgifte

6.4 Onderhoud en kalibratie

6.5 Nadere informatie

	Naam	Handtekening en datum
Opsteller	Ellen Matthee	
Inhoudelijke controle	Karen van Schoonhoven Yvonne Ramakers	
Autorisatie		
Verzendlijst		

6.1 Constructie

De afdeling medische registratie is gevestigd in het hoofdgebouw van het Havenziekenhuis. De medewerkers van de medische registratie zijn werkzaam in kamer 5.539 op de 5^e etage van het ziekenhuis. Op de 5^e etage in kamer 5.538 bevindt zich een deel van het archief. In deze ruimte worden de meest recente dossiers bewaard en beheerd. In de kelder van het ziekenhuis bevindt zich nog een medisch archief. In dit archief worden de minder relevante dossiers bewaard. De minst relevante dossiers worden voor zover er hiervoor geen plaats is in de kelder opgeslagen in een extern archief.

De bewegwijzering naar de afdeling medische registratie staat weergegeven op de gangen van de 5^e etage. Elders in het ziekenhuis is geen bewegwijzering naar de medische registratie aanwezig. Aangezien de patiënten geen direct contact hebben met de medische registratie is dit gebrek aan bewegwijzering een bewuste keuze.

Binnen de archieven wordt er gebruik gemaakt van zowel stellingkasten waar de archieven door middel van een hangstelsel in zijn geplaatst als verplaatsbare ruimtebesparende archiefkasten. In deze kasten worden de dossiers voornamelijk opgeslagen in dozen. Op de afdeling medische registratie zijn drie bureaus met computerapparatuur aanwezig.

6.2 Verwerving

Het hoofd medische registratie is verantwoordelijk voor de verwerving van middelen en materialen. De uitvoering van de taken kan door het hoofd medische registratie gedelegeerd worden aan een medewerker van de medische registratie. De procedures met betrekking tot middelen en materialen staan beschreven in de procedure medr05014 middelen en materialen. Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek. Het inkoopbeleid van het Havenziekenhuis staat tevens beschreven in het "Inkoopbeleid" wat opgevraagd kan worden bij de afdeling inkoop.

6.3 Ontvangst, opslag en uitgifte

De afdeling medische registratie heeft niet op grote schaal te maken met de ontvangst, opslag en uitgifte van goederen. De ontvangst, opslag en uitgifte van goederen wordt verzorgd door de medewerkers van de medische registratie. De medewerker die op het moment van ontvangst aanwezig is neemt de goederen in ontvangst en slaat deze op. In het geval van uitgifte van goederen draagt de medewerker die op het moment van uitgifte aanwezig is zorg voor de uitgifte van goederen.

6.4 Onderhoud en kalibratie

De afdeling medische registratie maakt op kleine schaal gebruik van apparatuur. Het betreft hier alleen computerapparatuur. De verantwoordelijkheid voor het onderhoud ligt bij het hoofd medische registratie en wordt verzorgd door de technische dienst en/of de afdeling automatisering van het ziekenhuis. De werkwijze met betrekking tot het onderhoud van apparatuur staan beschreven in de procedure [medr05014 middelen en materialen](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek

6.5 Nadere informatie

Aangezien er weinig gebruik gemaakt wordt van apparatuur is de kans op storingen op de afdeling medische registratie gering. De handelwijze bij een storing staat weergegeven in de procedure [medr05017 storingen](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek

7 Kennis en vaardigheden

7.1 Opleidingsplan

	Naam	Handtekening en datum
Opsteller	Ellen Matthee	
Inhoudelijke controle	Karen van Schoonhoven Yvonne Ramakers	
Autorisatie		
Verzendlijst		

7.1 Opleidingsplan

Opleiding

De afdeling medische registratie heeft geen afdelingsbreed opleidingsplan. Alle medewerkers werkzaam op de afdeling voldoen aan de opleidingseisen zoals gesteld in de functieomschrijving.

Wel bestaat er de mogelijkheid tot bij- en nascholing. Binnen de afdeling bestaan geen vastgestelde bij- of nascholingsprogramma's. Het initiatief hierin gaat uit van de medewerkers. De medewerkers kunnen het voorstel tot bij- of nascholing voorleggen aan het hoofd medische registratie. Deze zal dan een beslissing nemen over de mogelijkheden van deze scholing. Hierbij wordt rekening gehouden met factoren als: relevantie voor de functie, het opleidingsbudget, de behoefte aan scholing van de medewerker en de afdeling en de inhoud en vorm van scholing. Na toestemming van het hoofd medische registratie te hebben gekregen kan de medewerker zich aanmelden voor de scholing.

De afspraken met betrekking tot scholing gemaakt met individuele medewerkers staan weergegeven in de persoonlijke ontwikkelplannen van deze medewerkers.

Verslaglegging

Na afronding van de bijscholing koppelt de medewerker de ervaringen opgedaan in de scholing terug naar het hoofd medische registratie. Afhankelijk van de opleiding en de situatie kan deze terugkoppeling zowel mondeling als schriftelijk plaatsvinden.

Vakliteratuur

Ook aanvragen met betrekking tot de aanschaf van vakliteratuur kunnen ingediend worden bij het hoofd medische registratie. Voorwaarde hierbij is wel dat de vakliteratuur beschikbaar is voor alle medewerkers van de medische registratie en dan ook ten allen tijde aanwezig is op de afdeling medische registratie.

8. Documentbeheersing

8.1 Voorschriften: algemeen

8.2 Het opstellen en autoriseren van voorschriften

8.3 Beheer en distributie van voorschriften

8.4 Het wijzigen van voorschriften

8.5 Vervallen voorschriften

8.6 Nadere informatie

	Naam	Handtekening en datum
Opsteller	Ellen Matthee	
Inhoudelijke controle	Karen van Schoonhoven Yvonne Ramakers	
Autorisatie		
Verzendlijst		

8.1 Voorschriften: algemeen

Over het algemeen liggen de afspraken die gelden voor het Centraal Medische archief waarbij andere disciplines betrokken zijn vast in procedures. Interne afspraken liggen meestal niet vast in procedures.

Op dit beleid zijn enkele uitzonderingen mogelijk. Deze kunnen voortkomen uit ervaringen, de eisen van NIAZ accreditatie of wettelijke eisen.

Het hoofd medische registratie is verantwoordelijk voor het beheer van de procedures en voorschriften. Ook is het hoofd medische registratie verantwoordelijk voor de borging van het kwaliteitssysteem. Meer informatie over de borging van het kwaliteitssysteem is te vinden in hoofdstuk 9 en in het ziekenhuisbrede kwaliteitsbeleid wat is op te vragen bij de kwaliteitsmedewerker.

8.2 Het opstellen en autoriseren van voorschriften

Het hoofd medische registratie is bevoegd om voor de afdeling medische registratie procedures op te stellen en te autoriseren. Deze procedures worden besproken in het werkoverleg binnen de medische registratie en worden eventueel voorgelegd aan andere afdelingen/diensten. Deze betrokkenen kunnen input geven over de procedures. Deze opmerkingen worden meegewogen door het hoofd medische registratie bij het opstellen van de definitieve procedures.

Nieuwe of veranderende procedures worden altijd voorgelegd binnen het werkoverleg van de medische registratie, indien de gevolgen van de verandering groot zijn voor andere afdelingen en/of diensten overlegt het hoofd medische registratie ook met deze betrokkenen. De eventuele noodzaak tot overleg wordt bepaald door het hoofd medische registratie.

8.3 Beheer en distributie van voorschriften

Alle procedures met betrekking tot medische registratie zijn beschikbaar voor alle betrokkenen. De procedures zijn evenals het handboek digitaal beschikbaar.

Het hoofd medische registratie is verantwoordelijk voor het beheer van de procedures. Ook verzorgt het hoofd medische registratie de voorlichting over procedures en eventuele wijzigingen hierin.

8.4 Het wijzigen van voorschriften

Het hoofd medische registratie is verantwoordelijk en bevoegd voor het opstellen, wijzigen en actualiseren van documenten. Indien nieuwe documenten aangemaakt zijn of bestaande documenten geactualiseerd brengt het hoofd medische registratie de betrokkenen hiervan op de hoogte.

Als een document geactualiseerd is, verwijdert het hoofd medische registratie direct de verouderde documenten. Zo hebben alle betrokkenen altijd alleen de beschikking over actuele documenten.

8.5 Vervallen voorschriften

Het hoofd medische registratie is ervoor verantwoordelijk dat alleen actuele procedures beschikbaar zijn. De vervallen procedures worden door het hoofd medische registratie verwijderd van het digitale netwerk en vernietigd. Indien een procedure vervalt is het hoofd medische registratie verantwoordelijk voor de communicatie hierover naar alle betrokkenen.

8.6 Nadere informatie

Naast de procedures en het kwaliteitshandboek is ook de wettelijke eis, de wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, beschikbaar voor de medewerkers. Deze informatie is terug te vinden in het digitale procedureboek onder de naam [medr05016 wet geneeskundige behandelovereenkomst](#).

9 Beoordeling van het eigen kwaliteitssysteem

9.1 Interne audits

9.2 Beoordeling door de leiding van de afdeling

9.3 Interne beoordeling

9.4 Externe beoordeling

9.5 Nadere informatie

	Naam	Handtekening en datum
Opsteller	Ellen Matthee	
Inhoudelijke controle	Karen van Schoonhoven Yvonne Ramakers	
Autorisatie		
Verzendlijst		

9.1 Interne audits

Interne audits worden periodiek uitgevoerd binnen het ziekenhuis. Meer informatie over interne audits is terug te vinden in het ziekenhuisbrede kwaliteitsbeleid. Dit beleid is op te vragen bij de kwaliteitsmedewerker.

9.2 Beoordeling door de leiding van de afdeling

Het hoofd medische registratie beoordeelt de afdeling tweemaal per jaar. In deze beoordeling worden de resultaten van de interne audit, de klachten binnen gekomen via de klachtenprocedure en de resultaten van het klanttevredenheidsonderzoek meegenomen. Het kwaliteitshandboek en de procedures worden geëvalueerd en zonodig aangepast.

9.3 Interne beoordeling

Jaarlijks wordt er een intern klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Het ziekenhuis voert een patiënttevredenheidsonderzoek uit. Het hoofd medische registratie voert een klanttevredenheidsonderzoek uit onder de klanten van de medische registratie. Interne klanten van de medische registratie kunnen gebruik maken van de klachtenprocedure om eventuele klachten kenbaar te maken. Deze procedure staat omschreven in [medr05015 klachtenprocedure](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

9.4 Externe beoordeling

Jaarlijks wordt er een extern klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Het hoofd medische registratie voert een klanttevredenheidsonderzoek uit onder de klanten van de medische registratie.

Externe klanten van de medische registratie kunnen gebruik maken van de klachtenprocedure om eventuele klachten kenbaar te maken. Deze procedure staat omschreven in [medr05015 klachtenprocedure](#). Deze procedure is terug te vinden in het digitale procedureboek.

9.5 Nadere informatie

De beoordeling van het kwaliteitssysteem wordt voor een deel ziekenhuisbreed uitgevoerd. Informatie hierover is op te vragen bij de kwaliteitsmedewerker.

Document ID	Medr05001
Titel	Structurele overlegstructuren
Versie	1.0
Status	Definitief

Procedure structureel overleg.

Inleiding

Om de werkzaamheden van de verschillende medewerkers op elkaar af te stemmen en om afspraken te maken is het belangrijk dat de medewerkers van de afdeling medische registratie regelmatig met elkaar overleggen.

Doelstelling

De doelstelling van deze procedure is het vastleggen van het tijdstip en de inhoud van het structureel overleg binnen de afdeling medische registratie.

Uitvoering door

Alle medewerkers medische registratie.

Werkwijze

Om de week vindt er op donderdagmiddag om 14.00 uur overleg plaats binnen de afdeling. Bij dit overleg zijn alle medewerkers afwezig.

Het overleg wordt voorgezeten door het Hoofd medische registratie. Dit hoofd is tevens verantwoordelijk voor de uitwerking van de notulen.

Bij dit overleg wordt er gebruik gemaakt van een standaard agenda. De medewerkers kunnen eventuele bespreekpunten aangeven bij het hoofd medische registratie uiterlijk de dinsdag voor het overleg.

- opening
- vaststellen agenda
- bespreken notulen vorig overleg
- bespreekpunten
- besluitenlijst
- bespreekpunten hoofd medische registratie
- mededelingen
- wat verder ter tafel komt
- rondvraag
- sluiting

De notulen van het overleg zijn uiterlijk drie werkdagen na het overleg beschikbaar voor alle medewerkers.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		Mei 2005
Wijzigingsdatum		
Controledatum		November 2005
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:	Geen	

Document ID	Medr05002
Titel	Archiveringssysteem
Versie	1.0
Status	Definitief

Procedure archiveringssysteem

Inleiding

Er bestaan verschillende archiveringssystemen. Om er voor te zorgen dat het voor iedereen duidelijk is welk systeem gebruikt wordt, ligt dat vast in deze procedure.

Doelstelling

Vastleggen welk archiveringssysteem gebruikt wordt zodat dit voor alle betrokkenen duidelijk is.

Uitvoering door

Archiefmedewerker

Werkwijze

In het Havenziekenhuis wordt voornamelijk gewerkt met een papieren patiëntendossier.

Voordat een dossier wordt opgeborgen in het archief wordt het opgeschoond door de archiefmedewerker. Alle gegevens die elders bewaard worden (apothek lijsten bij de apotheek en labuitslagen in X-care) worden verwijderd uit de dossiers en vernietigd. Verpleegverslagen worden ook verwijderd uit de dossiers en worden vervolgens opgeslagen in dozen.

Deze dossiers worden opgeborgen in het archief. Hierbij wordt gearhiveerd per behandeljaar. Binnen de behandeljaren wordt er geregistreerd op de geboortedatum van de patiënt.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		Mei 2005
Wijzigingsdatum		
Controledatum		November 2005
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		Geen

Document ID	Medr05003
Titel	Spoedaanvraag klinisch dossier
Versie	1.0
Status	Definitief

Procedure bij een spoedaanvraag van een klinisch dossier.

Inleiding

Wanneer een polikliniek, verpleegafdeling of andere afdeling een klinisch dossier met spoed nodig heeft, vragen ze dit aan bij de afdeling medische registratie. Deze procedure beschrijft alle stappen van aanvraag tot aflevering.

Doelstelling

De doelstelling van deze procedure is het duidelijk in kaart brengen welke stappen doorlopen dienen te worden wanneer een klinisch dossier met spoed wordt aangevraagd bij de medische registratie.

Uitvoering door

Archiefmedewerker van de medische registratie

Werkwijze

Een spoedaanvraag kan op verschillende manieren gedaan worden, per telefoon, per mail of persoonlijk.

De archiefmedewerker zoekt zo snel mogelijk de aangevraagde dossiers op in het klinisch archief. De aangevraagde dossiers worden geregistreerd op een lijst in het archief en in een Excel bestand. Geregistreerd worden de naam van de patiënt, de geboortedatum, de aanvragende afdeling of polikliniek en de datum van aanvraag.

Zodra het dossier gevonden is en de gegevens geregistreerd zijn brengt de archiefmedewerker het dossier naar de aanvragende afdeling.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		Mei 2005
Wijzigingsdatum		
Controledatum		November 2005
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		Geen

Document ID	Medr05004
Titel	Vernietigen van dossiers
Versie	1.0
Status	Definitief

Het vernietigen van dossiers.

Inleiding

Wettelijk is er een bepaalde termijn vastgesteld dat een dossier bewaard moet worden na afronding van de behandeling. Na deze bewaartermijn mag het dossier vernietigd worden. Door de dossiers waarvan de bewaartermijn verstreken is te vernietigen komt schaarse opslagruimte vrij en blijft het archief overzichtelijk.

Doelstelling

Het doel van deze procedure is om vast te stellen wie er na het verstrijken van welke termijn verantwoordelijk is voor de vernietiging van dossiers.

Uitvoering door

Archiefmedewerker medische registratie

Werkwijze

De bewaartermijn die gehanteerd wordt binnen het Havenziekenhuis is 15 jaar.

In het eerste kwartaal van ieder kalenderjaar bekijkt de medewerker welke dossiers buiten de bewaartermijn vallen.

De medewerker haalt deze dossiers uit het archief in het ziekenhuis en vernietigt deze (klinisch en poliklinisch).

Het vernietigen van de dossiers gebeurt door de dossiers in de papierbakken te plaatsen die bestemd zijn voor vertrouwelijke informatie.

De medewerker neemt contact op met het externe archief om ook de dossiers daar opgeslagen, waarvan de bewaartermijn is verstreken, te vernietigen.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		Mei 2005
Wijzigingsdatum		
Controledatum		November 2005
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		Geen

Document ID	Medr05005
Titel	Niet vinden van een dossier
Versie	1.0
Status	Definitief

Procedure bij het niet vinden van een dossier.

Inleiding

Ook al wordt er alles aan gedaan om de dossiers zo te archiveren dat ze altijd teruggevonden kunnen worden, het kan soms gebeuren dat een dossier niet direct teruggevonden wordt.

Doelstelling

Duidelijk vastleggen wat te doen bij het niet vinden van een dossier zodat de informatievastlegging geen gevaar loopt.

Uitvoering door

Medewerkers medische registratie en medewerkers poliklinieken en verpleegafdelingen.

Werkwijze

Als de archiefmedewerker een dossier niet kan vinden geeft deze dit aan het eind van de dag door aan de aanvrager.

De aanvrager maakt een nieuw dossier aan zodat de informatievastlegging geen gevaar loopt. In dit nieuwe dossier wordt een aantekening gemaakt dat het oude dossier niet gevonden kan worden.

Indien de archiefmedewerker het dossier alsnog vind, brengt deze het dossier alsnog naar de aanvrager.

In dit geval werkt de aanvrager met twee dossiers.

Als beide dossiers retour ontvangen zijn op de medische registratie, voegt de medische codeur de dossiers samen volgens de richtlijnen in de procedure "samenvoegen van dossiers"

Indien het oude dossier niet teruggevonden wordt, wordt het nieuwe dossier na retourontvangst opgeborgen in het archief.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		Mei 2005
Wijzigingsdatum		
Controledatum		November 2005
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		Geen

Document ID	Medr05006
Titel	Samenvoegen van dossiers
Versie	1.0
Status	Definitief

Procedure voor het samenvoegen van een dossier.

Inleiding

Door verschillende oorzaken ontstaan er soms meerdere dossiers van één patiënt. Omdat dit het moeilijker maakt alle benodigde gegevens snel paraat te hebben moeten deze dossiers worden samengevoegd.

Doelstelling

De doelstelling van deze procedure is het vastleggen van de richtlijnen en bevoegdheden bij het samenvoegen van dossiers.

Uitvoering door

Medisch codeur van de medische registratie.

Werkwijze

Als bij de werkzaamheden van de medisch codeur blijkt dat een patiënt meerdere klinische dossiers heeft, voegt de medisch codeur bij het registreren van de verrichtingen deze dossiers samen.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		Mei 2005
Wijzigingsdatum		
Controledatum		November 2005
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		Geen

Document ID	Medr05007
Titel	Aanmaken van dossiers
Versie	1.0
Status	Definitief

Procedure voor het aanmaken van een nieuw dossier.

Inleiding

Om er voor te zorgen dat van iedere patiënt de juiste gegevens beschikbaar zijn moet er van iedere patiënt een dossier met medische gegevens aanwezig zijn. Deze procedure beschrijft hoe te handelen bij het aanmaken van een nieuw dossier.

Doelstelling

De doelstelling van deze procedure is het duidelijk in kaart brengen welke stappen ondernomen moeten worden om te zorgen dat iedere patiënt een dossier met medische gegevens heeft.

Uitvoering door

medewerkers behandelende afdeling.

Werkwijze

Als een nieuwe patiënt zich meldt of opgenomen wordt op een afdeling maakt de behandelende afdeling een nieuw dossier aan.

Een poliklinisch dossier bestaat uit een polikaart en een prismant formulier.

Een klinisch dossier bestaat uit een medische status, een verpleegkundig dossier en een prismant formulier.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		Mei 2005
Wijzigingsdatum		
Controledatum		November 2005
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		Geen

Document ID	Medr05008
Titel	Uitlenen en retour ontvangen van dossiers
Versie	1.0
Status	Definitief

Procedure voor het uitlenen en ontvangen van een dossier.

Inleiding

Aangezien er binnen het ziekenhuis veel dossiers aanwezig zijn is het van belang te registreren waar een dossier zich bevindt. Op deze manier is de informatie altijd beschikbaar als deze nodig is.

Doelstelling

De doelstelling van deze procedure is het duidelijk vastleggen van de eisen omtrent het uitlenen en retour ontvangen van dossiers.

Uitvoering door

Archiefmedewerker medische registratie.

Werkwijze

Als een dossier uitgeleend wordt registreert de archiefmedewerker in het archief op uitleenkaarten de naam van de patiënt, de geboortedatum, de afdeling of polikliniek waar het dossier naartoe gaat en de datum van aanvraag. Deze gegevens worden ook in Excel ingevoerd en opgeslagen.

Het dossier wordt door de archiefmedewerker persoonlijk naar de aanvragende afdeling gebracht.

Als de archiefmedewerker zijn/haar ronde loopt door het ziekenhuis om dossiers af te geven, kunnen alle afdelingen dossiers van uitbehandelde patiënten retour geven aan de archiefmedewerker.

Als een dossier retour ontvangen wordt van een afdeling, wordt dit geregistreerd in Excel. Het dossier gaat naar de medisch codeur. De codeur voegt dubbele dossiers samen en controleert de inhoud van het dossier. Indien de inhoud van het dossier niet volledig is, stuurt de codeur het dossier terug naar de afdeling. Als het dossier compleet is registreert de codeur de medische verrichtingen. Het dossier gaat vervolgens retour naar de archiefmedewerker. Deze schoont het dossier op en bergt het op in het archief.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		Mei 2005
Wijzigingsdatum		
Controledatum		November 2005
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		Geen

Document ID	Medr05009
Titel	Medisch coderen
Versie	1.0
Status	Definitief

Procedure medisch coderen

Inleiding

Alle verrichtingen, die binnen het ziekenhuis worden uitgevoerd, worden geregistreerd.

Doelstelling

Het duidelijk vastleggen van de werkzaamheden en verantwoordelijkheden met betrekking tot medische registratie.

Uitvoering door

Medisch codeur en medewerkers bedrijfsbureau.

Werkwijze

De medisch codeur verzamelt periodiek de registratie (Prismant) formulieren uit de dossiers en van de afdelingen.

De medisch codeur registreert deze verrichtingen in het computerprogramma Key View Plus.

Periodiek verstuurt de medisch codeur de gegevens naar Prismant voor een proefbeoordeling. De resultaten van deze proefbeoordeling worden verwerkt door de medisch codeur.

De definitieve verzending van de gegevens wordt periodiek verzorgd door de medewerkers van het bedrijfsbureau.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		Mei 2005
Wijzigingsdatum		
Controledatum		November 2005
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		Geen

Document ID	Medr05010
Titel	Aanvraag van een dossier
Versie	1.0
Status	Definitief

Procedure bij aanvraag van een klinisch dossier.

Inleiding

Wanneer een polikliniek, verpleegafdeling of andere afdeling een klinisch dossier nodig heeft, vragen ze dit aan bij de afdeling medische registratie. Deze procedure beschrijft alle stappen van aanvraag tot aflevering.

Doelstelling

De doelstelling van deze procedure is het duidelijk in kaart brengen welke stappen doorlopen dienen te worden wanneer een klinisch dossier wordt aangevraagd bij de medische registratie.

Uitvoering door

Archiefmedewerker van de afdeling medische registratie

Werkwijze

Een dossier kan op verschillende manieren aangevraagd worden. De afdeling medische registratie print iedere ochtend een lijst uit van geplande opnames. Iedere middag rond 14.00 uur ontvangt de medische registratie een lijst met opnames van het opnamebureau. Ook kunnen de afdelingen direct een aanvraag doen via de mail, de telefoon of persoonlijk.

De archief medewerker zoekt op de dag van aanvraag de aangevraagde dossiers op in het klinisch archief. De aangevraagde dossiers worden geregistreerd op een lijst in het archief en in een Excel bestand. Geregistreerd worden de naam van de patiënt, de geboortedatum, de aanvragende afdeling of polikliniek en de datum van aanvraag.

Aan het eind van de dag loopt de archiefmedewerker een ronde door het ziekenhuis waarbij alle aangevraagde dossiers afgeleverd worden. De dossiers zijn dus aan het eind van de dag waarop ze aangevraagd zijn aanwezig op de aanvragende afdeling.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		Mei 2005
Wijzigingsdatum		
Controledatum		November 2005
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		Geen

Document ID	Medr05011
Titel	Aanvragen dossier buiten reguliere werktijden
Versie	1.0
Status	Definitief

Procedure bij aanvraag van een klinisch dossier buiten de reguliere werktijden.

Inleiding

Wanneer een polikliniek, verpleegafdeling of andere afdeling een klinisch dossier nodig heeft is het ook buiten de reguliere openingstijden van de medische registratie van belang dat ze de beschikking hebben over de benodigde gegevens. Deze procedure beschrijft hoe te handelen in deze situatie.

Doelstelling

De doelstelling van deze procedure is het duidelijk in kaart brengen welke stappen doorlopen dienen te worden wanneer een klinisch dossier nodig is buiten de reguliere openingstijden van de medische registratie.

Uitvoering door

Medewerker van de afdeling die het dossier nodig heeft en de archiefmedewerker van de medische registratie.

Werkwijze

De medewerker die het dossier nodig heeft meldt zich bij de receptie. De medewerker vult op een lijst in: de naam van de patiënt, de geboortedatum, de aanvragende afdeling en zijn/haar eigen naam.

De receptie overhandigt de sleutel van het klinisch archief aan de medewerker.

De medewerker gaat naar het klinisch archief en zoekt het dossier op. De medewerker neemt het dossier mee. De medewerker geeft de sleutel van het klinisch archief af bij de receptie.

De medewerkers van de medische registratie registreren op de eerstvolgende werkdag de gegevens van de receptie in het Excel bestand en op de lijsten in het archief.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		Mei 2005
Wijzigingsdatum		
Controledatum		November 2005
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		Geen

Document ID	Medr05012
Titel	Beveiliging dossiers
Versie	1.0
Status	

Procedure beveiliging dossiers.

Inleiding

Een dossier bevat vertrouwelijke informatie. Het is daarom belangrijk dat iemand er zorg voor draagt dat onbevoegden geen informatie krijgen tot deze informatie.

Doelstelling

Het duidelijk vastleggen van de verantwoordelijkheden en werkwijzen met betrekking tot de beveiliging van dossiers

Uitvoering door

Medewerkers medische registratie.

Werkwijze

Opsteller		Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		
Wijzigingsdatum		
Controledatum		
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		

Document ID	Medr05013
Titel	Afstemming met diensten/afdelingen
Versie	1.0
Status	

Procedure afstemming met diensten / afdelingen.

Inleiding

Naast de afdeling medische registratie hebben veel andere diensten en afdelingen te maken met het medisch dossier. Om ervoor te zorgen dat iedereen in de organisatie dezelfde lijn volgt staan een aantal regels omschreven in deze procedure.

Doelstelling

Het duidelijk vastleggen van de afstemming tussen de verschillende diensten/afdelingen en de medische registratie met betrekking tot het dossier.

Uitvoering door

Alle medewerkers die in hun werk te maken krijgen met medische dossiers.

Werkwijze

Opsteller		Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		
Wijzigingsdatum		
Controledatum		
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		

Document ID	Medr05014
Titel	Middelen en materialen
Versie	1.0
Status	Definitief

Procedure materialen en middelen.

Inleiding

Iedere afdeling heeft te maken met materialen en middelen. Het is belangrijk om duidelijk voor ogen te hebben wie verantwoordelijk is voor de apparatuur, materialen en middelen.

Doelstelling

Het doel van deze procedure is vastleggen wie er verantwoordelijk is voor de middelen en de materialen op de afdeling.

Uitvoering door

Hoofd medische registratie

Werkwijze

Het hoofd medische registratie is verantwoordelijk voor het afdelingsbudget. Het hoofd medische registratie is dan ook bevoegd tot de aanschaf van middelen en materialen. In enkele situaties kan het hoofd medische registratie de bevoegdheid delegeren naar medewerkers van de medische registratie. Deze afspraken kunnen zowel schriftelijk als mondeling worden gemaakt.

Het hoofd medische registratie is ook verantwoordelijk voor het onderhoud aan de apparatuur. Aangezien er op de medische registratie alleen met computers en communicatieapparatuur (telefoon en fax) gewerkt wordt, ligt het onderhoud bij de technische dienst van het ziekenhuis.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		Mei 2005
Wijzigingsdatum		
Controledatum		November 2005
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		Geen

Document ID	Medr05015
Titel	Klachtenprocedure
Versie	1.0
Status	Definitief

Klachten Procedure.

Inleiding

Overal waar mensen werken, kunnen fouten gemaakt worden. Op het moment dat er over deze fouten een klacht ingediend wordt, moet dit gezien worden als een kans. Een klacht geeft weer wat er speelt in de organisatie en geeft de afdeling de kans om het in de toekomst nog beter te doen.

Doelstelling

De doelstelling van procedure is het duidelijk vastleggen van de route die moet worden doorlopen bij een klacht zodat de klacht omgezet kan worden in een positief leermoment.

Uitvoering door

Hoofd medische registratie

Werkwijze

Klanten van de medische registratie kunnen op verschillende manieren een klacht indienen. Dit kan door middel van een officiële brief, een mail een telefoongesprek of persoonlijk.

Het hoofd medische registratie verzamelt deze klachten. Iedere klacht wordt door het hoofd medische registratie onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt of er sprake was van een eenmalige fout of dat er sprake is van een structurele fout. In het geval van een structurele fout worden de betreffende procedures geëvalueerd en eventueel aangepast. Bij een individuele fout wordt de betreffende medewerker aangesproken op de fout.

Het hoofd medische registratie registreert alle binnengekomen klachten. Op deze manier kan een eventueel verband, of een veelvoorkomende klacht zichtbaar worden en adequaat worden opgelost.

Het hoofd medische registratie koppelt de genomen actie altijd terug naar de persoon die de klacht heeft ingediend.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		Mei 2005
Wijzigingsdatum		
Controledatum		November 2005
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		Geen

Document ID	Medr05016
Titel	Wet geneeskundige behandelings-overeenkomst
Versie	1.0
Status	Definitief

Wet Geneeskundige behandelingsovereenkomst.

Dutch Medical Treatment Act 1994

Burgerlijk Wetboek

Boek 7. Bijzondere overeenkomsten

Titel 7. Opdracht

Afdeling 5. De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling

Artikel 446

1. De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling - in deze afdeling verder aangeduid als de behandelingsovereenkomst - is de overeenkomst waarbij een natuurlijke persoon of een rechtspersoon, de hulpverlener, zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf tegenover een ander, de opdrachtgever, verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbende op de persoon van de opdrachtgever of van een bepaalde derde. Degene op wiens persoon de handelingen rechtstreeks betrekking hebben wordt verder aangeduid als de patiënt.

2. Onder handelingen op het gebied van de geneeskunst worden verstaan:

a. alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel deze verloskundige bijstand te verlenen;

b. andere dan de onder a bedoelde handelingen, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon, die worden verricht door een arts of tandarts in die hoedanigheid.

3. Tot de handelingen, bedoeld in lid 1, worden mede gerekend het in het kader daarvan verplegen en verzorgen van de patiënt en het overigens rechtstreeks ten behoeve van de patiënt voorzien in de materiële omstandigheden waaronder die handelingen kunnen worden verricht.

4. Onder handelingen als bedoeld in lid 1 zijn niet begrepen handelingen op het gebied van de artsenijsbereidkunst in de zin van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, indien deze worden verricht door een gevestigde apotheker in de zin van die wet.

5. Geen behandelingsovereenkomst is aanwezig, indien het betreft handelingen

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		
Wijzigingsdatum		
Controledatum		
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		

Document ID	Medr05016
Titel	Wet geneeskundige behandelings-overeenkomst
Versie	1.0
Status	Definitief

ter beoordeling van de gezondheidstoestand of medische begeleiding van een persoon, verricht in opdracht van een ander dan die persoon in verband met de vaststelling van aanspraken of verplichtingen, de toelating tot een verzekering of voorziening, of de beoordeling van de geschiktheid voor een opleiding, een arbeidsverhouding of de uitvoering van bepaalde werkzaamheden.

Artikel 447

1. Een minderjarige die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, is bekwaam tot het aangaan van een behandelingsovereenkomst ten behoeve van zichzelf, alsmede tot het verrichten van rechtshandelingen die met de overeenkomst onmiddellijk verband houden.
2. De minderjarige is aansprakelijk voor de daaruit voortvloeiende verbintenissen, onverminderd de verplichting van zijn ouders tot voorziening in de kosten van verzorging en opvoeding.

Artikel 448

1. De hulpverlener licht de patiënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk in over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. De hulpverlener licht een patiënt die de leeftijd van twaalf jaren nog niet heeft bereikt op zodanige wijze in als past bij zijn bevattingsvermogen.
2. Bij het uitvoeren van de in lid 1 neergelegde verplichting laat de hulpverlener zich leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze dient te weten ten aanzien van:
 - a. de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen;
 - b. de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de patiënt;
 - c. andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen;
 - d. de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van het onderzoek of de behandeling.
3. De hulpverlener mag de patiënt bedoelde inlichtingen slechts onthouden voor zover het verstrekken ervan kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren. Indien het belang van de patiënt dit vereist, dient de hulpverlener de desbetreffende inlichtingen aan een ander dan de patiënt te verstrekken. De inlichtingen worden de patiënt alsnog gegeven, zodra bedoeld nadeel niet meer te duchten is. De hulpverlener maakt geen gebruik van zijn in de eerste volzin bedoelde bevoegdheid dan nadat

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		
Wijzigingsdatum		
Controledatum		
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		

Document ID	Medr05016
Titel	Wet geneeskundige behandelings-overeenkomst
Versie	1.0
Status	Definitief

hij daarover een andere hulpverlener heeft geraadpleegd.

Artikel 449

Indien de patiënt te kennen heeft gegeven geen inlichtingen te willen ontvangen, blijft het verstrekken daarvan achterwege, behoudens voor zover het belang dat de patiënt daarbij heeft niet opweegt tegen het nadeel dat daaruit voor hemzelf of anderen kan voortvloeien.

Artikel 450

1. Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is de toestemming van de patiënt vereist.
2. Indien de patiënt minderjarig is en de leeftijd van twaalf maar nog niet die van zestien jaren heeft bereikt, is tevens de toestemming van de ouders die het gezag over hem uitoefenen of van zijn voogd vereist. De verrichting kan evenwel zonder de toestemming van de ouders of de voogd worden uitgevoerd, indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen, alsmede indien de patiënt ook na de weigering van de toestemming, de verrichting weloverwogen blijft wensen.
3. In het geval waarin een patiënt van zestien jaren of ouder niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, worden door de hulpverlener en een persoon als bedoeld in de leden 2 of 3 van artikel 465, de kennelijke opvattingen van de patiënt, geuit in schriftelijke vorm toen deze tot bedoelde redelijke waardering nog in staat was en inhoudende een weigering van toestemming als bedoeld in lid 1, opgevolgd. De hulpverlener kan hiervan afwijken indien hij daartoe gegronde redenen aanwezig acht.

Artikel 451

Op verzoek van de patiënt legt de hulpverlener in ieder geval schriftelijk vast voor welke verrichtingen van ingrijpende aard deze toestemming heeft gegeven.

Artikel 452

De patiënt geeft de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking die deze redelijkerwijs voor het uitvoeren van de overeenkomst behoeft.

Artikel 453

De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		
Wijzigingsdatum		
Controledatum		
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		

Document ID	Medr05016
Titel	Wet geneeskundige behandelings-overeenkomst
Versie	1.0
Status	Definitief

Artikel 454

1. De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is.
2. De hulpverlener voegt desgevraagd een door de patiënt afgegeven verklaring met betrekking tot de in het dossier opgenomen stukken aan het dossier toe.
3. Onverminderd het bepaalde in artikel 455, bewaart de hulpverlener de bescheiden, bedoeld in de vorige leden, gedurende tien jaren, te rekenen vanaf het tijdstip waarop zij zijn vervaardigd, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.

Artikel 455

1. De hulpverlener vernietigt de door hem bewaarde bescheiden, bedoeld in artikel 454, binnen drie maanden na een daartoe strekkend verzoek van de patiënt.
2. Lid 1 geldt niet voor zover het verzoek bescheiden betreft waarvan redelijkerwijs aannemelijk is dat de bewaring van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de patiënt, alsmede voor zover het bepaalde bij of krachtens de wet zich tegen vernietiging verzet.

Artikel 456

De hulpverlener verstrekt aan de patiënt desgevraagd zo spoedig mogelijk inzage in en afschrift van de bescheiden, bedoeld in artikel 454. De verstrekking blijft achterwege voor zover dit noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander. De hulpverlener mag voor de verstrekking van het afschrift een redelijke vergoeding in rekening brengen.

Artikel 457

1. Onverminderd het in artikel 448 lid 3, tweede volzin, bepaalde draagt de hulpverlener zorg, dat aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden, bedoeld in artikel 454, worden verstrekt dan met toestemming van de patiënt. Indien verstrekking plaatsvindt, geschiedt deze slechts voor zover daardoor de persoonlijke levenssfeer van een ander niet wordt geschaad. De verstrekking kan geschieden zonder inachtneming van de beperkingen, bedoeld in de voorgaande volzinnen, indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht.
2. Onder anderen dan de patiënt zijn niet begrepen degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst en degene die optreedt als vervanger van de hulpverlener, voor zover de verstrekking

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		
Wijzigingsdatum		
Controledatum		
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		

Document ID	Medr05016
Titel	Wet geneeskundige behandelings-overeenkomst
Versie	1.0
Status	Definitief

noodzakelijk is voor de door hen in dat kader te verrichten werkzaamheden.

3. Daaronder zijn evenmin begrepen degenen wier toestemming ter zake van de uitvoering van de behandelingsovereenkomst op grond van de artikelen 450 en 465 is vereist. Indien de hulpverlener door inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden te verstrekken niet geacht kan worden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen, laat hij zulks achterwege.

Artikel 458

1. In afwijking van het bepaalde in artikel 457 lid 1 kunnen zonder toestemming van de patiënt ten behoeve van statistiek of wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de volksgezondheid aan een ander desgevraagd inlichtingen over de patiënt of inzage in de bescheiden, bedoeld in artikel 454, worden verstrekt indien:
 - a. het vragen van toestemming in redelijkheid niet mogelijk is en met betrekking tot de uitvoering van het onderzoek is voorzien in zodanige waarborgen, dat de persoonlijke levenssfeer van de patiënt niet onevenredig wordt geschaad, of
 - b. het vragen van toestemming, gelet op de aard en het doel van het onderzoek, in redelijkheid niet kan worden verlangd en de hulpverlener zorg heeft gedragen dat de gegevens in zodanige vorm worden verstrekt dat herleiding tot individuele natuurlijke personen redelijkerwijs wordt voorkomen.
2. Verstrekking overeenkomstig lid 1 is slechts mogelijk indien:
 - a. het onderzoek een algemeen belang dient,
 - b. het onderzoek niet zonder de desbetreffende gegevens kan worden uitgevoerd, en
 - c. voor zover de betrokken patiënt tegen een verstrekking niet uitdrukkelijk bezwaar heeft gemaakt.
3. Bij een verstrekking overeenkomstig lid 1 wordt daarvan aantekening gehouden in het dossier.

Artikel 459

1. De hulpverlener voert verrichtingen in het kader van de behandelingsovereenkomst uit buiten de waarneming van anderen dan de patiënt, tenzij de patiënt ermee heeft ingestemd dat de verrichtingen kunnen worden waargenomen door anderen.
2. Onder anderen dan de patiënt zijn niet begrepen degenen van wie beroepshalve de medewerking bij de uitvoering van de verrichting noodzakelijk is.
3. Daaronder zijn evenmin begrepen degenen wier toestemming ter zake van de verrichting op grond van de artikelen 450 en 465 is vereist. Indien de

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		
Wijzigingsdatum		
Controledatum		
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		

Document ID	Medr05016
Titel	Wet geneeskundige behandelings-overeenkomst
Versie	1.0
Status	Definitief

hulpverlener door verrichtingen te doen waarnemen niet geacht kan worden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen, laat hij zulks niet toe.

Artikel 460

De hulpverlener kan, behoudens gewichtige redenen, de behandelingsovereenkomst niet opzeggen.

Artikel 461

De opdrachtgever is de hulpverlener loon verschuldigd, behoudens voor zover deze voor zijn werkzaamheden loon ontvangt op grond van het bij of krachtens de wet bepaalde dan wel uit de overeenkomst anders voortvloeit.

Artikel 462

1. Indien ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst verrichtingen plaatsvinden in een ziekenhuis dat bij die overeenkomst geen partij is, is het ziekenhuis voor een tekortkoming daarbij mede aansprakelijk, als ware het zelf bij de overeenkomst partij.
2. Onder ziekenhuis als bedoeld in lid 1 worden verstaan een voor de toepassing van de Ziekenfondswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten als ziekenhuis, verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting erkende of aangewezen instelling of afdeling daarvan, een academisch ziekenhuis, een abortuskliniek in de zin van de Wet afbreking zwangerschap alsmede een tandheelkundige inrichting in de zin van de Wet tandheelkundige inrichtingen 1986.

Artikel 463

De aansprakelijkheid van een hulpverlener of, in het geval bedoeld in artikel 462, van het ziekenhuis, kan niet worden beperkt of uitgesloten.

Artikel 464

1. Indien in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf anders dan krachtens een behandelingsovereenkomst handelingen op het gebied van de geneeskunst worden verricht, zijn deze afdeling alsmede de artikelen 404, 405 lid 2 en 406 van afdeling 1 van deze titel van overeenkomstige toepassing voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet.
2. Betreft het handelingen als omschreven in artikel 446 lid 5, dan:
 - a. worden de in artikel 454 bedoelde bescheiden slechts bewaard zolang dat noodzakelijk is in verband met het doel van het onderzoek, tenzij het bepaalde bij of krachtens de wet zich tegen vernietiging verzet;
 - b. wordt de persoon op wie het onderzoek betrekking heeft in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij de uitslag en de gevolgtrekking

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		
Wijzigingsdatum		
Controledatum		
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		

Document ID	Medr05016
Titel	Wet geneeskundige behandelings-overeenkomst
Versie	1.0
Status	Definitief

van het onderzoek wenst te vernemen en, zo ja, of hij daarvan als eerste wenst kennis te nemen teneinde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan anderen wordt gedaan.

Artikel 465

1. De verplichtingen die voor de hulpverlener uit deze afdeling jegens de patiënt voortvloeien worden, indien de patiënt de leeftijd van twaalf jaren nog niet heeft bereikt, door de hulpverlener nagekomen jegens de ouders die het gezag over de patiënt uitoefenen dan wel jegens zijn voogd.
2. Hetzelfde geldt indien de patiënt de leeftijd van twaalf jaren heeft bereikt, maar niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, tenzij zodanige patiënt meerderjarig is en onder curatele staat of ten behoeve van hem het mentorschap is ingesteld, in welke gevallen nakoming jegens de curator of de mentor geschiedt.
3. Indien een meerderjarige patiënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, niet onder curatele staat of ten behoeve van hem niet het mentorschap is ingesteld, worden de verplichtingen die voor de hulpverlener uit deze afdeling jegens de patiënt voortvloeien, door de hulpverlener nagekomen jegens de persoon die daartoe door de patiënt schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats op te treden. Ontbreekt zodanige persoon, of treedt deze niet op, dan worden de verplichtingen nagekomen jegens de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de patiënt, tenzij deze persoon dat niet wenst, dan wel, indien ook zodanige persoon ontbreekt, jegens een ouder, kind, broer of zus van de patiënt, tenzij deze persoon dat niet wenst.
4. De hulpverlener komt zijn verplichtingen na jegens de in de leden 1 en 2 bedoelde wettelijke vertegenwoordigers van de patiënt en de in lid 3 bedoelde personen, tenzij die nakoming niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener.
5. De persoon jegens wie de hulpverlener krachtens de leden 2 of 3 gehouden is de uit deze afdeling jegens de patiënt voortvloeiende verplichtingen na te komen, betracht de zorg van een goed vertegenwoordiger. Deze persoon is gehouden de patiënt zoveel mogelijk bij de vervulling van zijn taak te betrekken.
6. Verzet de patiënt zich tegen een verrichting van ingrijpende aard waarvoor een persoon als bedoeld in de leden 2 of 3 toestemming heeft gegeven, dan kan de verrichting slechts worden uitgevoerd indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		
Wijzigingsdatum		
Controledatum		
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		

Document ID	Medr05016
Titel	Wet geneeskundige behandelings-overeenkomst
Versie	1.0
Status	Definitief

Artikel 466

1. Is op grond van artikel 465 voor het uitvoeren van een verrichting uitsluitend de toestemming van een daar bedoelde persoon in plaats van die van de patiënt vereist, dan kan tot de verrichting zonder die toestemming worden overgegaan indien de tijd voor het vragen van die toestemming ontbreekt aangezien onverwijlde uitvoering van de verrichting kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.
2. Een volgens de artikelen 450 en 465 vereiste toestemming mag worden verondersteld te zijn gegeven, indien de desbetreffende verrichting niet van ingrijpende aard is.

Artikel 467

1. Van het lichaam afgescheiden anonieme stoffen en delen kunnen worden gebruikt voor medisch statistisch of ander medisch wetenschappelijk onderzoek voor zover de patiënt van wie het lichaamsmateriaal afkomstig is, geen bezwaar heeft gemaakt tegen zodanig onderzoek en het onderzoek met de vereiste zorgvuldigheid wordt verricht.
2. Onder onderzoek met van het lichaam afgescheiden anonieme stoffen en delen wordt verstaan onderzoek waarbij is gewaarborgd dat het bij het onderzoek te gebruiken lichaamsmateriaal en de daaruit te verkrijgen gegevens niet tot de persoon herleidbaar zijn.

Artikel 468

Van de bepalingen van deze afdeling en van de artikelen 404, 405 lid 2 en 406 van afdeling 1 van deze titel kan niet ten nadele van de patiënt worden afgeweken.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		
Wijzigingsdatum		
Controledatum		
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		

Document ID	Medr05017
Titel	Storingen
Versie	1.0
Status	Definitief

Procedure wat te doen bij storingen.

Inleiding

Overal waar met apparatuur gewerkt wordt komen wel eens storingen voor. Bij de medische registratie zijn storingen die zich eventueel voor kunnen doen uitval van computerapparatuur, elektriciteit en telefoon.

Doelstelling

De doelstelling van deze procedure is duidelijk vastleggen wat de te nemen stappen zijn in geval van storingen.

Uitvoering door

Medewerkers medische registratie.

Werkwijze

In geval van een storing is het belangrijk dat de dienstverlening in stand blijft. Aangezien er gewerkt wordt met papieren dossiers is dit mogelijk.

De storing dient vervolgens gemeld te worden bij het hoofd medische registratie. Deze beslist welke stappen verder te ondernemen zijn. Het hoofd kan bijvoorbeeld zelf contact opnemen met de technische dienst of een andere organisatie of kan de uitvoering hiervan overlaten aan de medewerkers van de medische registratie.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		Mei 2005
Wijzigingsdatum		
Controledatum		November 2005
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		Geen

Document ID	Medr05018
Titel	Aanvragen dossier bij extern archief
Versie	1.0
Status	Definitief

Procedure aanvragen dossier bij extern archief.

Inleiding

Aangezien de opslagcapaciteit binnen het Havenziekenhuis beperkt is, wordt een deel van de dossiers opgeslagen in een extern archief. Deze procedure beschrijft de werkwijze indien een dossier dat is opgeslagen in dit externe archief wordt aangevraagd.

Doelstelling

Duidelijk weergeven wat de handelswijze is bij aanvragen van een dossier dat opgeslagen is in het externe archief.

Uitvoering door

Medewerkers medische registratie

Werkwijze

Indien bij de medische registratie een dossier wordt opgevraagd dat opgeslagen is in het extern archief neemt de medewerker van de medische registratie contact op met het extern archief. De medewerker geeft door om welk dossier het gaat en dat het afgeleverd dient te worden op de medische registratie op de 5^e etage van het ziekenhuis. De archiefmedewerker neemt contact op met de aanvragende afdeling en communiceert dat het dossier opgeslagen ligt in het extern archief en dat er enkele dagen zullen verstrijken tot de aflevering.

De medewerker van het extern archief levert het dossiers binnen drie werkdagen af bij de medische registratie. Hier wordt het door de archiefmedewerker in ontvangst genomen. De archiefmedewerker brengt het dossier dezelfde dag met de dagelijkse ronde bij de aanvragende afdeling.

Opsteller	Ellen Matthee	Medische registratie
Beheerder	Karen van Schoonhoven	Medische registratie
Autorisator		
Invoerdatum		Mei 2005
Wijzigingsdatum		
Controledatum		November 2005
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:		Geen