

De polikliniek en haar relaties binnen het ziekenhuis : bijdrage aan de applicatie-kursus voor hoofden poliklinieken, Katholieke Hogere School voor Verpleegkundigen, Nijmegen

Citation for published version (APA):

Vries, de, G. (1980). *De polikliniek en haar relaties binnen het ziekenhuis : bijdrage aan de applicatie-kursus voor hoofden poliklinieken, Katholieke Hogere School voor Verpleegkundigen, Nijmegen.* (Ziekenhuis research project. Rapport). Technische Hogeschool Eindhoven.

Document status and date:

Gepubliceerd: 01/01/1980

Document Version:

Uitgevers PDF, ook bekend als Version of Record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.tue.nl/taverne

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

openaccess@tue.nl

providing details and we will investigate your claim.

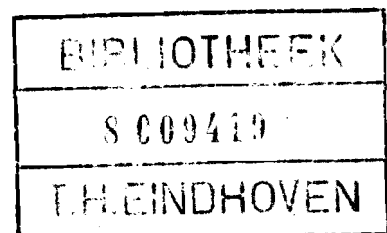
DE POLIKLINIEK EN HAAR RELATIES
BINNEN HET ZIEKENHUIS

Ir. G. de Vries

Bijdrage aan de applicatie-kursus
voor hoofden poliklinieken.
Katholieke Hogere School voor
Verpleegkundigen, Nijmegen

Technische Hogeschool Eindhoven
Afdeling der Bedrijfskunde

maart 1980



Inleiding

De polikliniek is de meest patiëntintensieve afdeling van het ziekenhuis. Er komen hier meer dan tien keer zo veel patiënten als in de kliniek. De polikliniek is als tweede echelon in de gezondheidszorg de toegangspoort tot het derde: de kliniek. Specialisten voeren nauwelijks meer praktijk aan eigen huis. Ze hebben hun spreekuuractiviteiten naar de ziekenhuis-polikliniek verplaatst. De belangrijkste reden is dat de specialist in het ziekenhuis een beroep kan doen op allerlei faciliteiten. Dit heeft zowel betrekking op administratieve ondersteuning als op hulpafdelingen voor diagnostiek en behandeling.

Daarmee is de polikliniek thans een omvangrijk geheel van voorzieningen. Hiertoe rekenen we de ruimtelijke en instrumentele faciliteiten, maar ook het personeel en de organisatie met alle aspecten die men daarin wil onderkennen. Het zal duidelijk zijn dat de polikliniek niet een op zich zelf staande organisatorische eenheid is, maar een deel van het ziekenhuis. Er zijn in het functioneren tal van raakvlakken met andere afdelingen, en daar wil ik het in deze bijdrage over hebben.

Ontwikkeling

Het overheidsbeleid is er op gericht het poliklinisch functioneren te stimuleren. Verschuiving van klinische naar poliklinische zorgverlening is uit kosten oogpunt een aantrekkelijke zaak. Verpleegkosten zijn nu eenmaal hoog. Deze verschuiving is gelukkig ook mogelijk door de geavanceerde technische apparatuur, die snel onderzoeksuitslagen levert. Observatie op een verpleegafdeling zal in minder gevallen nodig zijn.

Ter illustratie volgen wat cijfers over deze ontwikkelingen. Sommige worden gepresenteerd als indexcijfers, waarbij het cijfer van 1975 op 100 wordt gesteld. De gegevens zijn ontleend aan Nederlandse algemene ziekenhuizen.

tabel 1: klinische en poliklinische produktie

	1975	1976	1977	1978
opnemingen	965.307 = 100	108	112	120
polikliniekbezoeken	9.990.930 = 100	109	112	135
<u>polikliniekbezoeken</u> opnemingen	10,4	10,5	10,5	11,6

bron: NZI-financiële statistiek (1)

Hieruit blijkt dat de groei in het aantal polikliniekbezoeken groter is dan het aantal opnemingen. Het aantal verpleegdagen blijft overigens ongeveer stabiel, waarbij de gemiddelde verpleegduur daalt. De toename blijft echter niet beperkt tot de polikliniek. Specialistenvragen steeds meer onderzoek aan voor hun patiënten. Ook deze ontwikkelingen kunnen we met cijfers aantonen.

tabel 2: poliklinische verrichtingen per 100 polikliniekbezoeken (indexcijfers)

	1975	1976	1977	1978
röntgenonderzoeken	29,9 (100)	30,1 (101)	30,6 (102)	29,3 (98)
funktieonderzoeken	7,6 (100)	8,4 (110)	8,4 (118)	8,8 (116)
laboratoriumpunten	674 (100)	708 (105)	791 (117)	785 (116)

tabel 3: klinische verrichtingen per 100 opnemingen (indexcijfers)

	1975	1976	1977	1978
röntgenonderzoeken	113,8 (100)	112,1 (99)	119,5 (105)	119,1 (105)
funktieonderzoeken	74,8 (100)	80,8 (108)	84,6 (113)	84,6 (113)
laboratoriumpunten	9146 (100)	9800 (107)	10670 (117)	10650 (116)

bron tabellen: NZI-financiële statistiek (1)

Ten aanzien van de polikliniek kunnen we dus twee constateringën doen:

1. toenemend aantal polikliniekbezoeken
2. toenemend aantal verrichtingen per polikliniekbezoek en per opneming (waarbij in 1978 een stabilisatie optreedt).

Uit punt twee blijkt dat in ieder geval de polikliniek en de verrichtingenafdelingen nauw bij elkaar betrokken zijn.

Patiëntenstromen

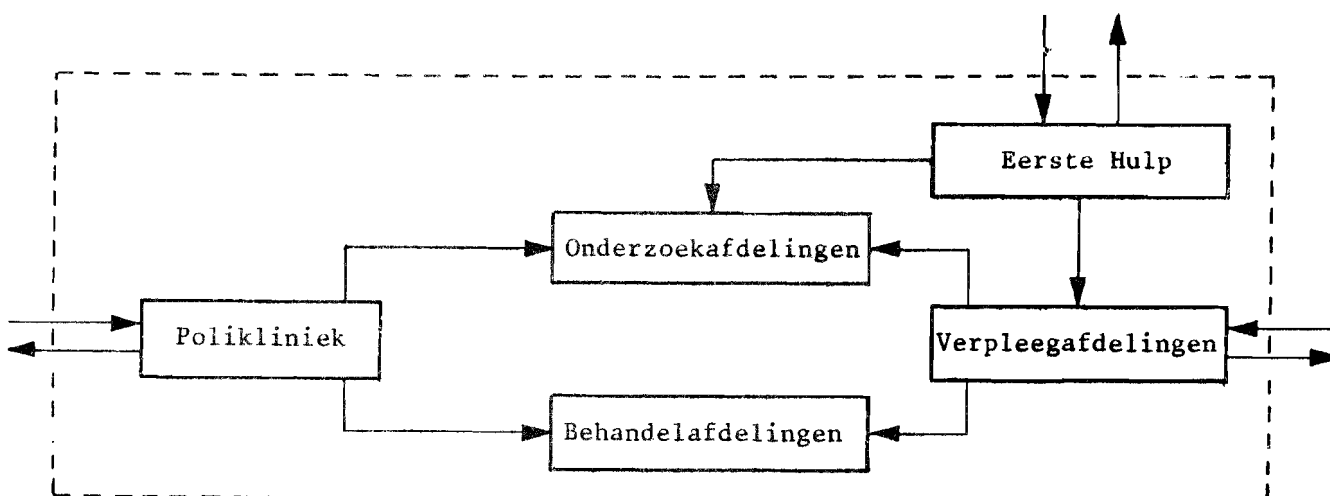
Een handige methode om inzicht te krijgen in de relaties tussen verschillende afdelingen, is het analyseren van patiëntenstromen. Hiermee kunnen we bepalen welke factoren invloed hebben op de patiëntenbewegingen door het ziekenhuis, vanaf het moment van binnenkomst totdat de patiënt het ziekenhuis verlaat. De techniek die hierbij wordt gebruikt berust op het registreren van begin- en eindtijd van iedere activiteit waarmee de patiënt in het ziekenhuis te maken krijgt. Iedere patiënt krijgt een kaart waarop de tijden worden ingevuld. De procedure is op zich tamelijk eenvoudig. Wel is zowel het verzamelen als het verwerken van de gegevens nogal arbeidsintensief.

Door middel van een patiëntenstroomanalyse kunnen we inzicht krijgen in (2):

- wacht- en bedieningstijden per activiteit
- omvang van de stromen en variaties in de tijd
- knelpunten, blijkend uit overbelasting en wachttijden
- pauzes en onderbrekingen
- herkomst en verwijzing van de verschillende patiëntencategorieën.

Laten we voor een eerste analyse beginnen met een eenvoudig stroomdiagram, waarin de routing van patiënten af te lezen is. Het bevat de volgende vijf subsystemen van het ziekenhuis; polikliniek, onderzoekafdelingen, behandelafdelingen, eerste hulp en verpleegafdelingen.

stroomdiagram 1



Aard en omvang

Verschillende stromen in dit diagram kunnen we wat gedetailleerder bekijken. De gegevens hiervoor halen we uit diverse ziekenhuizen waar onderzoek is gedaan naar aard en omvang van patiëntenstromen (o.a. (4) en (5)). Deze cijfers zijn als indicatie goed bruikbaar.

Om te beginnen kijken we naar de relatie polikliniek-onderzoekafdelingen. We hebben al gezien dat het aantal verrichtingen per polikliniekbezoek toeneemt. Menig patiënt krijgt tijdens het konsult van de specialist een brief met verwijzing naar röntgenafdeling, laboratorium en functieafdelingen. Het aantal verwijzingen verschilt nogal van specialisme tot specialisme, zoals de volgende tabel laat zien. Hieruit blijkt ook dat nieuwe patiënten over de hele lijn meer verwezen worden dan herhalingspatiënten (3).

tabel 4: verwijzingspercentage nieuwe (alle) poliklinische patiënten

naar van	Röntgen	Laboratorium	Functieafdelingen
interne	65(26)	63(51)	17(8)
kinderen	60(25)	30(15)	7(6)
cardiologie	67(12)	71(18)	71(13)
longziekte	78(28)	67(32)	89(34)
alg. chir.	40(16)	37(13)	9(2)
gynaecologie	6(3)	45(18)	1(0)
urologie	30(16)	55(22)	0(1)
orthopedie	51(18)	3(2)	0(0)
K.N.O.	18(10)	5(5)	0(0)
totaal	28(14)	23(18)	10(6)

bron: Kirkels (3)

De hier genoemde onderzoekafdelingen hebben de verantwoordelijkheid deze patiëntenstroom op te vangen en de gevraagde onderzoeken uit te voeren. We kunnen uit de omvang van de stromen echter niet beoordelen of de door-

stroming soepel kan verlopen. Spitsuurverschijnselen kunnen namelijk optreden als de patiëntenstromen niet mooi verdeeld zijn over de uren van de dag. Door schommelingen in het aanbod kunnen op bepaalde tijden pieken optreden in de werklust. Nadelen hiervan zijn:

- het is moeilijk adequaat personeel in te zetten om de pieken weg te werken
- er ontstaan wachttijden voor de patiënten.

Afstemming met onderzoekafdelingen

Het is dus zaak de poliklinische spreekuren en de openingstijden van de onderzoekafdelingen zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen (3). In bovenstaande tabel kunnen we aflezen hoeveel patiënten ieder specialisme ongeveer verwijst naar de diverse afdelingen. Het moment waarop dit plaatsvindt wordt bepaald door het spreekuurrooster dat in de desbetreffende polikliniek wordt gehanteerd. Als de "grote verwijzers" tegelijkertijd spreekuur houden, kan dit gemakkelijk leiden tot opstoppingen. Onderzoekafdelingen zijn in het algemeen "wachtrijafdelingen". Dat wil zeggen dat de patiënt zich direkt na het konsult meldt bij die afdeling, en in de rij gaat "staan" tot hij aan de beurt is. Een aantal patiënten kan niet direkt worden geholpen, omdat bijvoorbeeld premedikatie noodzakelijk is. Voor hen zal dan een afspraak worden gemaakt, zo veel mogelijk op rustige uren (nuchtere patiënten vroeg in de ochtend).

Om het patiëntenaanbod te kunnen spreiden moeten de onderzoekafdelingen weten waar hun patiënten vandaan komen. Dit kan niet uit de eerder genoemde tabel worden afgeleid. We lezen hier wel af dat 26% van alle interne patiënten naar de röntgenafdeling wordt verwezen, maar op de röntgenafdeling weet men niet welk percentage van alle patiënten die op de röntgen komen, afkomstig is van de internist. Met enig rekenwerk kunnen we hier echter wel achterkomen, en we zullen dan ook wat cijfers vermelden. Deze cijfers zijn ontleend aan enkele onderzoeken in grote algemene ziekenhuizen, waarop ook tabel 4 is gebaseerd.

We beginnen met de röntgenafdeling. Het blijkt dat één op de drie poliklinische patiënten aldaar is verwezen door de internist. Chirurgen en orthopeden leveren ieder ongeveer 1/6 . Voor kindergeneeskunde, kardiologie, urologie en KNO ligt dit aantal op 10% of lager.

Het komt er dus op neer dat twee van de drie poliklinische patiënten op de röntgenafdeling afkomstig is van de specialismen interne geneeskunde, algemene chirurgie en orthopaedie.

Voor de laboratoriumaanvragen liggen de verhoudingen weer wat anders. Ook hier zijn de internisten en chirurgen de grootste aanvragers met respectievelijk circa 50% en 15% van het totaal. Gynaekologie en urologie bedragen ieder ongeveer 10%, de rest is verdeeld over overige specialismen. De verwerking van de aanvragen in het laboratorium zelf kan qua drukte een ongelijkmatig beeld vertonen - maar de patiënt zelf is hierbij niet lijfelijk aanwezig.

De patiënt heeft er hinder van voor zover er sprake is van opstoppingen, resulterend in wachten, bij de afdeling bloedafname in de polikliniek.

De functieafdelingen tenslotte hebben vrijwel alleen te maken met patiënten van de internist, de cardioloog en de longarts. Interne patiënten nemen ongeveer de helft van het totaal aantal functieonderzoeken voor hun rekening, de specialismen kardiologie en longziekten ieder een kwart. De herkomst van patiënten vertoont minder variatie dan bij de röntgenafdeling en het laboratorium. Als we praten over afstemming tussen polikliniek en functieafdelingen hebben we eigenlijk maar met drie specialismen te maken.

De onderzoekafdelingen krijgen hun patiënten uit de polikliniek en van de verpleegafdelingen. De poliklinische patiënten komen zich in het algemeen melden in aansluiting op het poliklinisch konsult.

De klinische patiënten echter kunnen opgeroepen worden op tijden die het beste schikken voor de betreffende onderzoekafdeling. Hiermee kunnen gaten in het aanbod enigzins worden opgevuld teneinde een wat gelijkmatige spreiding van de werklast te krijgen. Het is overigens wel zo dat het aandeel van poliklinische verrichtingen op het totaal aantal heel langzaam toeneemt.

tabel 5: poliklinische verrichtingen als percentage van het totaal

	1975	1976	1977	1978
röntgenonderzoeken	73	74	73	74
funktieonderzoeken	51	52	53	55
laboratoriumpunten	43	43	44	46

bron: NZI-financiële statistiek (1)

De behandelafdelingen

Behalve relaties met de onderzoekafdelingen heeft de polikliniek ook relaties met de behandelafdelingen, zoals uit het stroomdiagram blijkt. Behandelafdelingen zijn onder andere (poliklinische) operatiekamers, fysiotherapie en dialyse-afdeling.

De relatie met de polikliniek is hier echter van een andere aard dan bij de onderzoekafdelingen. Zoals we deze laatste hebben aangeduid als "wachtrij-afdelingen", kunnen we de behandelafdelingen karakteriseren als "afspraakafdelingen". Zij stellen zelf een planning op voor het totale aanbod van klinische en poliklinische patiënten. Het grootste deel van de patiënten bestaat bovendien uit herhalingsafspraken. Er is derhalve sprake van een vrij zelfstandige werkregulering, en de behoefte aan afstemming met de polikliniek is duidelijk minder dan bij de onderzoekafdelingen (4). We zullen ons in dit kader niet verder bezighouden met een analyse van de herkomst van de behandelde patiënten.

Eerste Hulp en opname

In deze beschouwing over patiëntenstromen is nog niet gesproken over de eerste hulp en de opname-afdeling. De eerste kennismaking van de patiënt met het ziekenhuis zal gebeuren via de eerste hulp of via de polikliniek. Gemakshalve zien we hier even af van de patiënten die door huisartsen rechtstreeks naar de onderzoekafdelingen worden verwezen, zonder tussenkomst van de specialist (ca. 15% van het totaal).

Het aantal patiënten dat zich op de eerste hulp meldt, is ongeveer 8% van het totaal aantal polikliniekbezoeken. Als we echter alleen kijken naar nieuwe patiënten op de polikliniek, dan is dit de helft van dat aantal. Het aantal nieuwe patiënten is overigens zo'n 20%-25% van het totaal aantal polikliniekbezoeken (1).

Bij de eerste hulp is het zo, dat één op de vijf patiënten wordt opgenomen als acuut geval.

De spreekuurhoudende specialisten op de polikliniek laten 6% van hun patiënten opnemen.

Bij verwijzing naar de opname zijn er drie mogelijkheden:

- akute opname (terstond)
- urgente opname (binnen enkele dagen)
- opname te zijner tijd.

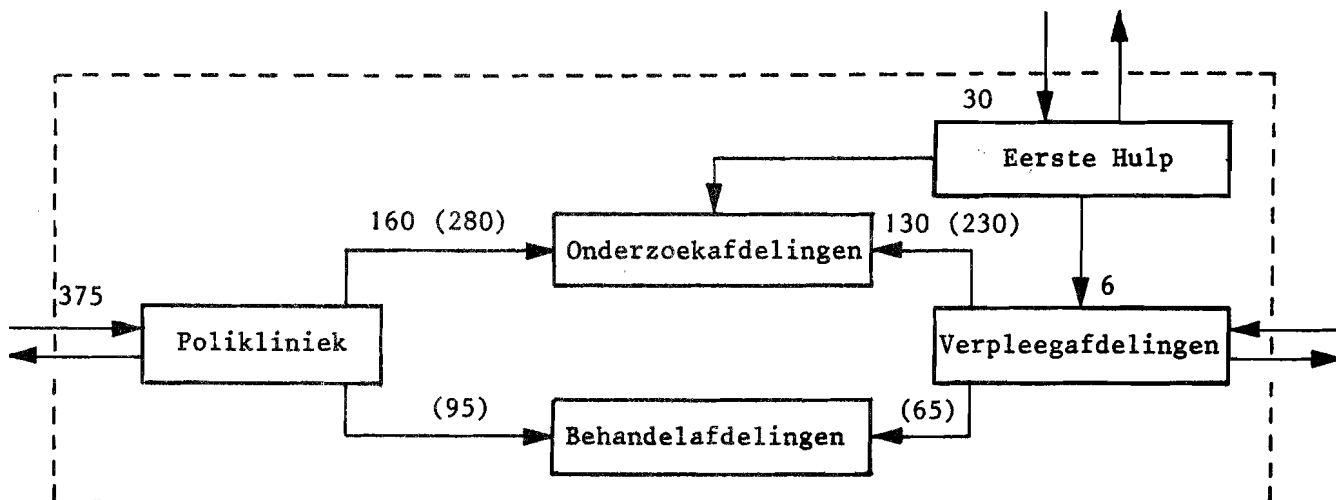
In de laatste twee gevallen wordt de patiënt op een wachtlijst geplaatst en opgeroepen, afhankelijk van zijn urgentie en vrijkomende bedden.

Vanuit de afdeling opname gezien is het zo dat van iedere vijf patiënten die zich melden er één rechtstreeks van de eerste hulp komt.

Buiten "kantooruren" zal de functie van de afdeling opname vaak worden overgenomen door de eerste hulp zelf.

Met behulp van de kwantitatieve gegevens die we nu hebben kunnen we een beeld presenteren van een "gemiddelde" polikliniek. Deze telt per dag zo'n 375 bezoekers, waarvan 80 nieuwe patiënten zijn. In het stroomdiagram vullen we de omvang van iedere stroom in.

stroomdiagram 2: aantallen patiënten (onderzoeken/behandelingen) per dag in een "gemiddelde" polikliniek



Voor een uitgebreider stroomdiagram, ontleend aan Blanjaar (4), verwijs ik naar de bijlage.

We moeten wel beseffen dat we dit soort cijfers niet in een willekeurig ziekenhuis mogen hanteren. Tussen algemene ziekenhuizen komen grote verschillen voor.

Gekombineerde afspraken

Tot nu toe is hoofdzakelijk gesproken over aard en omvang van de patiëntenstromen. Wanneer hierin enig inzicht is verkregen, weten we waar zich afstemmingsproblemen kunnen voordoen. Behalve de piekbelasting die kan optreden bij de onderzoekafdelingen is er nog een tweede probleem: combinaties van aanvragen.

Zo'n 10% van de patiënten met een afspraak heeft een gekombineerde afspraak: hij wordt verwezen naar meer dan één onderzoekafdeling. Deze patiënten nemen 25% van alle verrichtingen volgens afspraak voor hun rekening (4).

Het betreft hier overigens voornamelijk aanvragen van de internist.

Zowel ten bate van de patiënt als van het ziekenhuis zijn argumenten aan te voeren voor een centraal afsprakenburo voor de onderzoekafdelingen ("plotkamer"). Voor patiënten met gekombineerde afspraken kunnen aansluitende tijden worden gereserveerd op de diverse afdelingen. De patiënt hoeft dan niet onnodig lang te wachten.

Zo'n centraal afsprakenburo zal later in de cursus afzonderlijk behandeld worden, zodat we er hier niet verder op in gaan.

Twee punten van aandacht resteren nu nog:

- de kontakten tussen de verschillende afdelingen
- informatiestromen en het administratieve gebeuren.

Onderlinge kontakten

De hiërchische plaats binnen de organisatie en de ruimtelijke ligging van de afdelingen ten opzichte van elkaar kunnen in belangrijke mate bepalen hoe de kontakten worden onderhouden.

Het zal vaak zo zijn dat de onderzoekafdelingen eerder behoefte hebben aan contact met de polikliniek, omdat daar de patiëntenstroom ontstaat

en daar de oorsprong van hun werklast ligt, dan andersom. Het hangt echter af van de organisatiestructuur en overlegvormen, welke personen hierover onderlinge kommunikatie onderhouden.

Stel dat de chirurgische patiënten zich melden bij de röntgenafdeling met een aanvraagformulier van de chirurg. Als blijkt dat dit formulier bij herhaling foutief of onvolledig wordt ingevuld, kan dit worden rechtgezet door contact (telefonisch) tussen de receptie röntgen en de polikliniekassistent chirurgie. Als de röntgenafdeling zou willen dat de chirurgen hun spreekuurtijden wijzigen, zodat de verwijzingen naar de röntgen beter over de tijd worden gespreid, dan ligt het niet zo simpel. De spreekuurtijden van de chirurgen zijn immers niet los te zien van de overige spreekuren en de tijden waarop geopereerd wordt. Een dergelijk probleem kan niet opgelost worden door twee afdelingshoofden, maar ook medisch hoofd en specialisten zijn hierbij betrokken.

Een tweede voorbeeld. Zowel de internist als de kardioloog laten vaak ECG's maken. Het maakt verschil uit of dit in een centrale functieafdeling gebeurt, buiten de spreekuurafdelingen, of dat de specialist bij zijn spreekuurruimte een ECG-apparaat heeft staan. In dat geval zal hij geneigd zijn tijdens het spreekuur, zeker voor een nieuwe patiënt, direkt een ECG te laten maken. Dit gebeurt dan door een laborant(e) die onder zijn supervisie werkt. In het eerste geval zal als kontaktpersoon het hoofd van de centrale functieafdeling worden aangesproken. Deze kan op zijn beurt weer vallen onder de (para)medische dienst of onder de verplegingsdienst.

Zo zijn er legio kommunikatiemogelijkheden, onder andere afhankelijk van hiërarchische positie en lay-out.

Hieraan wordt ook aandacht geschonken in het kursusonderdeel over organisatie modellen.

Informatiestromen

Tenslotte komen nog informatiestromen en administratie aan de orde. Kort, in dit bestek, want ook deze onderwerpen worden later uitvoeriger behandeld.

Behalve patiëntenverkeer tussen de afdelingen is er ook een druk formu-

lierenverkeer. Een redelijk groot ziekenhuis heeft zeker 1000 formulieren in omloop. Het lijkt soms of het ziekenhuis een organisatie van papier is. Hiervoor zijn natuurlijk wel verklaringen aan te voeren. Enerzijds moet elke verrichting en verwijzing worden vastgelegd met het oog op financiële verrekening. Anderzijds gaat het over medische zaken die nauwkeurig en korrekt moeten worden geregistreerd. Onvolledigheid en slordigheid zijn hier natuurlijk uit den boze.

In de praktijk gaat iedere patiëntenbeweging vergezeld van een formulierbeweging. Net zo goed als we de patiëntenbeweging willen stroomlijnen, moeten we dat ook bij formulieren nastreven. Het komt niet zelden voor dat ieder specialisme zijn eigen assortiment formulieren heeft ontwikkeld. Voor die specifieke spreekuurafdeling zal dat ook niet bezwaarlijk zijn. Echter, er zijn natuurlijk plaatsen in het ziekenhuis waar formulieren van diverse specialismen bij elkaar komen. Deze worden alle voor hetzelfde doel gebruikt, maar verschillen qua formaat, lay-out, opdruk enz. Dit dienen we natuurlijk te vermijden.

Naast deze meer medische administratie is er nog de registratie van gegevens teneinde inzicht in het functioneren van een of meer afdelingen te krijgen. Dan is er sprake van informatiesystemen, die meer op het management zijn gericht. Ook dit onderwerp zal in de loop van de cursus aan de orde komen.

Wat betreft het onderhavige onderwerp, de relatie van de polikliniek met andere afdelingen, wil ik het hierbij laten.

Enerzijds is, soms gedetailleerd, ingegaan op een kwantitatieve analyse van aard en omvang van patiëntenstromen tussen afdelingen. Anderzijds is, meer in beschrijvende zin, een beeld geschetst van de aard van de contacten, onderlinge communicatie en formulierenstromen.

Ik hoop dat deze mengeling van invalshoeken toch een beetje heeft bijgedragen aan inzicht in de materie.

1. N.Z.I. Financiële Statistiek algemene ziekenhuizen (1975 t/m 1978)

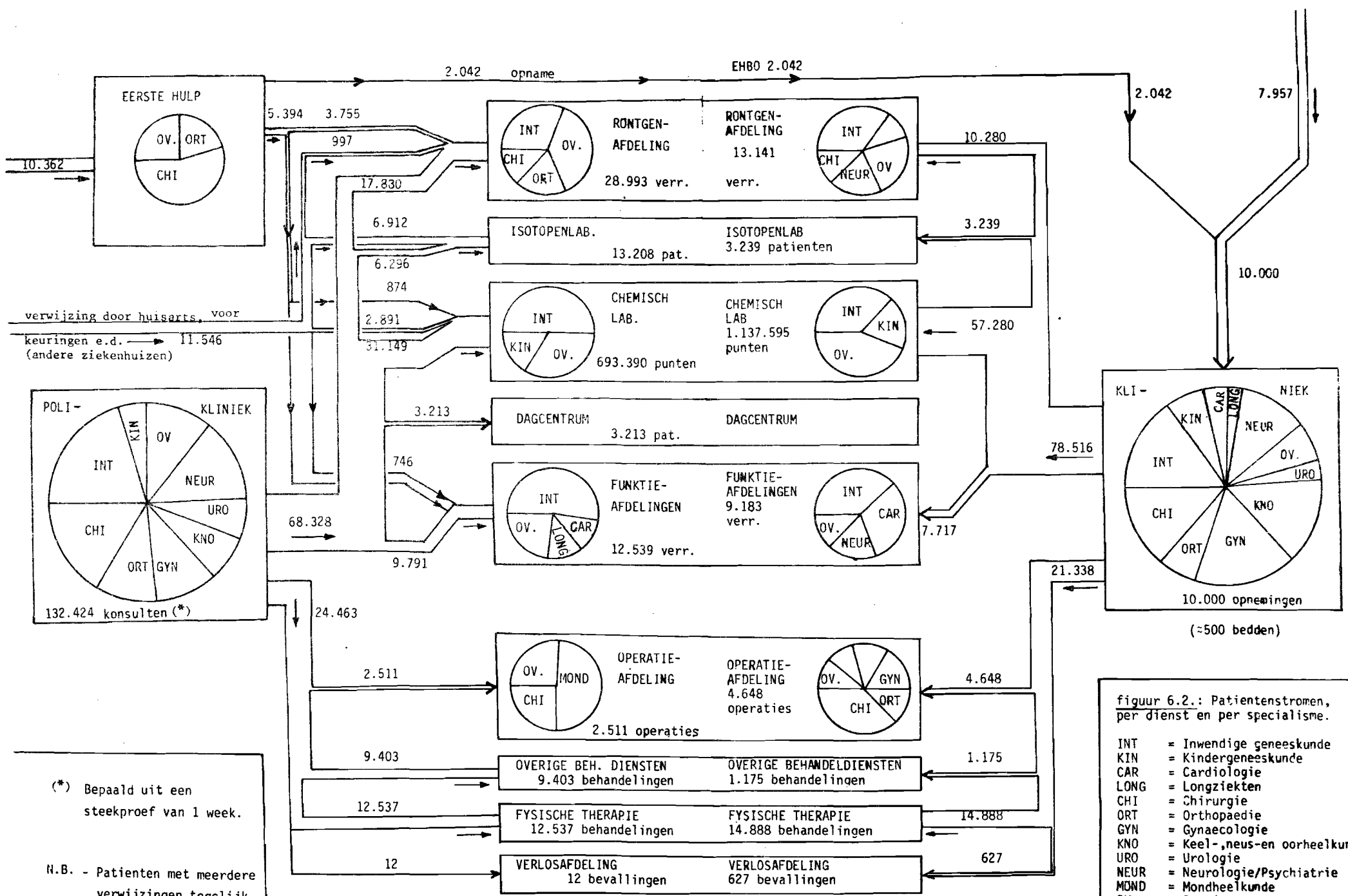
2. Sims, N.H., Clinic self-evaluation manual for the determination and improvement of Clinic efficiency. The John Hopkins University/School of medicine and The Health Systems Depart-

ment/Westinghouse Electric Corporation, July 1971.

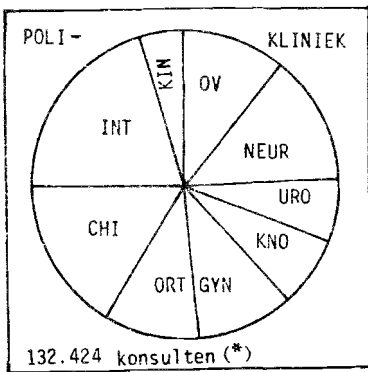
3. Kirkels, M.J.A. Organisatie van het poliklinisch functioneren. Voordracht op symposium "Ontwikkeling in Ziekenhuismanagement" van de commissie Capita Selecta, Erasmusuniversiteit Rotterdam, Technische Hogeschool Eindhoven, Afdeling der Bedrijfskunde, mei 1979.

4. Blanjaar, J.A. Regulering van patiëntenstromen tussen polikliniek en diagnostiekdiensten. Afstudeerverslag Technische Hogeschool Eindhoven, Afdeling der Bedrijfskunde, augustus 1974.

5. Vissers, J.M.H. Een onderzoek in en rondom de polikliniek. Afstudeerverslag Technische Hogeschool Eindhoven, Afdeling der Bedrijfskunde, 2^e druk december 1976.



verwijzing door huisarts, voor keuringen e.d. → 11.546 (andere ziekenhuizen)



figuur 6.2.: Patientenstromen, per dienst en per specialisme.

- INT = Inwendige geneeskunde
- KIN = Kindergeneeskunde
- CAR = Cardiologie
- LONG = Longziekten
- CHI = Chirurgie
- ORT = Orthopaedie
- GYN = Gynaecologie
- KNO = Keel-,neus-en oorheelkunde
- URO = Urologie
- NEUR = Neurologie/Psychiatrie
- MOND = Mondheelkunde
- OV = Overige

(*) Bepaald uit een steekproef van 1 week.

N.B. - Patienten met meerdere verwijzingen tegelijk zijn evenzevele malen geteld

Naar: Blanjaar, Regulering van Patientenstromen.....