

Slimme triage leidt tot 70 procent minder fysieke consulten

Preoperatieve screening kan eenvoudiger en sneller

Als bijvangst van de indertijd noodzakelijke covid-19-maatregelen is gebleken dat de preoperatieve screening (POS) veel efficiënter kan. Door hoog- en laagrisicopatiënten vooraf te scheiden is dit consult bij een groot deel van de patiënten telefonisch mogelijk.

Maarten van Wijk
anesthesioloog, medisch
manager, Jeroen Bosch
Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

Manuela DiBiase
anesthesioloog, Jeroen Bosch
Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

Toine Hendriks
unithoofd POS & Intake
operatiecentrum, Jeroen Bosch
Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

Barbe Pieters
anesthesioloog, Jeroen Bosch
Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

Begin maart 2020 werd Noord-Brabant getroffen door covid-19. Dit dwong het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) tot onmiddellijke, drastische maatregelen: afschalen van electieve operaties en poliklinieken, opschaling van ic-capaciteit. Meteen was ook duidelijk dat een deel van de operaties wel doorgang moest vinden: onder andere oncologie, traumatologie en verloskunde. Voor deze categorie patiënten bleef de al bestaande POS-polikliniek (Pre-Operatieve Screening) noodzakelijk, waar elke patiënt door een POS-medewerker en een anesthesioloog werd beoordeeld. In het JBZ betrof dit zo'n 18 duizend bezoeken per jaar.

Om het aantal bezoeken aan het ziekenhuis terug te dringen en tegelijkertijd de kwaliteit van de perioperatieve zorg te handhaven, werd er nu echter voor gekozen om een geselecteerde groep patiënten telefonisch te screenen. In eerste instantie gebeurde deze selectie door een anesthesioloog, die patiëntendossiers en medische voorgeschiedenis handmatig beoordeelde. Een tijdrovende en inefficiënte bezigheid, waarbij er bovendien een ongewenste variatie bleek te bestaan in de beoordeling door de verschillende anesthesiologen. Naar aanleiding hiervan is er gewerkt aan de ontwikkeling van een triageprocedure: PACMAN (Preoperative triAge to optimise efficiency of the screening process: an algorithm to streamline elective surgical patients). Hiervoor werd een werkgroep ingericht bestaande uit drie anesthesiologen, drie POS-medewer-

kers en het unithoofd POS. Informatie gebaseerd op (inter)nationale richtlijnen, protocollen en perioperatieve risicoscores werd geanalyseerd en gecombineerd om te bepalen voor welk type consult patiënten in aanmerking zouden komen: telefonisch of fysiek. Dit triagealgoritme, dat in eerste instantie handmatig werd toegepast, is vervolgens gedigitaliseerd met behulp van externe ICT-consultants. Om het triagesysteem makkelijk toegankelijk te maken voor de patiënten is het inmiddels ingebouwd in een app. Op deze manier kunnen patiënten op eenvoudige wijze zelf de triage in gang zetten. De doorlooptijd van het ontwikkelproces bedroeg zes maanden.

Logistieke voordelen

De effectiviteit van PACMAN is geanalyseerd in een studie met duizend patiënten (publicatie volgt). De resultaten van deze analyse laten zien dat het gebruik van PACMAN leidt tot een afname in het aantal fysie-



ke POS-consulten van 70 procent, zonder een toename in perioperatieve complicaties of late (<24 uur) annuleringen. Let wel, dit geldt voor electieve, niet-hoogrisico-chirurgie. Patiënten gepland voor een hoogrisico-ingreep worden conform de richtlijnen van de Europese en Nederlandse Verenigingen van Anesthesiologie (ESA en NVA) altijd fysiek gescreend.

Betere triage leidt tot minder werkdruk meer werkplezier

Invoering van het triagesysteem heeft geleid tot een aantal grote logistieke voordelen. Vóór implementatie werden vijftien patiënten per dag per spreekuur ingepland met eenzelfde tijdslot van dertig minuten, ongeacht de gezondheidstoestand van de patiënt en het soort operatie. Beoordeling van een complexere casus (bijvoorbeeld ASA-PS IV) leidde vaak tot vertraging, met als gevolg spreekuuroitloop en langere wachttijden. Op deze manier screenden zes POS-medewerkers en één anesthesioloog negentig patiënten per dag. In de nieuwe situatie is voor een telefonisch consult van een relatief gezonde patiënt een tijdslot van twintig minuten voldoende, terwijl voor een fysiek consult nu een tijdslot van veertig minuten wordt ingepland. Wie daadwerkelijk een fysiek consult moet krijgen wordt bepaald door het algoritme in het triagesysteem. Bij een combinatie van bepaalde antwoorden leidt het algoritme betrouwbaar af welke patiënt daadwerkelijk naar het ziekenhuis moet komen voor een fysiek consult. Ook patiënten voor een hoogrisico-ingreep komen naar het ziekenhuis voor lichamelijk onderzoek, zo nodig een ecg, labonderzoek en eventueel een verwijzing naar een ander specialisme.

De groep patiënten voor een fysiek consult bedraagt nu dus 30 procent van het totaal, de groep teleconsult 70 procent.

Minder werkdruk

Zodoende is het mogelijk om met dezelfde personele inzet 108 patiënten te beoordelen, wat neerkomt op een capaciteitsuitbreiding van 20 procent. Screening van deze 108 patiënten in de oude systematiek was neergekomen op 1,25 fte POS-medewerker extra op jaarbasis; een besparing van bijna 100.000 euro per jaar. Daarnaast wordt, in de huidige situatie, een fysiek consult afgewisseld met twee telefonische consulten. Hierdoor leidt uitloop van een fysieke screening niet direct tot een overvolle wachtkamer. Bovendien worden de telefonische consulten in een algemene werklust gepland in plaats van in de individuele spreekuur-agenda's. Daardoor is er meer flexibiliteit en kunnen POS-medewerkers eventueel telefonische consulten van elkaar overnemen. Dit heeft geleid tot een vermindering van de werkdruk en een toename van het werkplezier. Door het loslaten van planning in de spreekuuragenda's hoeft het planbureau deze afspraken ook niet meer in te plannen. Doordat 70 procent van de patiënten nu telefonisch wordt gescreend, zijn er ongeveer 12 duizend afspraken minder in te plannen per jaar, en dus nogmaals een personele besparing (nu op het planbureau) van ongeveer 40.000 euro. Ten slotte leidt deze nieuwe werkwijze ook tot grote voordelen voor patiënten, die, als zij gepland staan voor een telefonisch consult, immers niet meer naar het ziekenhuis hoeven te komen, en daarmee tijd en geld besparen. De ervaring leert dat patiënten telefonisch goed bereikbaar zijn; slechts sporadisch moet opnieuw worden gebeld.

Concluderend leidt invoering van een triagesysteem voorafgaand aan het preoperatief anesthesiologisch consult tot een aanzienlijke, veilige reductie van het aantal fysieke POS-bezoeken met verbetering van efficiëntcy, kostenbesparing en bovendien voordelen voor de patiënt tot gevolg.

contact

m.van.wijk@jbz.nl

cc: redactie@medischcontact.nl



→ Meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.