

EEN ALLESOMVATTEND BEZOEK

Functieafdeling in de hoofdrol op poli Cardiologie

In 2004 reduceerden de Tergooizekenhuizen bij de poli Cardiologie de wachttijden voor patiënten zonder spoedeisende problemen. Vervolgens voerden zij het *one stop visit*-model in. Resultaat: patiënten doorlopen tijdens één bezoek het hele onderzoekstraject. Aansluitend licht de cardioloog diagnose en behandelplan toe.

TONNIS KEIJER
GERDI VAN DALEN

Binnen de gezondheidszorg is een verschuiving zichtbaar richting *one stop shop service*. Patiënten willen zo snel mogelijk weten wat hen mankeert en wat daaraan is te doen. De ontwikkeling van diagnostische technieken maakt het snel beantwoorden van dergelijke vragen mogelijk. Daaraan zijn wel voorwaarden verbonden: verschillende afdelingen moeten hun werkzaamheden op elkaar afstemmen en zich flexibel opstellen.

Het voordeel voor de patiënt is duidelijk: die hoeft minder lang in spanning te zitten. Voor de organisatie levert die werkwijze efficiëntiewinst op. Ook car-

diologen van Tergooizekenhuizen zien voordelen in het concept *one stop visit*. Zij werkten het de afgelopen jaren uit als vervolg op het project Werken zonder wachttijst.

EERSTE HART HULP

De afdeling Cardiologie van Tergooizekenhuizen heeft sinds 2003 diverse logistieke verbeteringen doorgevoerd. Zo is de Eerste Hart Hulp gestart om de acute cardiologische patiënt zo goed mogelijk op te vangen. Deze voorziening is inmiddels niet meer weg te denken uit de dagelijkse praktijk. In 2004 realiseerde de verpleegafdeling Cardiologie het Doorstroomproject, gericht op optimale beddenbezetting en doorstroming.¹ De principes bij deze logistieke verbeterprojecten zijn grotendeels dezelfde als voor de *one stop visit*: direct doen wat nodig is, alle onderdelen van het zorgproces op elkaar afstemmen, van tevoren inschatten wat de benodigde aard en duur van diagnostiek en therapie zal zijn en zorgen voor continue afstemming van zorgvraag en -aanbod.

In 2003 verhuisde de polikliniek Cardiologie, locatie Hilversum, naar een nieuw gebouw. Polikliniek, hartfunctie (echokamer, ergometrie-kamer, ECG/holterkamer, pacemakerruimte) en hartfalenpolikliniek kwamen samen op één afdeling. De vier cardiologen draaien hier in twee kamers tegelijk hun spreekuur volgens een carrouselstelsel. Een vaste polikliniekassistente begeleidt de eerste patiënt naar de ene spreekkamer, legt het poliklinische dossier klaar, meet de bloeddruk en maakt op de monitor de recente labuitslagen van de patiënt zichtbaar. Als de arts start met het consult, vertrekt de polikliniekassistente en begeleidt de volgende patiënt naar de tweede onderzoekskamer. Zodra de arts klaar is met het eerste consult, vangt de polikliniekassistente de patiënt op en regelt eventuele vervolgafspraken. Dit is een efficiënte manier om een spreekuur

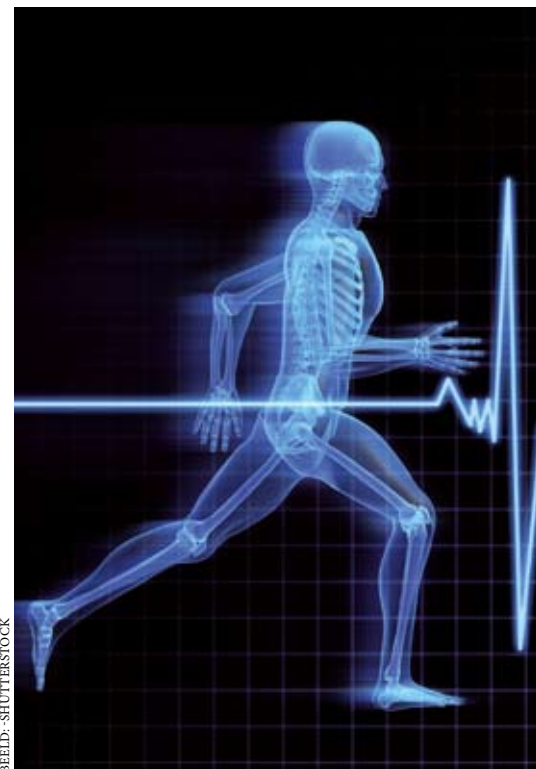
te draaien, zeker als arts en polikliniekassistente op elkaar zijn ingespeeld.

WACHTTIJDEN

In 2004 startte de polikliniek Cardiologie met het project Werken zonder wachttijst. Hierin begeleidt het CBO poliklinieken bij het terugdringen van de toegangstijden zonder dat hiervoor capaciteitsuitbreiding nodig is en dit tot productieverlies leidt. De toegangstijd is de tijd tussen het maken van de afspraak en de afspraak zelf.

Inmiddels zijn in Medisch Contact diverse artikelen verschenen over de ervaringen die poliklinieken hiermee hebben.²⁻⁶ De methoden bestaan veelal uit het toepassen van bedrijfskundige logistieke principes op het poliproces,

Voordeel van het werken volgens het one stop visit-model is dat



BEELD: SHUTTERSTOCK

naar het voorbeeld van Mark Murray c.s.⁷

Voor de Tergooiziekenhuizen was de lange toegangstijd (ongeveer negen weken) voor cardiologische patiënten zonder spoedeisende problemen aanleiding tot deelname aan het project. Bij het eerste consult bij de cardioloog werd in veel gevallen functieonderzoek afgesproken, bijvoorbeeld een echocardiogram en/of een fietstest. De wachttijd hiervoor bedroeg vier tot zes weken. Aansluitend werd de patiënt terugverwacht op de poli om tijdens een tweede consult bij de cardioloog de uitslag door te nemen en een behandeling af te spreken. Het kon wel vijftien weken duren voor een patiënt wist waar hij aan toe was. Bovendien moest hij daarvoor drie of vier keer naar het ziekenhuis komen. De cardioloog zag de patiënt tweemaal, met lange tussentijden.

Uit metingen van het functieonderzoek bleek dat echo-onderzoek sneller kon dan gepland. Door nieuwe apparatuur en de kortere afstanden binnen de polikliniek, kunnen cardiologen op ieder moment direct (offline) een echo beoordelen, terwijl de laborant rustig doorgaat met de volgende patiënt. Ook kan het standaardonderzoek op de functieaf-

deling door een specifiekere vraagstelling van de arts in veel gevallen worden beperkt tot gericht (deel)onderzoek. Op basis hiervan besloot het projectteam de onderzoeksduur aan te passen, waarna de toegangstijd voor echocardiografie daalde tot nul dagen. Omdat functie-assistenten naast echo's ook fietstesten

direct uit te voeren, zodat de patiënt na één consult weet wat de diagnose is en waaruit het behandelplan bestaat.

Het vernieuwende van deze tweede fase, het implementeren van het *one stop visit*-model, is dat de patiënt na het gesprek met de arts direct het benodigde vervolgonderzoek ondergaat. Aanslui-

Na het gesprek met de arts, ondergaat de patiënt direct het vervolgonderzoek

afnemen, verdween ook hiervoor de toegangstijd. De planningstermijn voor consulten werd verkort tot zes weken: langer wordt niet vooruit gepland.

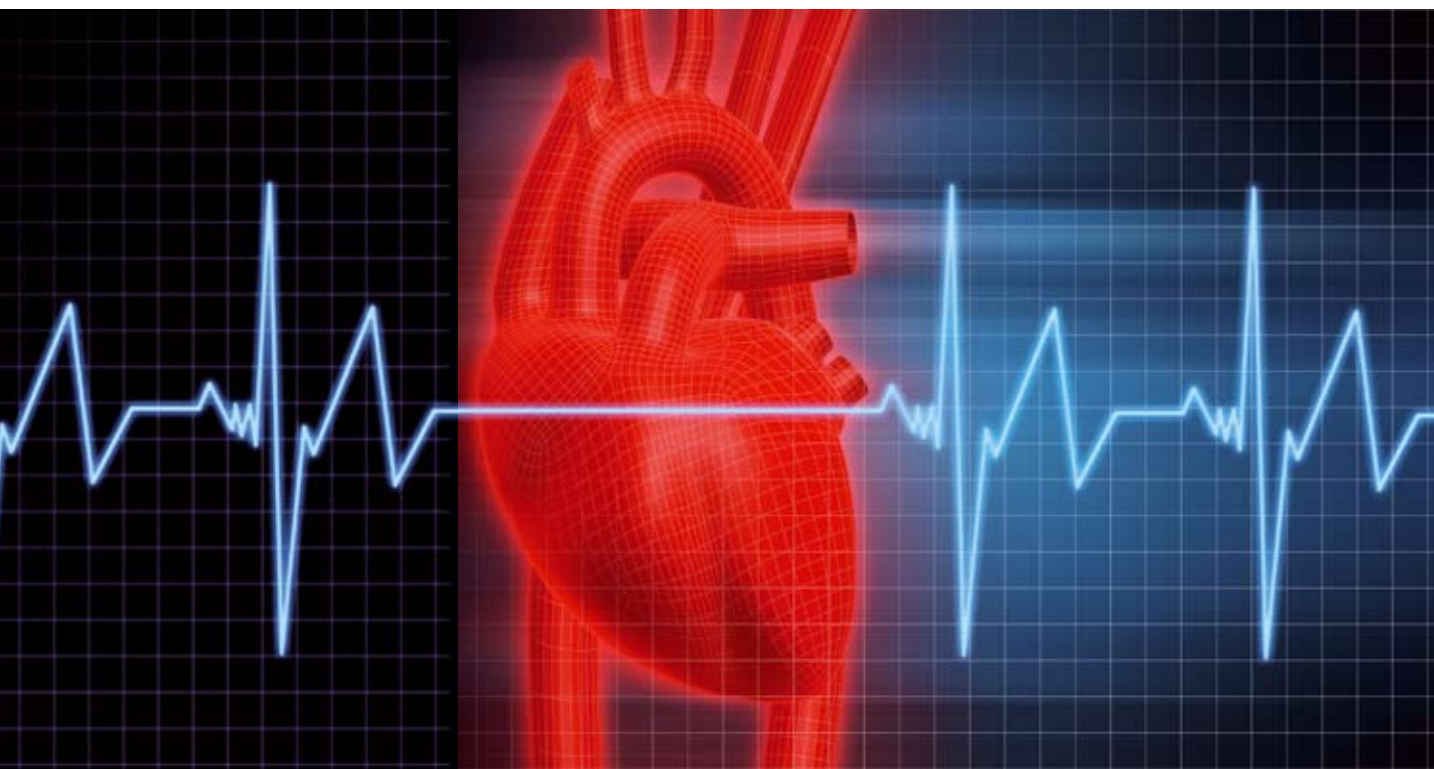
NOG EFFICIËNTER

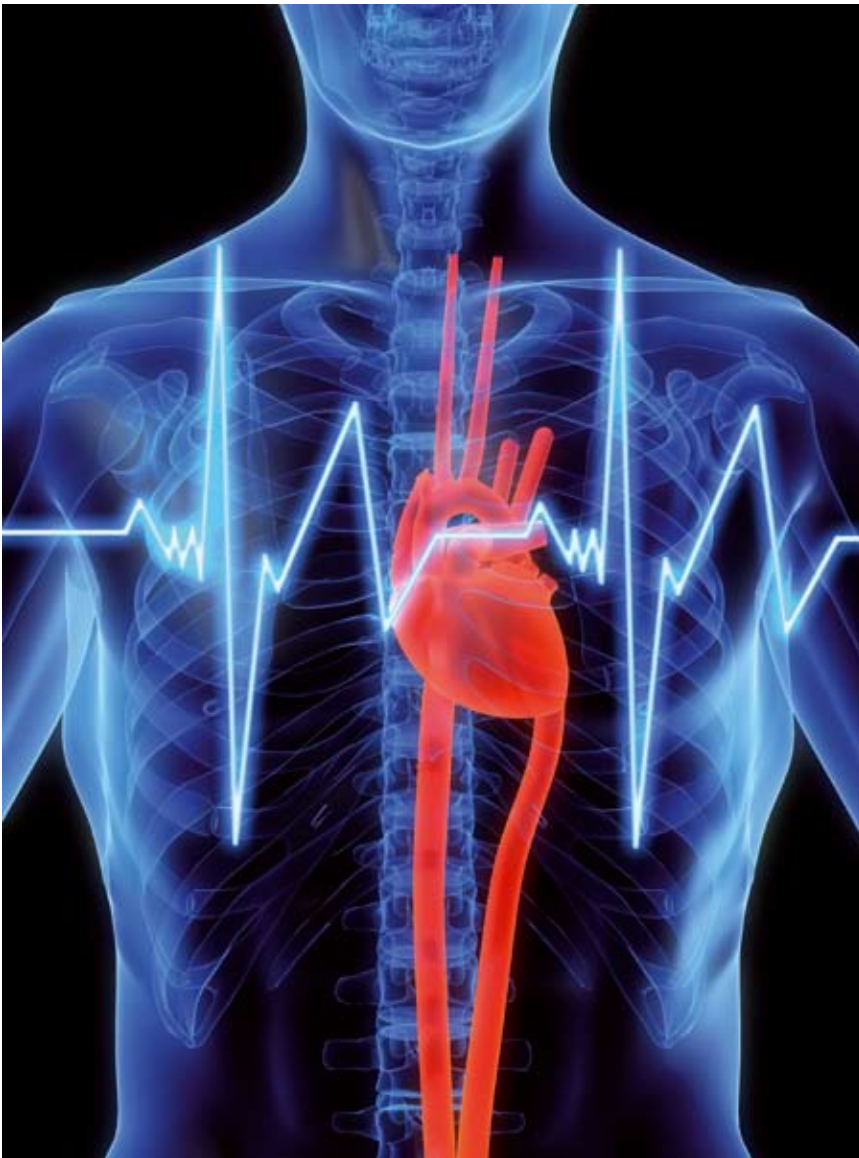
Het projectteam wilde de poliklinische cardiologieconsulten echter nog efficiënter organiseren. Nadat de wachttijden grotendeels waren weggewerkt en de toegangstijden verkort, is daarom eind 2004 het *one stop visit*-model ingevoerd. Doel hiervan is om zo veel mogelijk onderdelen van het totale poliklinische traject

tend bespreekt de arts met de patiënt de uitslagen en het behandelplan. De patiënt verblijft door deze werkwijze wel langer op de polikliniek dan voorheen, maar hierover krijgt hij bij het maken van de afspraak van de polikliniekassistente al een informatiebrief. Ook krijgt hij dan een vragenlijst die hij voorafgaand aan het polibezoek invult.

Deze nieuwe werkwijze vereist wel een flexibeler opstelling van functie-assistenten. Niet iedere nieuwe patiënt krijgt immers zowel een echo als een fietstest en een holterelektrocardiogram. De >>

de patiënt direct duidelijkheid heeft, in plaats van na 13 of 15 weken.





Om het poliklinisch traject soepel te laten verlopen, moet het personeel van de afdeling naast echocardiografie bijvoorbeeld ook ergometrisch onderzoek of ander poliklinisch werk kunnen verrichten.

<< volgorde van de onderzoeken wordt tevoren bepaald, maar kan in samenspraak met de arts veranderen als voortgang en volgorde dat vereisen.

Voordeel van het werken volgens het *one stop visit*-model is dat de patiënt nu direct duidelijkheid heeft, in plaats van na dertien tot vijftien weken. Ook de arts wint tijd. Omdat alle informatie nog vers in het geheugen zit, hoeft hij niet het hele dossier opnieuw door te nemen. Hij kan de uitslagen direct meedelen en de diagnostische fase tijdens één bezoek afronden. De poliklinische brief wordt nog dezelfde dag gedictieerd en naar de huisarts verzonden.

VOORSPELBAAR

Werken met het *one stop visit*-model stelt eisen aan de organisatie. Alle onderdelen van het poliklinische onderzoek moeten

na elkaar en zonder wachttijd of communicatiestoornissen plaatsvinden. Dat vergt de nodige voorbereiding. Om de voorspelbaarheid te vergroten, moet van tevoren bekend zijn waarvoor de patiënt komt. Een heldere verwijfsbrief van de huisarts biedt duidelijkheid. Daarnaast is de patiënt behulpzaam door een vragenlijst over voorgeschiedenis, medicatie en andere relevante informatie in te vullen.

Het spreekuur wordt door zowel de arts als de polikliniekassistent los van elkaar voorbereid. Vlak voor het spreekuur hebben zij contact over bijzonderheden, bijvoorbeeld over te verwachten langere gesprekken of het ontbreken van medische gegevens, zoals een recente ontslagbrief. Zonodig passen zij het spreekuur tussentijds aan. Op basis hiervan kan de functieafdeling van tevoren inschatten hoeveel onderzoeken er

moeten worden uitgevoerd. Tussen de functieonderzoeken vinden klinische onderzoeken plaats. Bij extreme drukte fungeert de functieafdeling als buffer.

Bij het werken met het *one stop visit*-model is het ook van belang om bij alle patiënten zoveel mogelijk dezelfde werkwijze te volgen (standaardisatie). Om te zorgen dat het poliklinisch traject ter plekke soepel verloopt en ter voorkoming van interne wachtrijen en -tijden, is voldoende tijd en personeel nodig voor het uitvoeren van de onderzoeken. Dit wordt makkelijker als de afdeling in staat is om interne buffers in te bouwen, bijvoorbeeld doordat het personeel van echocardiografie ook ergometrisch onderzoek of ander poliklinisch werk verricht. Een zekere autonomie en flexibiliteit van deze organisatieonderdelen zorgt ervoor dat de volgorde van onderzoeken zo nodig is te veranderen, zodat eventuele wachttijden worden gereduceerd. Dit staat of valt echter met de kwaliteit van de communicatie tussen arts, polikliniekassistent (de coördinator van het proces) en functielaboranten. Omdat het spreekuur is voorbereid, kan de arts goed inschatten in welke volgorde welke onderzoeken moeten plaatsvinden. De polikliniekassistent kan hierin zonodig wijzigingen aanbrengen. Door de opzet van de polikliniek (alles dichtbij elkaar) is tussentijds overleg snel geregeld.

ERGOMETRIE

Bij aanvang van de nieuwe werkwijze (begin 2004) en na de volledige introductie ervan (2005), zijn de toegangs- en wachttijden en de consult- en onderzoeksduur in een willekeurige werkweek gemeten. Het betrof een groep van 55 nieuwe patiënten en 260 controlepatiënten. De productiecijfers van 2004 en 2005 zijn met elkaar vergeleken. Allereerst daalden tussen 2004 en 2005 de wachttijden voor ergometrie en echocardiografie van respectievelijk vijf en zes weken naar nul weken. De totale toegangstijd daalde van ruim negen weken naar minder dan twee weken. De poliklinische productie in eerstepolibezoeken (EPB's) nam toe met 4 procent; het aantal controlebezoeken daalde met 8 procent.

De herhaalfactor (gedefinieerd als het aantal controlepatiënten gedeeld door het aantal nieuwe patiënten) daalde met 28 procent van 2,84 in 2004 naar 2,05 in 2005. De mediane interne wachttijd voor nieuwe patiënten bedraagt nu een kwartier, bij een totale verblijfsduur

SAMENVATTING

- *Het one stop visit-model is een aanwinst voor patiënten, artsen en de organisatie: door invoering ervan zijn de toegangstijdstijden voor de polikliniek Cardiologie bij Tergooiziekenhuizen, locatie Hilversum, sterk gedaald en is de productie licht gestegen.*
- *Om te zorgen dat het poliklinisch traject soepel verloopt en ter voorkoming van interne wachtrijen en wachttijden, is voldoende tijd en personeel nodig voor het uitvoeren van onderzoeken.*
- *Voorwaarden voor een succesvolle introductie zijn een zorgvuldige voorbereiding van het spreekuur en een flexibelere polikliniekorganisatie.*

van 48 minuten (13 minuten consult, 20 minuten functieonderzoek). De wachttijd voor controlepatiënten was te verwaarlozen (gemiddeld 6 minuten, mediana nul).

De gemiddelde doorlooptijd van het diagnostische traject, uitgaande van twee functieonderzoeken, daalde aanzienlijk ten opzichte van de oude situatie: van 81 dagen in 2004 naar 62 dagen in 2005.

Het gemiddelde aantal polikliniekbezoeken per patiënt verminderde van meer dan drie naar één. Het aantal artsenconsulten tijdens deze bezoeken nam af van twee naar één. Verder daalde het aantal baliecontacten (aantal keren dat de patiënt zich moet melden bij de doktersassistenten) tijdens deze bezoeken van zes naar één en nam het aantal telefonische afspraken iets toe.

Van de nieuwe patiënten verbleef 95 procent korter dan anderhalf uur op de polikliniek. De maximaal gemeten doorstroomtijd bedroeg 108 minuten. Meer

Uiteraard is extreme drukte hierop van invloed.

Patiënten wachten nu ongeveer een kwartier voor twee consulten en twee functieonderzoeken; vier minuten per onderdeel. Hoewel dit voor patiënten mogelijk een nadeel vormt, is dit paradoxaal genoeg zeer functioneel voor het *one stop visit*-systeem vanwege de bufferwerking die ervan uitgaat. De patiënten hebben er overigens geen moeite mee omdat een en ander van tevoren al bij het maken van de poliafspraak is aangekondigd.

DOWNLOADEN

In de nabije toekomst is te verwachten dat huisartsen patiënten zullen aanmelden via internet of dat patiënten zichzelf aanmelden. De benodigde vragenlijsten en patiënteninformatie worden dan direct gedownload. Informatie over de patiënt voorafgaand aan het polibezzoek is namelijk van wezenlijk belang om het

In de toekomst zullen patiënten zichzelf aanmelden via internet

dan 95 procent van de nieuwe patiënten heeft bij het verlaten van de polikliniek alle onderzoeken, inclusief de uitslag, gehad. Artsen en polikliniekpersoneel ervaren de nieuwe werkwijze als zeer plezierig. Ook de patiënten zijn enthousiast.

EXTREME DRUKTE

Cruciaal in het model is de centrale rol van de functieafdeling voor alle onderdelen van de afdeling Cardiologie. Dit vergt flexibiliteit, maar dat kan door juist gebruik van de bufferwerking juist een voordeel zijn voor de polikliniek.

diagnostisch proces te kunnen plannen en op gang te houden. Bij gebrek hieraan wordt soms meer onderzoek gedaan dan strikt noodzakelijk is.

Daarnaast kan het natuurlijk voorkomen dat de arts een patiënt aan het eind van zijn *one stop visit* een verstrekkende diagnose moet meedelen. De arts heeft altijd wel de tijd om in zo'n geval een langer gesprek te voeren. Vaak wordt hiervoor nog een tweede gesprek gepland.

Een mogelijke beperking van het *one stop visit*-model is dat het voor sommige patiënten moeilijk is om, na alle

diagnostiek binnen een uur, alle informatie uit het eindgesprek te bevatten. Dit levert sporadisch aanvullende telefonische vragen op. De tijd die het kost om die vragen te beantwoorden, staat echter niet in verhouding tot alle voordelen die het werken met het *one stop visit*-model patiënten en medewerkers van de polikliniek Cardiologie oplevert. ■

dr. J.T. Keijer,
cardioloog

ir. G. van Dalen,
managementtrainee

Tergooiziekenhuizen, locatie Hilversum

Correspondentie: gvandalen@tergooziekenhuizen.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Literatuur

1. Dalen G van, Titulaer A, Keijer JT, Wempe FN, Gepland ontslag. Doorstroom van patiënten kan aanzienlijk verbeteren. *Medisch Contact* 2005; 60: 1164-5. 2. Minkman MMN, Rouppe van der Voort MBV, Janssen SFMM, Schellekens WLMCM. Werken zonder wachtlijst. Minder stress op de polikliniek door andere werkwijze. *Medisch Contact* 2003; 58: 416-8. 3. Blanken R, Schuur J, Slager N, Eskes E, Stralen T van, Deinum M, Minkman MMN. Wachtlijst weggewerkt. Het succesverhaal van een dermatologische polikliniek. *Medisch Contact* 2004; 59: 328-31. 4. Kuper HH, Kruijssen MWM, Sauerwald VAH, Rouppe van der Voort MBV. De winst van gedeelde zorg. Nieuwe zorgvormen beïnvloeden patiëntenaanbod en wachttijd. *Medisch Contact* 2004; 59: 370-2. 5. Bodegom JW van, Rouppe van der Voort MBV, Merode GG van. Controle over vraag en aanbod. Zorg standaardiseren, capaciteit flexibiliseren. *Medisch Contact* 2004; 59: 469-71. 6. Blaauw AAM Ton E, Simons SAP, Raadgever BJ, Rouppe van der Voort MBV. Doel gemist, missie geslaagd. Poli verkort toegangstijden minder dan gehoopt. *Medisch Contact* 2004; 59: 500-3. 7. Murray M, Tantau M. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *American Academy of Family Physicians*, september 2000.



Andere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op de website of via www.medischcontact.nl/dezeweek.