

Bedrijfskundig onderzoek naar de wachttijden in het gezondheidscentrum Withuis te Venlo*

IR. J. L. F. M. HALFERKAMPS, BEDRIJFSKUNDIGE**

Na een korte uiteenzetting over de studierichting bedrijfskunde aan de Technische Hogeschool Eindhoven wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de wachttijden van patiënten – op het vrije spreekuur en het afspraakspreekuur – in het gezondheidscentrum Withuis te Venlo. Aan de analyse van deze veelal langdurige wachttijden worden enkele conclusies en aanbevelingen verbonden. Los van dit thema worden ten slotte enkele suggesties gegeven voor bedrijfskundig onderzoek in de eerstelijns gezondheidszorg.

De doelstelling van de opleiding tot bedrijfskundig ingenieur aan de Technische Hogeschool Eindhoven, zoals die in 1966 werd geformuleerd, luidt: De bedrijfskundige ingenieursopleiding heeft tot doel wiskundig en natuurwetenschappelijk geschoolde academici op te leiden, die het (dienstverlenend) bedrijf kunnen zien als een systeem van technische, economische en socio-psychologische factoren. Hij dient in staat te zijn maatschappelijke functies te vervullen, waarbinnen analyse, ontwerp en besturing van zulke systemen de meest essentiële elementen vormen. Bedrijfskunde is sinds een aantal jaren onder meer bezig met onderzoek in de gezondheidszorg. Hiertoe participeert de vakgroep Organisatiekunde onder leiding van Prof. Dr. H. Feitsma in het ziekenhuis-researchproject. Hierin doet, naast voornoemde vakgroep, een aantal andere groepen en afdelingen van wetenschappelijke instituten – waaronder het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen van de faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit te Utrecht als coördinator – onderzoek in de intramurale gezondheidszorgverlening. In dit licht bezien is de hier beschreven studie te beschouwen als een pilotstudie, teneinde na te gaan in hoeverre (aankomende) bedrijfskundigen de extramurale gezondheidszorg met onderzoeken van dienst kunnen zijn. Vandaar dat tot slot een lijst suggesties voor verder onderzoek

door bedrijfskundige doctoraalstudenten wordt gegeven.

Wachttijden in een gezondheidscentrum

Bij het uitgevoerde onderzoek – op welke manier en met welk doel is wat verzameld? – werd als eerste probleemstelling geformuleerd: Onderzoek in hoeverre er zowel bij het vrije spreekuur als bij het afspraakspreekuur wachttijden voor patiënten optreden; geef na analyse van deze tijden oplossingen om de wachttijden in de toekomst te verkleinen voor zover er sprake is van extreem lange wachttijden. Teneinde inzicht te verkrijgen in de wachttijden van patiënten zou gedurende twee weken (tien werkdagen) van alle, voor een consult bij de huisartsen in het gezondheidscentrum binnenkomende patiënten moeten worden verzameld:

- tijdstip van binnenkomst in het centrum;
- afspraaktijdstip (voor zover het een afspraakspreekuur betrof);
- tijdstip van begin van het consult;
- tijdstip van einde van het consult.

Om deze tijdstippen zo exact mogelijk vast te stellen werd een registratie op kaarten voorgesteld, waarbij een tijdregistratiesysteem (de zogenaamde prikklokken) zou kunnen worden gebruikt. Rekening houdende met het feit, dat de vier in het gezondheidscentrum zitting houdende huisartsen tegelijk hun vrije spreekuur houden, alsmede om te voldoen aan de eis het normale functioneren in het centrum zo min mogelijk te verstoren, werd de artsen voorgesteld in hun spreekkamer een (kleine, onopvallende) tijdsklok te plaatsen, teneinde door hen het tijdstip van begin en

einde van het consult vast te laten leggen. Slechts één niet-teamlid zou dan bij de ingang van het gezondheidscentrum met een tijdsklok en de registratiekaarten aanwezig hoeven te zijn om het tijdstip van binnenkomst (en eventueel het afspraaktijdstip) vast te leggen. Daarna zou iedere patiënt zijn eigen kaart kunnen meenemen en bij het begin van het consult aan de arts overhandigen.

Nadat de huisartsen dit voorstel hadden goedgekeurd werd voor dit doel een registratiekaart ontworpen, waarop onder andere de registratie van de verschillende tijden, zoals aankomst centrum, tijdstip afspraak, begin consult en einde consult kon plaatsvinden. Na een bericht aan de patiënten (via het door het gezondheidscentrum enkele malen per jaar uitgebrachte contactblad) werd het onderzoek verricht gedurende de tweede en derde week van januari 1976.

Resultaten uit het onderzoek

Gedurende het twee weken durende onderzoek bleken 1022 patiënten tijdens de spreekuren de huisartsen in het gezondheidscentrum te consulteren (naar de mening van de teamleden waren deze twee weken als gemiddeld te beschouwen). Omdat twaalf patiënten weigerden aan het onderzoek mee te doen, werden van 1010 patiënten de tijden geregistreerd. Van hen kwamen 603 op het vrije spreekuur, waarbij de totale consulttijd voor de vier huisartsen op 64 uur en 43 minuten kwam (gemiddeld per patiënt 6,44 minuut). De overige 407 patiënten consulteerden hun huisarts na afspraak. De totale consulttijd hierbij bedroeg 74 uur en 21 minuten (gemiddeld per patiënt 10,96 minuut).

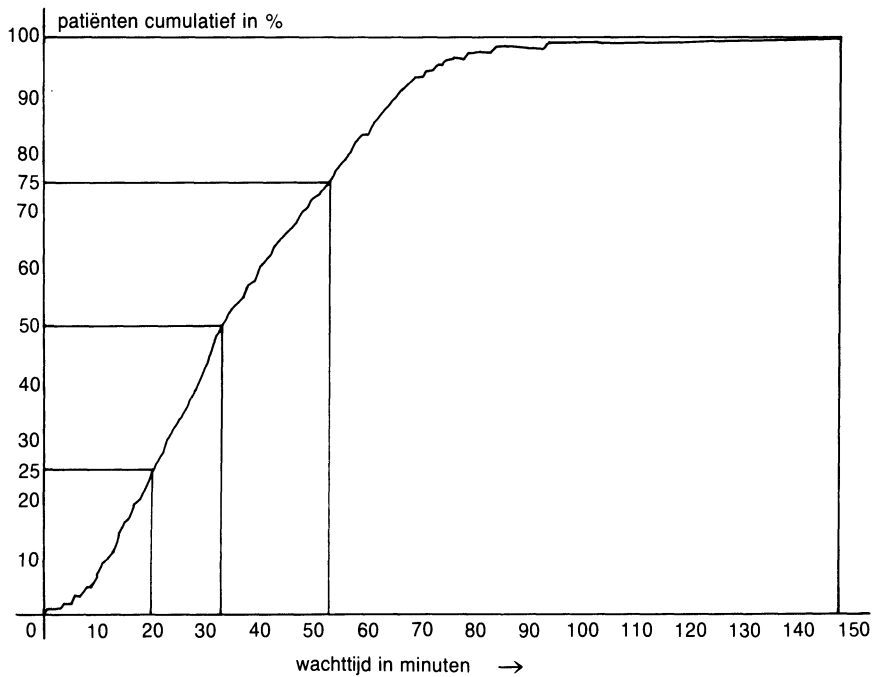
Analyse wachttijden vrije spreekuur

Opgevallen in de eerste plaats is dat iets meer dan 10 procent van de behandelde patiënten na het sluitingstijdstip binnenkomt; men kan tussen 8 en 9 uur binnenkomen om de huisarts op het vrije spreekuur te consulteren.

Totaal wachtten de 603 patiënten 22.857 minuten (ongeveer 380 uur), of wel iedere

* Samenvatting van een gedeelte van een doctoraalscriptie. Lijn in de eerste lijn, een bedrijfskundige benadering van de eerstelijns gezondheidszorg.

** Thans werkzaam als stafmedewerker voor organisatievraagstukken bij het Sophia ziekenhuis te Zwolle.



Grafiek 1. Wachttijd van patiënten tijdens het vrije spreekuur.

patiënt gemiddeld bijna 38 minuten. De langste wachttijd bij het vrije spreekuur was 148 minuten (2½ uur!). In grafiek 1 is de wachttijd in minuten uitgezet tegen een cumulatieve telling van de patiënten in procenten.

Uit deze grafiek leest men af, dat 25 procent van de patiënten binnen 20 minuten wordt geholpen, 50 procent meer dan 33 minuten wacht en 25 procent langer dan 53 minuten anti-chambreert.

Er zijn nog geen normen ontwikkeld om te toetsen in hoeverre deze resultaten wel of niet aanvaardbaar zijn; ieder kan daarover dus een eigen oordeel hebben.

De wachttijd bij het vrije spreekuur is in sterke mate afhankelijk van het aantal patiënten, dat op het vrije spreekuur wordt toegelaten (indien er wordt uitgegaan van de veronderstelling, dat de patiënten aan het begin van het spreekuur binnenkomen). Inkorten van de totale tijd van het vrije spreekuur brengt minder lange wachttijden mee. Zou in het gezondheidscentrum een beperking van het aantal toegelaten patiënten worden ingevoerd, dan krijgt men het volgende beeld (hierbij is gerekend met de tijden, zoals aangetroffen tijdens het gehouden onderzoek):

- worden dagelijks slechts tien patiënten per arts toegelaten, dan wachten de patiënten gemiddeld 28 minuten (langste tijd: 74 minuten);
- worden slechts acht patiënten toegelaten, dan wachten de patiënten gemiddeld 25 minuten met een langste wachttijd van 61 minuten;
- laat men slechts vijf patiënten per arts toe, dan wachten de patiënten gemiddeld

22 minuten met een langste wachttijd van 53 minuten.

Deze getallen geven een enigszins vertekend beeld omdat bij een beperking in de toelating mag worden verwacht dat het maximale aantal toegelaten patiënten aan het begin van het spreekuur direct aanwezig zal zijn. De wachttijd is dan te berekenen volgens:

Gemiddelde wachttijd per patiënt = $\frac{1}{2} \times (\text{aantal toegelaten patiënten} - 1) \times \text{de gemiddelde consultduur}$. Op basis van de aangetroffen gemiddelde consulttijd van 6,44 minuten levert dit op:

- bij tien patiënten gemiddeld 29 minuten met een maximum van 58 minuten;
- bij acht patiënten gemiddeld 22½ minuut met een maximum van 45 minuten;
- bij vijf patiënten gemiddeld 13 minuten met een maximum van 26 minuten.

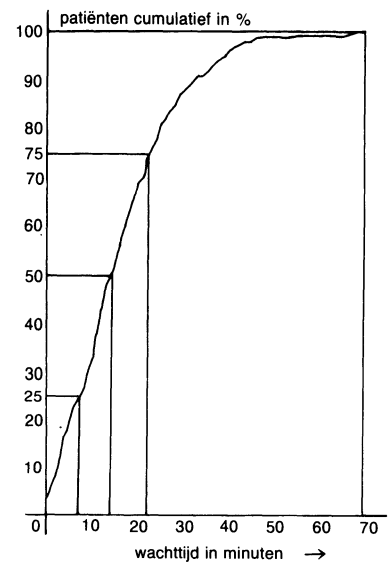
Beperking van het aantal patiënten op het vrije spreekuur heeft een aantal voordelen, zoals:

- de patiënten wachten gemiddeld minder lang;
- de dagindeling van de arts is tevoren beter te plannen (men weet immers hoeveel patiënten op het spreekuur komen);
- een aantal patiënten, dat uit psychologische overwegingen of anderszins niet wil, maar wel kan komen tot het maken van een afspraak (wat voor hen toch ook voordelen heeft), wordt nu min of meer gedwongen dit wel te gaan doen.
- meer tijd beschikbaar om volgens afspraak de huisarts te consulteren, waardoor de mogelijkheid bestaat voor dezelfde dag een afspraak te maken.

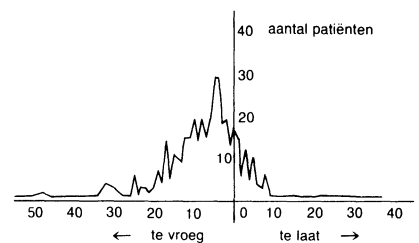
Analyse wachttijden afspraakspreekuur

Bij het afspraakspreekuur wordt volgens verwachting voor de patiënten een duidelijk gunstiger beeld (dat is: kortere wachttijd) aangetroffen dan bij het vrije spreekuur. Totaal wachtten de 407 patiënten 5.465 minuten (ongeveer 91 uur) vanwege het feit, dat het consulteren achterliep op de afspraakstippen. Daarenboven wachtten de patiënten 2.976 minuten (bijna 30 uur), omdat zij vroeger dan hun afspraakstip in het gezondheidscentrum aankwamen. In grafiek 2 is de wachttijd van deze patiënten uitgezet tegen een cumulatieve telling in procenten van het aantal patiënten. Deze grafiek laat zien dat 25 procent van de patiënten korter dan 7 minuten wacht, 50 procent langer dan 14 minuten en 25 procent langer dan 22 minuten, gerekend vanaf het tijdstip van de afspraak. Deze wachttijd dient nog te worden verhoogd, respectievelijk verlaagd met de tijd, die de patiënt te vroeg, respectievelijk te laat, in het centrum aankomt.

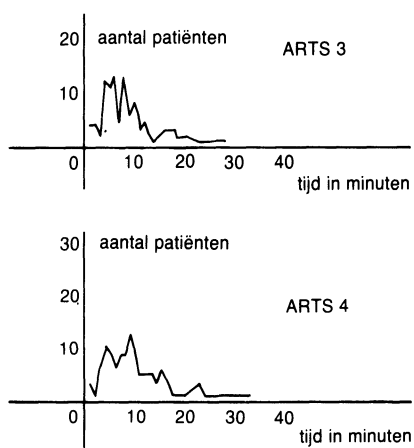
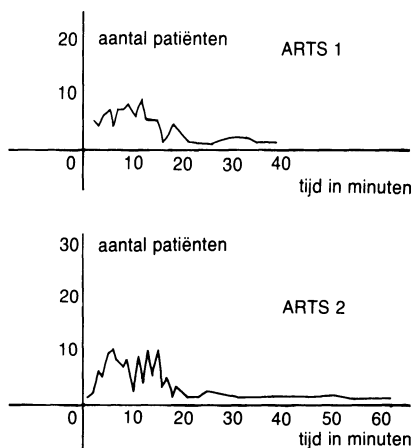
Grafiek 3 laat zien hoe de verdeling hiervan gedurende het gehouden onderzoek



Grafiek 2. Wachttijd van patiënten tijdens het afspraakspreekuur.



Grafiek 3. Registratie van de tijd welke de patiënt voor het afspraakspreekuur te vroeg, respectievelijk te laat in het centrum aankomt.



Grafiek 4. Consulttijd per arts per patiënt tijdens het afsprakspreekuur.

werd geregistreerd. Gemiddeld kwamen de patiënten 7,3 minuten te vroeg in het centrum aan voor de afspraak.

De wachttijd bij het afsprakspreekuur is afhankelijk van de consultuur tijdens het spreekuur en de geplande tijd per consult. Grafiek 4 laat zien hoe de consulttijd per huisarts gedurende het gehouden onderzoek bij het afsprakspreekuur fluctueerde en hoe groot hij was. De gemiddelde consulttijd per arts verschilde sterk, te weten 11,55 minuten, 12,11 minuten, 8,60 minuten en 10,31 minuten. Deze gemiddelden hebben in zoverre betekenis, dat men het afspraksysteem er op heeft gebaseerd (voor zover de assistenten niet weten, dat het een kort of extreem lang consult zal worden). Ten tijde van het gehouden onderzoek maakte men namelijk voor iedere arts uniform (!) elke tien minuten een nieuwe afspraak.

De verschillen tussen de werkelijk gemiddelden en de vermoede gemiddelden bewijzen, dat uniformering niet de aangewezen weg is om als basis voor het afspraksysteem te dienen. Teneinde een voorstel ter verbetering hiervoor te kunnen geven, werd gedurende vier dagen aan de patiënten vóór het consult gevraagd of zij konden aangeven hoe lang het consult naar hun mening zou duren. Van de 152 ondervraagde patiënten bleken 34 (22,37 procent) geen schatting te kunnen geven; 118 patiënten konden dit wel. Achteraf werden de geschatte tijden en de werkelijke tijden van de consulten met elkaar vergeleken. Uit de resultaten van de op deze twee series getallen uitgevoerde T-toets kon de conclusie worden getrokken dat patiënten een goede voorspeller van de consulttijd kunnen zijn.

Met behulp van een simulatie werd aangetoond dat het werken met de schattingen van de patiënten een vermindering van de wachttijden bij het afsprakspreekuur kan opleveren. Het zou interessant zijn na te gaan in hoeverre de uitspraken, hier op basis van een theoretische beschouwing gedaan, in de praktijk kloppen.

Conclusies en aanbevelingen

De wachttijd bij het vrije spreekuur is het grootst (per week 190 uur voor de huisartsen gezamenlijk). Wil men dit verminderen, dan kan worden overwogen minder patiënten tot het vrije spreekuur toe te laten. De hierdoor vrijkomende tijd is te gebruiken door het afsprakspreekuur te verlengen.

Het telefonisch consulteren tijdens de spreekuren zou men kunnen beperken tot de uiterst noodzakelijke; men zou daarvoor zowel in de ochtend- als tijdens de middagspreekuren een apart halfuurtje kunnen reserveren.

Spreekuren dient men niet al te lang achter elkaar te houden. Een buffer inbouwen om de mogelijke uitloop op te vangen lijkt zeer gewenst om de wachttijden te bekorten. Dit halfuur is te splitsen in een eerste kwartier om uitloop op te vangen en een tweede kwartier om patiënten de gelegenheid te geven voor telefonische consulten. De patiënt kan helpen de tijdsreserveringen bij het afsprakspreekuur vast te stellen. Kan een patiënt dit niet, dan kan alsnog het gemiddelde van de consulttijd (ongeveer tien minuten) worden aangehouden als tijdsreservering.

In het gezondheidscentrum Withuis is men thans doende enkele van de hier gedane voorstellen betreffende de organisatie van de spreekuren te realiseren. Na enige tijd zal nader moeten worden bezien in hoeverre het beoogde resultaat ook is bereikt.

Suggesties voor verder bedrijfskundig onderzoek in de eerstelijns gezondheidszorg

1 Indien de door velen gewenste samenwerking wordt geëffectueerd, welke problemen treden dan op bij de organisatieverbanden in dunbevolkte gebieden en hoe lost men deze dan op?

2 In hoeverre kunnen huisartspraktijken

worden verbonden met confessioneel georganiseerde kruisverenigingen en organisaties voor maatschappelijk werk?

3 Hoe is een samenwerking te realiseren, waarbij wordt gelet op de verschillen in aanpak en in grootte van het te verzorgen gebied; nader gepreciseerd: hoe komt men tot de vaststelling van een optimale teamgrootte van een samenwerkingsverband?

4 Hoe komt de patiënt tot de keuze van een huisarts en in hoeverre komt de vrije artsenkeuze in gevaar, met voor de patiënt duidelijke nadelen, indien de opzet van samenwerkingsverbanden per wijk is georganiseerd?

5 In hoeverre kan het verzekeringsstelsel voor ziektekosten worden ingepast in de opzet van het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen?

6 Onder welke omstandigheden is voor een samenwerkingsverband welk organisatieconcept te verkiezen? Hoe kan het organisatieconcept leiden tot het landelijke net van gezondheidszorgvoorzieningen?

7 In hoeverre is het organisatorisch, economisch en sociaal-psychologisch zinvol samenwerkingsverbanden bepaalde faciliteiten te geven? Hierbij valt te denken aan laboratorium-, eenvoudige röntgen- of ecg-apparatuur, daarnaast aan gebruik maken van ziekenhuisapparatuur met een snelle terugkoppeling van de uitslag.

8 Ten aanzien van de opzet van een samenwerkingsverband kan worden onderzocht in hoeverre technische hulpmiddelen voordelen bieden doordat de opzet groter in omvang is. Te denken valt hierbij aan een ander systeem om de patiëntengegevens op te slaan, de administratieve handelingen te vereenvoudigen of van een andere opzet van benadering van de patiënt.

9 Welke verbeteringen voor de teamleden (taakrotatie, specialisatie) en voor de patiënten (betere hulpverlening, meer keuze-vrijheid, minder wachttijd) zijn bij de samenwerkingsverbanden te realiseren? Welke nadelen heeft een samenwerkingsverband en hoe zijn die op te vangen?

Samenvatting. Na een beschrijving van de toegepaste methode van onderzoek wordt een analyse van de resultaten uit het gedurende twee weken gehouden onderzoek in dit gezondheidscentrum gegeven. Totaal consulteerden 1010 patiënten de artsen op het spreekuur; van hen waren 603 patiënten op het vrije spreekuur aanwezig, de resterende 407 patiënten maakten een afspraak (consulttijd respectievelijk 64 uur en 43 minuten en 74 uur en 21 minuten). De wachttijden van de patiënten bedroegen hierbij res-

pectievelijk 380 uur en 57 minuten en 91 uur en 5 minuten).

Na een analyse van het aangetroffen cijfermateriaal volgt een aantal aanbevelingen om de wachttijden te bekorten. Hierbij is tevens nagegaan in hoeverre patiënten een schatting van de consulttijd bij het afspraaksprekuren kunnen maken. In een theoretische benadering van deze schattingen wordt aangetoond, dat patiënten inderdaad een redelijk goede voorspeller zijn voor de verwachte consultduur; hiervan zou kunnen worden gebruik gemaakt.

Summary. Management study in the Wit-huis health centre in Venlo, with special reference to waiting times. A description of the method of investigation used is followed by an analysis of the results of the two-week study in this health centre. During surgery hours, the physicians were consulted by a total of 1010 patients: 603 without and 407 with previously made appointment (total consultation times: 64 hours and 43 minutes, and 74 hours and 21 minutes, respectively). The respective waiting times for the two groups of patients totalled 380 hours and 57 minutes, and 91 hours and 5 minutes.

An analysis of the numerical data is followed by a number of recommendations for reduction of waiting hours. The patients' ability to estimate the consultation time during surgery hours by appointment was also studied. In a theoretical approach to these estimates it is demonstrated that patients are indeed fairly proficient in predicting consultation times. It might be possible to make use of this proficiency.

Huisarts en professie (I)

De band van de huisarts met de professie

DRS. J. J. KLINKERT, SOCIOLOOG

In dit eerste van een serie van drie artikelen over huisarts en professie wordt een professie beschreven als een soort beroep, waarvan een door wetgeving gesteunde autonomie een fundamenteel kenmerk is. Voor de medische professie is dat autonomie op het terrein van ziekte en gezondheid. Enkele visies van sociologen op de relatie arts-professie worden weergegeven. Aan de orde komt ook het lid zijn van een professie, i.c. van medici, en de invloed van dit lidmaatschap op het handelen van de arts.

Enige tijd geleden is een vragenlijst gestuurd naar een steekproef* van Nederlandse huisartsen. Het betrof hier een onderzoek** in het kader van het project „Macht van artsen” van de vakgroep Algemene Sociologie van de Vrije Universiteit. Dit project, dat enige jaren geleden is gestart en in verschillende vormen is en wordt uitgevoerd*** is bedoeld om te komen tot een beter begrip van de al of niet aanwezige machtspositie van de arts als individu en van medici als groep in onze samenleving.

In dit en twee hierop volgende artikelen wil ik aandacht besteden aan enkele resultaten van dat onderzoek. Meer dan aan cijfermatige resultaten echter zal ik de theoretische achtergronden belichten. Dat is van belang, omdat op deze wijze iets duidelijk kan worden gemaakt van de ontwikkelingen die zich de laatste jaren in de

medische sociologie hebben afgespeeld. Ik zal daarom niet in de eerste plaats streven naar het „hard maken” van theoretische uitspraken (voor zover dat al mogelijk is in de sociologie), maar ingaan op de sociologische theorie die met dit onderzoek samenhangt.

In dit eerste artikel wordt het begrip „professie” behandeld en de band, welke de huisartsen daarmee onderhouden. Het tweede artikel is gewijd aan communicatieproblemen, waarbij de rol van het vooroordeel aan de orde komt. Het derde en laatste artikel zal de invloed van de patiënt op de arts behandelen. Tevens worden enkele daarvoor behandelde variabelen met elkaar in verband gebracht. Het geheel wordt afgesloten met een overzicht en enkele concluderende opmerkingen.

Het begrip professie

Waar mensen samenleven treedt een verdeling van het werk op. Sommigen worden boer en gaan graan verbouwen, anderen worden molenaar en malen de oogst van de boer tot meel en weer anderen worden bakker en bakken er brood van. Ieder neemt deel aan de arbeid die verricht moet worden om goederen te produceren en diensten te verlenen die de samenleving in stand houden en menselijke behoeften kunnen bevredigen.

Nu betekent arbeidsverdeling niet meteen beroepsvorming. Voor beroepsvorming is meer nodig. Van Doorn¹ meent dat men pas van een beroep kan spreken als er een zekere standaardisatie in de bezigheden optreedt; voorts worden vaak een zekere scholing en vorming vereist. Mok² definieert een beroep in meer sociologische termen als: een structuur, waarin de taak,

*Uitgestuurd zijn 393 vragenlijsten, waarvan 199 zijn terugontvangen. Van de geënquêteerden bleken 31 geen huisarts te zijn of geen huisartspraktijk meer uit te oefenen; dat is 15,6 procent van de respons. Nemen wij aan dat dit percentage ook geldt voor de niet-responderenden uit de steekproef, dan is deze 332 leden groot. Van de resterende responderenden zonden 168 de vragenlijst terug, van wie 26 dat blanco deden of op een manier die verwerking onmogelijk maakte. Derhalve is de respons te schatten op 42,8 procent. De verdeling van de responderenden naar urbanisatiegraad van praktijkgemeente wijkt niet essentieel af van de verdeling naar urbanisatiegraad van woongemeenten van de Nederlandse bevolking.

**Bij de uitvoering van dit onderzoek is nauw samengewerkt met het Instituut voor Toegepast Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek (ITSWO) van de Vrije Universiteit, met name Drs. T. Westra, wetenschappelijk medewerker van dat Instituut.

***Gedurende twee jaar is gewerkt met een projectgroep van studenten van verschillende studierichtingen; vervolgens heeft schrijver dezes een boek over deze materie gepubliceerd (J. J. Klinkert, Macht van artsen, een bezorgde verkenning van een professie; Van Gorcum, Assen, 1974) en in 1975 is de eerste fase van een empirisch onderzoek uitgevoerd.