



# Sneller Beter draaiboek

Doorbraak  
Werken Zonder Wachtlijst

++++→  
*Sneller Beter*

Publieksversie 0 - december 2007

# INHOUDSOPGAVE

<b>1. Het Sneller Beter draaiboek</b>	<b>3</b>
1.1 Het programma Sneller Beter	3
1.2 Werken Zonder Wachtlijst	3
1.3 Vragen?	3
<b>2. Achtergrond</b>	<b>4</b>
2.1 Het Doorbraakproject Werken Zonder Wachtlijst	4
<b>3. Doelstelling</b>	<b>5</b>
3.1 Hoofddoelstelling per polikliniek	5
3.1.1 Overwegingen bij het stellen van de doelen	5
3.1.2 Subdoelstellingen per polikliniek	6
3.2 Ziekenhuisbrede doelstelling - een suggestie	6
<b>4. Projectorganisatie in het ziekenhuis</b>	<b>8</b>
4.2 Verspreiding van kennis en ervaring	8
4.3 Selectie van poliklinieken	9
<b>5. Businesscase Werken Zonder Wachtlijst</b>	<b>11</b>
5.1 Patiëntgerelateerde opbrengsten/kostenbesparing	11
5.2 Ziekenhuisgerelateerde opbrengsten	11
5.3 Hulpverlenegerelateerde opbrengsten	12
5.4 Maatschappelijke opbrengsten/productiviteitskosten	12
<b>6. Succesfactoren</b>	<b>13</b>
<b>7. Datamanagement</b>	<b>14</b>
7.1 Continue metingen	14
7.2 Diagnostische metingen	15
7.3 Extra metingen	15
<b>8. Samenhang met andere verbetertrajecten</b>	<b>16</b>
8.1 Procesherinrichting	16
8.2 Doorbraak OK oké en Doorbraak Radiologie	16
8.4 Patiëntenparticipatie	16
<b>9. Theorie over de principes van Werken Zonder Wachtlijst</b>	<b>18</b>
9.1 De kloof	18
9.2 De principes	18
9.3 WZW op de polikliniek	20
9.4 Verminderen van de vraag	21
9.5 Vergroten van het aanbod	21
9.6 Afstemmen van vraag en aanbod	22
<b>10. Informatie</b>	<b>24</b>
10.1 Website	24
10.2 Sneller Beter ziekenhuizen	24
<b>Bijlage 1. Spel van vraag en aanbod</b>	<b>25</b>
<b>Bijlage 2. Literatuur</b>	<b>31</b>



# 1. HET SNELLER BETER DRAAIBOEK

In de afgelopen jaren is in de Sneller Beter ziekenhuizen veel kennis en ervaring opgedaan met verbeterprojecten op de gebieden veiligheid en logistiek. Om de kennis en ervaring voor alle ziekenhuizen en instellingen in Nederland beschikbaar te maken, zijn er publieksversies ontwikkeld van de draaiboeken waarmee de Sneller Beter ziekenhuizen hebben gewerkt. De publieksversie van het Sneller Beter draaiboek Werken Zonder Wachtlijst (WZW) geeft een goede eerste indruk van wat er allemaal bij komt kijken om een verbeterproject Medicatieveiligheid volgens het concept Sneller Beter op te zetten. In 2008 worden de Sneller Beter draaiboeken op basis van evaluatie en ervaringen van de afgelopen jaren verder doorontwikkeld en bijgesteld.

## 1.1 Het programma Sneller Beter

Het Sneller Beter programma in de Nederlandse ziekenhuizen, een landelijk verbeterprogramma voor de kwaliteit van zorg, loopt in drie ronden van acht ziekenhuizen in de periode 2004-2008. In totaal spannen 24 ziekenhuizen (20% van de Nederlandse ziekenhuizen) zich in om op de gebieden veiligheid en logistiek in twee jaar tijd aanzienlijke kwaliteitsverbeteringen te realiseren voor zowel patiënten als zorgverleners. De laatste groep van acht ziekenhuizen is in oktober 2006 van start gegaan en eindigt in oktober 2008.

Het programma Sneller Beter is een gezamenlijk initiatief van het ministerie van VWS, NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten en de Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden. ZonMw is in opdracht van het ministerie van VWS verantwoordelijk voor pijler 3 van het Sneller Beter programma. De 24 ziekenhuizen worden in de uitvoering van het Sneller Beter project ondersteund door het Consortium Sneller Beter pijler 3. Dit consortium bestaat uit het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg en de Orde van Medisch Specialisten.

## 1.2 Werken Zonder Wachtlijst

Binnen het programma Sneller Beter valt het Doorbraakproject Werken Zonder Wachtlijst (WZW) onder de logistieke projecten. Te lange wachttijden zijn niet aanvaardbaar, vervelend en doorgaans niet goed voor de patiënt. De aanpak van Werken zonder Wachtlijst is inmiddels in de Nederlandse gezondheidszorg een bekende en bewezen aanpak. In totaal hebben anno 2007 181 poliklinieken uit 50 ziekenhuizen deelgenomen.

## 1.3 Vragen?

Heeft u vragen over de Sneller Beter projecten en/of wilt u een project Werken Zonder Wachtlijst (WZW) in uw zorginstelling opstarten, dan kunt u contact opnemen met de programmaleiding van Sneller Beter pijler 3, telefoon (030) 28 43 992 of via e-mail [snellerbeter@cbo.nl](mailto:snellerbeter@cbo.nl).



## 2. ACHTERGROND

Veel poliklinieken in het ziekenhuis kampen nog met hoge toegangstijden en drukke spreekuren. Dit blijkt uit onder meer uit de ervaringen met Werken Zonder Wachtlijst (WZW) van enkele poliklinieken van de Sneller Beter ziekenhuizen. Hoge toegangstijden kunnen leiden tot chaotische spreekuren, waarbij afspraken vaak dubbel zijn geboekt en het spreekuur standaard uitloopt. Het gevolg is dat cliënten gaan klagen omdat ze lang moeten wachten. Bovendien ontstaat er een hoge werkdruk bij het polikliniekpersoneel en de specialisten c.q. maatschap.

### 2.1 Het Doorbraakproject Werken Zonder Wachtlijst

Het Doorbraakproject Werken zonder Wachtlijst (WZW) kan voor zowel lange wachtlijsten als voor drukke poliklinieken een oplossing bieden. Aangezien elke polikliniek verschillend is en zijn eigen dynamiek kent, zijn er geen pasklare oplossingen om de wachttijd weg te werken en/of de organisatie te optimaliseren. Er zijn wel acht principes te benoemen die voor alle poliklinieken van toepassing zijn:

1. Een stabiele wachttijd duidt op een evenwicht tussen vraag en aanbod (en dus geen tekort aan capaciteit).
2. Uitstel = meer werk: daarom doe het werk van vandaag, vandaag.
3. Minimaliseer het aantal wachtrijen.
4. Minimaliseer de herhaalfactor.
5. Maximaliseer het aantal patiënten dat per specialist poliklinische zorg ontvangt, zonder harder te gaan werken.
6. Minimaliseer de fluctuatie in het aanbod.
7. Anticipeer op fluctuaties in het aanbod.
8. 100% capaciteitsbezetting kan niet zonder het ontstaan van lange wachttijden.

In een project Werken Zonder Wachtlijst gaat het om het toepassen van deze acht principes. (zie ook hoofdstuk 9 en de bijlage Spel van vraag en aanbod). Om deze principes op de polikliniek te kunnen toepassen is een goede analyse nodig van de specifieke problemen op een polikliniek. Medisch specialisten en polikliniekmedewerkers voeren deze analyse uit, omdat zij immers zelf de meeste kennis van hun polikliniek hebben. De analyse vindt plaats met behulp van een aantal metingen, zoals bijvoorbeeld het meten van de wekelijkse toegangstijd, de uitloop van het spreekuur en de werkelijke Vraag & Aanbod. Bij het meten en het interpreteren van de gegevens is het aan te bevelen om (ervaren) procesbegeleiders uit het ziekenhuis de polikliniekteams te ondersteunen. Dit geldt ook voor de analyse die wordt gemaakt naar aanleiding van de meetgegevens. Met deze analyse bedenken polikliniekteams de interventies die op de polikliniek moeten worden ingevoerd.



## 2.2 Van fouten naar schade; de principes

Uit onderzoek naar veiligheid in complexe en gekoppelde systemen zoals de gezondheidszorg, blijkt dat veiligheid niet het streven naar foutloos werken is, maar het ontwerpen van veilige systemen waardoor fouten niet kunnen leiden tot schade.

Het optreden van schade is vrijwel altijd de uitkomst van een cascade van gebeurtenissen, die ieder op zich niet tot schade leiden, maar in combinatie wel een schadelijk gevolg kunnen hebben. De gebeurtenissen vóór de uiteindelijke fout of handeling die tot schade leidt, worden 'latente fouten' genoemd.

Het alleen aanscherpen van de procedures ter voorkoming van een fout leidt niet altijd tot verbetering van de veiligheid. Integendeel, het kan aanleiding geven tot het ontstaan van nieuwe fouten als de onderliggende latente fouten niet uit het systeem zijn verwijderd. Vroeg of laat zal een andere patiënt (en een zorgverlener) weer hetzelfde overkomen. Het streven naar foutloos werken leidt veelal tot het invoeren van extra controlemomenten. Op zich zijn fouten niet slecht. In nieuwe situaties wordt juist 'trial and error' toegepast om tot een oplossing te komen. Van gemaakte fouten kan veel worden geleerd. Het gaat niet om het benadrukken van fouten, maar om een gezamenlijke poging tot verbetering.

Er is nog een factor van belang. Enerzijds maken mensen vergissingen, fouten of houden ze zich niet aan procedures. Als regels niet uitvoerbaar zijn of als mensen er de zin niet van inzien, bestaat de neiging die regels te overtreden. Aan de andere kant herstelt men fouten en bedenkt men in noodsituaties soms heroïsche oplossingen. De tussenkomst van mensen is dus zowel een risico voor het ontstaan van schade als een bescherming ervoor.

Onder schade verstaan we: *'nadelige verstoring van fysieke of psychische toestand'*.

Schade kan ontstaan door fouten als:

- Overdoseringen vanwege slecht leesbare of onjuiste medicatieopdrachten of gelijktijdige parenterale en orale toediening van een medicament;
- Vergissingen bij het overschrijven of invoeren in de computer;
- Niet alert zijn op het zo snel mogelijk omzetten van prikken naar slikken;
- Het verkeerde geneesmiddel pakken dat er vrijwel hetzelfde uitziet;
- Rekenfouten bij het instellen van een pomp of het klaarmaken van infusen;
- Verwisseling van patiënten;
- Verkeerde timing;
- Communicatiestoornissen tussen hulpverleners met voor patiënten schadelijke gevolgen.

Schade kan ook op andere wijze, dus onafhankelijk van fouten, ontstaan, zoals:

- Bijwerking van medicatie;
- De afgesproken dosis werkt niet of onvoldoende (pijnmedicatie en antistolling zijn daar een voorbeeld van);
- De logistieke processen zijn niet optimaal ingesteld (bijvoorbeeld periode tussen voorschrijven en toedienen eerste dosis);
- De tijdsperiode voordat een medicijn goed is ingesteld (goede spiegel wordt bereikt) is te lang;
- Vele stappen in het hele medicatieproces, waardoor vertraging ontstaat en bij elke stap een kans bestaat op fouten (elke overdracht heeft een foutrisico, hoe meer stappen hoe groter de kans dat het proces niet foutloos verloopt).



Kortom, tussen een fout en schade bestaat geen causaal verband en omgekeerd. Ten eerste leidt een fout niet altijd tot schade en ten tweede kan schade ook ontstaan zonder een fout. Er is wel sprake van een kansrelatie; fouten verhogen de kans op schade.

Vaak is er niet één oorzaak aan te wijzen maar een heel complex van factoren. De afgelopen decennia is de zorg steeds ingewikkelder geworden en dat geldt zeker voor de toepassing van geneesmiddelen. Het aantal 'hoogrisico geneesmiddelen' is toegenomen, de medicamenteuze behandeling is complexer geworden en door functiedifferentiatie en verkorting van arbeidstijden zijn er steeds meer hulpverleners bij het medicatiesysteem betrokken.

Bovenstaande principe van fouten naar schade, leidt tot de conclusie dat het project Medicatieveiligheid zich in eerste instantie richt op de uitkomsten van het medicatieproces, net zoals de projecten Postoperatieve Wondinfectie en Decubitus. Ook daar staat de uitkomst voorop. Zie hiervoor de Sneller Beter draaiboeken POWI en Decubitus.



## 3. DOELSTELLING

Het centrale doel van het Sneller Beter project Werken Zonder Wachtrij (WZW) is het reduceren van de toegangstijd tot de polikliniek tot minder dan 1 week. Een ander doel is 'de polikliniek op orde' krijgen. Het project wordt door specialisten en polikliniekmedewerkers uitgevoerd. Zij implementeren de interventies op hun polikliniek. Hierbij worden zij ondersteund door een begeleidingsteam uit het eigen ziekenhuis, de WZW principes en meetinstrumenten.

### 3.1 Hoofddoelstelling per polikliniek

De centrale hoofddoelstelling van Werken Zonder Wachtrij is voor elke polikliniek:

*Het minimaliseren van de toegangstijd tot de polikliniek, in principe korter dan een week voor elke patiënt, bij elke specialist, ongeacht het type consult en de urgentie.*

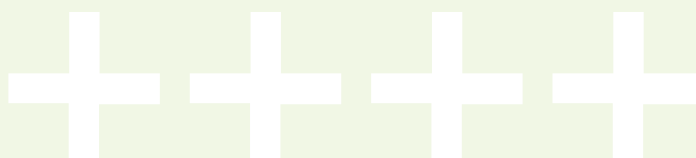
De toegangstijd wordt gemeten aan de hand van 'het derde beschikbare consult voor elke specialist voor zowel nieuwe als controle-patiënten en het gemiddelde daarvan'. Het derde beschikbare consult is een betere maat dan het eerste consult, omdat dit teveel kan fluctueren door toeval, bijvoorbeeld doordat een patiënt heeft afgebeld. De reden dat niet de vijfde beschikbare plek wordt gemeten (zoals bij de landelijke registratie) is omdat gemeten wordt per specialist (in tegenstelling tot ongeacht voorkeur). Bij een korte toegangstijd is de derde beschikbare plek reëler.

De belangrijkste kwalitatieve doelstelling is dat specialisten en polikliniekmedewerkers 'grip ervaren op hun praktijk'. Dit wordt enerzijds bereikt door de concrete veranderingen en verbeteringen, ofwel het anders *werken*. Even belangrijk is het ontwikkelen van een nieuwe bril om naar de poliklinische organisatie en de zorgprocessen te kijken, ofwel het anders *denken*. Dit stelt specialisten en polikliniekmedewerkers in staat om in de toekomst grip te behouden.

#### 3.1.1 Overwegingen bij het stellen van de doelen

Wanneer heeft een polikliniek haar toegang goed op orde? Maatschappelijk gezien is dat al bij het behalen van de Treeknorm. De Treeknorm is door specialisten vastgesteld: de 5e beschikbare plek voor nieuwe patiënten, ongeacht voorkeur specialist (80% in 3 weken en 100% in 4 weken). Vanuit de patiënt geredeneerd is de mogelijkheid voor een afspraak binnen een week echter nog beter (ongeacht voorkeur). Voor nieuwe patiënten is de toegangstijd ongeacht een voorkeur voor een specialist relevant. Voor controle-patiënten is het van belang om snel bij de eigen specialist terecht te kunnen.

Vanuit het begrip 'grip op de praktijk' geredeneerd, worden alle voordelen pas benut als de polikliniek in WZW-termen een toegangstijd korter dan een week heeft. Verstoringen door lange afwezigheid van individuele specialisten daargelaten. Een tweede overweging is dat een toegangstijd van een week zeker niet voor elke polikliniek een optimale, realistische situatie is. In academische en topklinische ziekenhuizen zal het niet altijd haalbaar zijn, omdat specialisten vaak één polikliniek per week draaien en/of sommigen met regelmaat periodes geen spreekuur hebben. Bij 'supergespecialiseerde' specialisten is de vraag vaak veel groter dan het aanbod. Hierdoor kunnen lange wachtlijsten ontstaan die het gemiddelde van de maatschap/vakgroep omhoog kunnen trekken. Het is mogelijk om deze specialist buiten de meting van de gemiddelde toegangstijd te houden. Per situatie kan een afweging worden gemaakt. Zo kan het voorkomen dat een toegangstijd van twee weken voor een polikliniek optimaler is dan die van een week. Een derde overweging is dat WZW kan leiden tot aanzuigwerking. In dat geval zijn oplossingen van een geheel andere orde nodig, omdat de kans reëel is dat binnen WZW de doelstelling niet meer gehaald kan worden.



### 3.1.2 Subdoelstellingen per polikliniek

WZW is naast het verkorten van de toegangstijd geschikt om de volgende subdoelstellingen te bereiken:

- Het verkorten van de doorstroomtijd tot diagnostiek;
- Het verkorten van de doorlooptijd tot en met de OK;
- In het kader van SB p3 kan dit worden bereikt door afstemming te zoeken met het Doorbraakproject OK oké;
- Het verminderen van de wachttijd in de wachtkamer voor de patiënt;
- Het verminderen van de uitloop van spreekuren;
- Het verminderen van dubbel- en overboekingen.

Algemene doelstellingen, die meestal niet worden gemeten, kunnen zijn:

- Het vergroten van de patiënttevredenheid;
- Het vergroten van de tevredenheid van de polikliniekmedewerkers;
- Het vergroten van de kwaliteit van de zorgverlening.

Overige interessante doelstellingen kunnen zijn:

- Het invoeren patiëntgestuurde zorg;
- Het verminderen van het aantal no shows;
- Het verminderen van het ziekteverzuim;
- Het verminderen van de herhaalfactor;
- Het vergroten van het aantal doorverwezen patiënten dat leidt tot een ingreep;
- Het verminderen van het aantal spreekuren en/of afspraken met patiënten dat door het ziekenhuis verzet wordt.

De doelstellingen kunnen inwerken op andere ontwikkelingen:

- Doelstellingen op het gebied van patiëntveiligheid;
- Het verminderen van het verergeren van het ziektebeeld bij de patiënt tijdens het wachten tot diagnostiek afgerond is (bijvoorbeeld bij oncologie);
- Het verkorten van de ziekenhuisbrede doorstroming van patiënten;
- Indien een ziekenhuis werkt met bijvoorbeeld Zorgdomein is het belangrijk om dit op elkaar af te stemmen. Bij triage en witte vlekken planning biedt WZW namelijk andere oplossingsrichtingen dan ZorgDomein doet;
- Het is goed om de WZW doelstellingen af te stemmen met doelstellingen binnen andere logistieke verbeterprojecten.

### 3.2 Ziekenhuisbrede doelstelling - een suggestie

Het is mogelijk om Werken Zonder Wachtlijst (WZW) op alle poliklinieken toe te passen. Veel poliklinieken zitten al dicht tegen de doelstelling van WZW aan of behalen deze al. Daarom is het logisch om onderscheid te maken tussen projectmatige doelstellingen (jaar 1) en ziekenhuisbrede doelstellingen. Dat kan voor een deel door middel van het uitvoeren van projecten, maar voor een deel ook via de reguliere bedrijfsvoering.

#### Eind jaar 1

- Tenminste twee poliklinieken hebben met behulp van WZW de toegangstijd gereduceerd tot minder dan een week (of een polikliniek heeft aangetoond dat een toegangstijd korter dan twee weken niet haalbaar is vanwege specifieke redenen).
- Tenminste één persoon heeft voldoende kennis (en tijd) om te organiseren dat in het tweede jaar de kennis toegepast kan worden op andere poliklinieken.

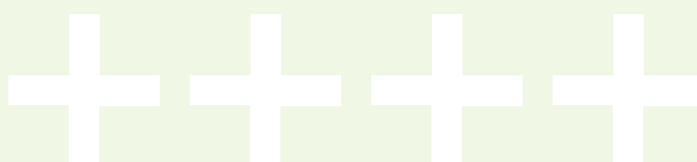


**Eind jaar 2**

- 80% van de poliklinieken haalt de Treenorm.
- 50% van de poliklinieken heeft de toegangstijd gereduceerd tot minder dan een week (of een polikliniek heeft aangetoond dat een toegangstijd korter dan twee weken niet haalbaar is vanwege specifieke redenen).
- 50% van de poliklinieken heeft minder dan X% uitloop van spreekuren.
- De opgedane kennis is vertaald naar de reguliere bedrijfsvoering.

**Eind jaar 3**

- 90% van de poliklinieken haalt de Treenorm.
- 80% van de poliklinieken heeft de toegangstijd gereduceerd tot minder dan een week (of een polikliniek heeft aangetoond dat een toegangstijd korter dan twee weken niet haalbaar is vanwege specifieke redenen).
- 80% van de poliklinieken heeft minder dan X% uitloop van spreekuren.
- De opgedane logistieke kennis is vertaald en ingebed in de reguliere bedrijfsvoering van poliklinieken.



## 4. PROJECTORGANISATIE IN HET ZIEKENHUIS

Het is belangrijk dat de hele maatschap en de polikliniek bereid is te gaan werken volgens het Werk Zonder Wachtlijst concept, kritisch willen nadenken over de toegang tot hun eigen zorgverlening en nieuwe zorgvormen willen testen. Uiteraard neemt een beperkte vertegenwoordiging van de polikliniek het voortouw in de vorm van een polikliniekteam dat het project coördineert en de achterban bij het project betreft. Het is aan te bevelen om in het polikliniekteam tenminste de volgende personen te laten deelnemen:

- Eén of twee medisch specialist(en) (bij voorkeur is een van hen projectleider);
- Hoofd van de polikliniek (of soortgelijke functie);
- Verpleegkundigen, Nurse Practitioners;
- Balie- c.q. receptiemedewerkers;
- Een procesondersteuner die zich wil verdiepen in de logistieke principes achter WZW en het intern verspreiden, bijvoorbeeld een kwaliteitsmanager/logistiek manager/beleidsmedewerker. Van deze persoon wordt een behoorlijke tijdsinvestering gevraagd. Wanneer meer poliklinieken participeren, kan efficiency winst behaald worden;
- Indien aanwezig: vertegenwoordiging van de centrale planning;
- Eventueel andere belanghebbenden.

### 4.1 Vertaalslag en verspreiding

Tijdens de interne verspreiding van WZW maakt het ziekenhuis zoveel mogelijk een vertaalslag van WZW (verbeteringen) naar de reguliere bedrijfsvoering:

- Het opengooien van spreekurschema's om het aantal wachtrijen te beperken;
- Het ontwikkelen en implementeren van een dashboard met indicatoren om op te sturen en;
- Het maken van polikliniekbrede afspraken over bijvoorbeeld de termijn waarop spreekuren niet meer afgezegd kunnen worden.

De poliklinieken die nog wel kunnen verbeteren, maar geen volledige Doorbraakproject nodig hebben, kunnen ondersteuning op maat krijgen vanuit de interne expertise. Wat bij het tweede jaar nog niet volledig gelukt of afgerond zal de vertaalslag naar de reguliere bedrijfsvoering in het derde jaar zijn afgerond. Hier is ook eenvoudigweg tijd voor nodig om leerervaringen op te doen. Ook zal steeds meer inzicht ontstaan uit alle metingen, zodat beter geanticipeerd kan worden op fluctuaties in vraag en aanbod. Daarnaast kan de organisatie op de polikliniek verder worden geoptimaliseerd. Daarbij kan gekeken worden naar de mogelijkheden om afstemming te vinden met andere afdelingen in het ziekenhuis, bijvoorbeeld het op elkaar afstemmen van de polikliniekplanning en OK planning.

### 4.2 Verspreiding van kennis en ervaring

Er zijn verschillende invalshoeken waar kennis en ervaring over zal (moeten) ontstaan in het ziekenhuis:

- Kennis over relevante (logistieke) principes;
- Kennis over concrete oplossingsmogelijkheden voor poliklinische zorg;
- Kennis over en ervaring met meten, algemeen en poliklinisch specifiek;
- Kennis over en ervaring met implementeren en veranderingkunde;
- Kennis over en ervaring met de Doorbraakmethodiek.

Het is van belang dat binnen het ziekenhuis in ieder geval twee stafmedewerkers voldoende deskundigheid hebben om op deze kennisgebieden nieuwe projecten op te kunnen zetten. Dit om de continuïteit te kunnen waarborgen. Deze kennis en ervaring doen zij tijdens het twee jaar op door projecten te draaien en door een scholingstraject (of iets dergelijks) te volgen.



Dat laatste zal idealiter samenvallen met het opbouwen van kennis en kunde uit andere logistieke trajecten.

Het is denkbaar dat zo'n vier tot zes mensen deskundig zijn op logistieke vraagstukken, waarvan er twee specifiek voor de toepassing op WZW/poliklinische organisatie. Binnen het ziekenhuis zal ook de kennis en ervaring van hulpverleners uit de verbeterde poliklinieken benut kunnen worden. Het is denkbaar dat er een WZW/logistieke klankbordgroep wordt opgericht, opdat nieuwe projectgroepen om raad kunnen vragen. Specialististen uit de verbeterde poliklinieken kunnen een rol spelen bij het creëren van draagvlak onder hun collega's op andere poliklinieken en binnen de medische staf.

### 4.3 Selectie van poliklinieken

Er is een aantal criteria te noemen die kunnen worden gehanteerd om te bepalen of een individuele polikliniek wel of niet aan WZW kan deelnemen.

#### 4.3.1 Criteria individuele polikliniek en afdelingen

De poliklinieken die in aanmerking komen voor WZW voldoen aan een aantal criteria. Het uitgangspunt is dat er problemen worden ervaren vanwege een hoge toegangstijd en/of hectische spreekuren. Het is dan van belang om grip te krijgen op de vraag naar zorg en het aanbod van zorg. Daarbij dient er een redelijke mate van eensgezindheid in de maatschap/vakgroep te zijn om deze problemen aan te pakken. Specialististen committeren zich in beginsel aan het terugbrengen van de toegangstijd tot minder dan een week.

##### 1. De toegangstijd is langer dan de Treeknorm

Het niet hebben van grip op de praktijk uit zich in de eerste plaats in toegangstijden die langer zijn dan de Treeknorm. Ook een wachtlijstreductie van drie weken tot één week kan een goede verbetering zijn. Het is echter de vraag of hiervoor een Doorbraakproject nodig is. In de tweede plaats kan het zich uiten in hectische spreekuren. Vaak hebben poliklinieken wel een korte toegangstijd, maar wordt er structureel dubbel- en overgeboekt, lopen spreekuren uit en zijn wachtkamers erg vol. Dit kan een goede secundaire reden zijn om deel te nemen.

##### 2. Vraag en aanbod zijn in evenwicht

Een ander criterium is dat er op de betreffende polikliniek evenwicht is (of komt) tussen de vraag naar zorg en het aanbod van zorg op de polikliniek. Een stabiele toegangstijd impliceert dat vraag en aanbod in evenwicht zijn. Als de toegangstijd gestaag of snel oploopt kan er sprake zijn van een capaciteitstekort dat niet met WZW opgelost kan worden.

##### 3. Deelname van een specialist met draagvlak in de maatschap

Gedurende het traject is tenminste één specialist bereid om zich in te zetten en om alle bijeenkomsten bij te wonen. Deze persoon heeft als taak om regelmatig zijn collega's te betrekken. WZW heeft immers betrekking op zowel de organisatie van de polikliniek als op de zorginhoud en de werkwijze van de maatschap/vakgroep. Dit impliceert dat de deelnemende specialist draagvlak moet hebben binnen de maatschap/vakgroep en een zekere mandaat nodig heeft om het project uit te voeren.

##### 4. Beschikbaarheid van tijd en ondersteuning

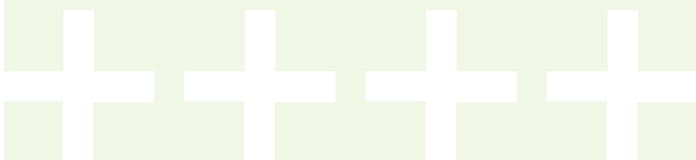
In principe is het nodig dat iemand vanuit een ondersteunende rol (kwaliteitsfunctionaris, beleidsmedewerker etc.) het project begeleidt. Als uitgangspunt kan één dag in de week genomen worden (twee dagen bij grote trajecten). Het is zeker mogelijk dat het project zonder ondersteuning wordt uitgevoerd, maar dan moet duidelijk zijn wie van de projectteamleden welke taken uitvoert. Ook zullen zij voor de noodzakelijke tijdsinvestering vrij gemaakt moeten kunnen worden van hun andere werkzaamheden. Dit is met name in de eerste periode essentieel vanwege het meten op de polikliniek.



### 4.3.2 Criteria andere afdelingen

Werken Zonder Wachtlijst is een concept dat gebaseerd is op een set samenhangende principes. Binnen Nederland is ruime ervaring met het toepassen ervan op poliklinieken. Het is echter zeer goed mogelijk om het toe te passen op andere afdelingen. Eigenlijk kunnen de WZW principes op elke situatie waar sprake is van het afstemmen van Vraag en Aanbod worden toegepast: in principe overal waar een agenda gebruikt wordt. Er zijn in de VS en Zweden al ziekenhuizen die WZW (Advanced Access) willen toepassen op alle planningsplaatsen in het ziekenhuis (al snel 100+). In de VS is het concept overigens groot geworden bij de General Practitioners (huisartsen) en daarna pas bij Speciality Care (poliklinieken). Dit geeft al aan dat het concept WZW breder toepasbaar is.

In Nederland lopen momenteel twee projecten om het op andere afdelingen toe te passen: bij de afdeling Radiologie en bij PPO (Poliklinisch Preoperatief Onderzoek, een verdergaande variant van POS (Pre Operatieve Screening)). Op beide afdelingen blijken de principes goed van toepassing te zijn. Wel heeft het een zeer specifieke vertaalslag nodig en werken sommige principes juist beter en andere helemaal niet. Zo is vaak de grootste winst bij poliklinieken te vinden in het reduceren van de herhaalfactor en is dat geen issue bij radiologie en PPO. Meer informatie over Doorbraak Radiologie is op te vragen bij de Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.



Een businesscase is een instrument om de relatie tussen de verbeterde kwaliteit van zorg en kosten/baten van een project of organisatie in kaart te brengen. Daarbij worden verschillende invalshoeken meegenomen: de patiënt, het ziekenhuis, de medisch specialist, de medewerker/verpleegkundige en de zorgverzekeraar. Door het gebruik van de businesscase kan een afgewogen besluit worden genomen om een project al dan niet te starten. Tevens kan de businesscase het startpunt vormen voor een discussie over de bestemming van de verwachte financiële baten.

Gebaseerd op de ervaring die is opgedaan met Werken Zonder Wachtlijst bij ruim 181 poliklinieken in ruim 50 ziekenhuizen zijn opbrengsten te benoemen die mogelijk door een project als Werken Zonder Wachtlijst kunnen worden gegenereerd. De opbrengsten zijn zoveel mogelijk uitgedrukt in kostenbesparingen en in uiteindelijke effecten voor hulpverleners en patiënten.

### 5.1 Patiëntgerelateerde opbrengsten/kostenbesparing

- **Kwaliteit van leven**  
Mensen die wachten op behandeling en diagnostiek ervaren een verminderde kwaliteit van leven door het ongemak van de kwaal of de onzekerheid rondom de diagnose. Reductie van de toegangstijd leidt tot een hogere kwaliteit van leven als patiënten geen behoefte hebben aan een herhaalafpraak en wel vrije tijd opgeven.
- **Gezondheidseffecten**  
Tijdens het wachten kan het ziektebeeld verslechteren, waardoor de behandeling of een blijvend effect zwaarder wordt. Korte toegangstijden kunnen een positief effect hebben op de gezondheidsuitkomsten. In enkele gevallen kan een lange toegangstijd de kans op herstel verminderen of in incidentele gevallen zelfs leiden tot overlijden.
- **Satisfactie**  
Patiënten zullen meer tevreden zijn over de hulpverlening. Vanwege kortere toegangstijden, minder drukke wachtkamers en meer rust bij specialisten en polikliniekmedewerkers worden afspraken minder vaak afgezegd door de specialisten. En soms is er zelfs meer tijd voor de behandeling en diagnostiek.
- **Reiskosten**  
Om bij het ziekenhuis te komen maken veel mensen reiskosten. Doordat in het kader van WZW veelal het aantal herhaalafspraken wordt verminderd en het aantal afspraken in de diagnostische fase afneemt zullen deze kosten reduceren.
- **Overige kosten**  
Mensen die op een wachtlijst staan maken ook andere kosten, bijvoorbeeld door de inzet van particuliere huishoudelijke hulp, kinderopvang of eventuele voorzieningen in huis. Door reductie van toegangstijden kunnen ook deze kosten afnemen.

### 5.2 Ziekenhuisgerelateerde opbrengsten

De ziekenhuisgerelateerde opbrengsten worden vooral benoemd als efficiëntiewinst. Een combinatie van grote en kleine verbeteringen kan leiden tot een productieverhoging door een reductie van:

- de uitloop van spreekuren (minder overuren);
- het aantal no shows door een verkorting van wachttijden. Een no show is een verloren kostenpost vanwege de al verrichte voorbereiding en het eventuele tijdsverlies van de specialist;



- het aantal herhaalafspraken. De capaciteit voor nieuwe patiënten groeit, wat inkomsten oplevert (zonder kostenverhoging);
- van het aantal onterechte doorverwijzingen op poliklinieken;
- van het administratieve en ondersteunende werk door vele (kleine) verbeteringen;
- het ziekteverzuim. In verschillende regio's is dit, mede door dit project, gebleken: bij één polikliniek zelfs met ruim 80%.

Productieverhoging kan ontstaan als de toegangstijd korter wordt dan die in omliggende ziekenhuizen en patiënten van andere ziekenhuizen worden aangetrokken. Efficiencywinst door bereikte verbeteringen kan deze productietoename zonder extra kosten realiseren.

### 5.3 Hulpverlenergerelateerde opbrengsten

Hulpverleners blijken meer tevreden zijn over hun werk, omdat de werkdruk, stress, overwerk en ziekteverzuim op de polikliniek afnemen. Zorgverleners ervaren grip op hun praktijk en men krijgt ruimte om verbeteringen aan te brengen. Dit kan frustraties oplossen en het gevoel van eigenwaarde doen toenemen. Poliklinieken zijn beter in staat om nieuw personeel aan te trekken door de verbeterde uitstraling. Specialisten ervaren soms wel een toegenomen werkdruk als minder patiënten onnodig komen en de gemiddelde zwaarte van de consulten toeneemt.

### 5.4 Maatschappelijke opbrengsten/productiviteitskosten

- **Productiviteitswinst**  
Als mensen op de wachtlijst staan voor een poliklinische behandeling en/of diagnostiek zijn zij wellicht geheel of gedeeltelijk niet in staat om te werken. Door reductie van de wachttijden wordt het aantal niet-productieve dagen verminderd en is er productiviteitswinst te behalen.
- **Kosten professionele zorg**  
Mensen die op de wachtlijst staan voor een poliklinische behandeling zullen vanwege klachten vaker een beroep doen op professionele zorg (thuiszorg, huisartsenzorg, eerste lijn paramedische zorg). Kortere toegangstijden verminderen de druk op de eerste lijnszorg. Hier staat tegenover dat door WZW de druk op de huisartsen wordt vergroot, omdat gestreefd wordt naar minder herhaalbezoeken en het effectiever inzetten van specialisten. Substitutie van huisartsenzorg door specialistenzorg vindt alleen plaats als zorg daadwerkelijk beter door een huisarts (of andere partijen) gegeven kan worden: wachten leidt juist tot extra zorg.
- **Kosten medicijngebruik**  
Mensen die op een wachtlijst staan langer en wellicht meer medicijnen gebruiken, zoals pijnstillers. Reductie van wachttijden kan leiden tot verminderd medicijngebruik.
- **Informele zorg**  
Tevens doen mensen die op een wachtlijst staan meer beroep op informele zorg. Dat legt druk op het schaarse aanbod van vrijwilligers en de zorg komt mogelijk bij professionals en mantelzorgers terecht. Voor mantelzorgers kan een verlies aan kwaliteit van leven ontstaan en/of productiviteitsverlies. Zij kunnen minder werken en/of zijn vaker ziek, hoewel het zorgen ook als bevredigend ervaren kan worden.



## 6. SUCCESFACTOREN

Uit evaluaties van Nederlandse Doorbraakprojecten blijkt dat er, naast een gevoel van trots bij de teams over de bereikte resultaten, ook waardering is voor de Doorbraakmethode. Zowel elementen uit de methode, als kenmerken van het/de eigen team/organisatie dragen bij aan het succes van een Doorbraak. De belangrijkste succesfactoren staan hieronder aangegeven:

### Kenmerken teams

- Een goed samengesteld multidisciplinair team;
- Onderlinge samenwerking team en betrokken projectleider (bij voorkeur een specialist);
- Enthousiasme van specialisten; specialisten in the lead; (als projectleider en ambassadeur)
- Continuïteit in het team;
- Ervaring in kwaliteitsverbetering;
- Ondersteuning van een procesbegeleider die ervaring heeft met kwaliteitsprojecten, verandermanagement en omgaan met weerstand en die de juiste interne lijnen weet te leggen richting RvB en andere organisatieonderdelen.

### Doorbraakmethode

- Meten is weten;
- Formeren multidisciplinair team;
- Smart doelen stellen;
- Analyseren van knelpunten en huidige zorg;
- Snelle verbetercycli met interventies (geen papierwerk, maar actie);
- Ervaringen uitwisselen met teams uit andere ziekenhuizen;
- Experts uit het veld die als ervaringsdeskundigen kunnen optreden.



## 7. DATAMANAGEMENT

Eén van de belangrijkste succesfactoren voor het slagen en borgen van een verbeterproject, is dat er rond het projectonderwerp een structuur en cultuur van resultaatmanagement ontstaat. Het ziekenhuis wil transparant zijn over de inspanningen en resultaten. Dit kan door een adequate aanpak van datamanagement.

Om tot datamanagement te komen zijn de volgende stappen nodig:

1. benoemen en uitwerken van de lijst indicatoren die in het project vereist zijn;
2. specificeren van de indicatoren en de daarbij behorende databronnen;
3. vaststellen van de informatie- en rapportagebehoeften op de diverse niveaus in uw ziekenhuis (wat?, naar wie?, in welk format?, met welke frequentie?, feedback- en feedforward-methodieken?);
4. programma van eisen voor het ontwerp van datamanagement: dataregistratie, dataretrieval, databewerking, benodigde ICT, rapportagemethodiek;
5. het operationeel maken van het datamanagementsysteem;
6. dagelijkse operationele uitvoering (inclusief bemensing).

Voor Werken Zonder Wachtlijst zijn drie soorten metingen relevant:

1. Continue metingen in relatie tot de hoofddoelstelling.
  - a. Toegangstijd;
  - b. Uitloop;
  - c. Herhaalfactor;
  - d. No shows;
  - e. Productie;
  - f. Ziekteverzuim.
2. Set van diagnostische metingen voor een analyse van de polikliniek in de beginfase (3 à 4 weken).
  - a. Vraag naar zorg;
  - b. Aanbod van zorg;
  - c. Verloop van spreekuren.
    - i. Werkelijke tijdsduur consulten
    - ii. Uitloop en dubbelboekingen
    - iii. Percentage spreekuren dat is afgezegd
    - iv. Verstoringen tijdens spreekuur
3. Extra metingen om meer inzicht te krijgen en/of om te meten of een specifieke interventie effect heeft.
  - a. Doorstroom;
  - b. Tijdsbesteding ondersteunend personeel;
  - c. Vrije agendaruimtes;
  - d. Aanzuigwerking - postcodes.

### 7.1 Continue metingen

Het is aan te bevelen dat alle teams wekelijks het derde beschikbare consult meten voor nieuwe en controle consulten per specialist en als gemiddelde van alle specialisten. Het is raadzaam om voor andere belangrijke doelstellingen ook continu te meten, zoals bij de uitloop van spreekuren. Voor de extra metingen is het belangrijk om een afweging te maken ten aanzien van de tijdsinvestering. Wellicht is bijvoorbeeld een maandelijkse meting voldoende.





Als de toegangstijd blijvend geminimaliseerd is, kunnen teams hun voordeel doen met het meten van de beschikbare agendaruimte voor de komende vier weken. Deze 'radar' geeft aan of Vraag & Aanbod uit balans raken, zodat vroegtijdig besloten kan worden om tijdelijk de capaciteit uit te breiden (bijvoorbeeld door een extra spreekuur te draaien). Deze meting signaleert dit bij korte toegangstijden enkele weken eerder dan de meting van de toegangstijd.

Het is raadzaam om de productiecijfers te volgen en om deze naast de toegangstijden en de blauwdruk van de jaarlijkse spreekuuragenda te leggen. De herhaalfactor is een belangrijke indicator om te zien of er winst geboekt wordt. Deze kan periodiek berekend worden.

## 7.2 Diagnostische metingen

Elke polikliniek verricht gedurende tenminste drie weken een intensieve set metingen om de polikliniek logistiek door te lichten op:

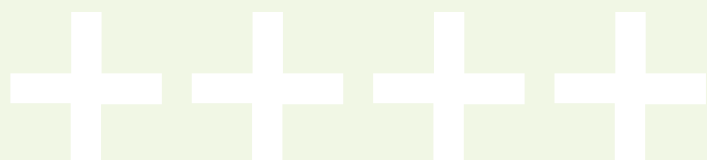
- het werkelijke Vraag & Aanbod;
- de werkelijke consultduur per specialist en per type consult;
- de uitloop van spreekuren;
- de herhaalfactor per specialist en;
- enkele optionele metingen (no shows, verstoringen, productie, etc.).

## 7.3 Extra metingen

Gedurende het project kunnen teams extra metingen verrichten om gerichte analyses te kunnen maken, bijvoorbeeld ten aanzien van de herhaalfactor per DBC.

## 7.4 Advies bij inrichten datamanagement

Voor advisering over de inrichting van datamanagement rondom het Sneller Beter project OK oké in uw ziekenhuis, kunt u contact opnemen met de programmaleiding Sneller Beter pijler 3 telefoon (030) 28 43 992 of via e-mail [snellerbeter@cbo.nl](mailto:snellerbeter@cbo.nl).



## 8. SAMENHANG MET ANDERE VERBETERTRAJECTEN

### 8.1 Procesherinrichting

Het is mogelijk dat een polikliniek zowel de doorstroom als de toegang wil verbeteren. Werken Zonder WachtlIJst (WZW) en Procesherinrichting kunnen goed tegelijk op eenzelfde polikliniek worden ingezet. Het is vooral belangrijk om de doelstellingen en interventies die worden bepaald op elkaar af te stemmen, zodat deze elkaar niet gaan bijten. Zo is een van de WZW principes het minimaliseren van de wachtrijen. Als bij Procesherinrichting gestuurd wordt op het maken van clusters van zorgprocessen kan dat betekenen dat er juist wachtrijen in het leven worden geroepen. Hiervoor is afstemming nodig. Op die manier kan binnen WZW 'een beetje' procesherinrichting geïntroduceerd worden en vice versa. De WZW principes kunnen ook vertaald worden naar andere afdeling, zoals naar de afdeling Radiologie en preoperatieve screening.

Meer informatie over procesherinrichting is te lezen in het Sneller Beter draaiboek Procesherinrichting.

### 8.2 Doorbraak OK oké en Doorbraak Radiologie

Bij de OK en de afdeling Radiologie kunnen sommige WZW-principes worden toegepast. Vice versa is er waarschijnlijk ook nog veel te leren. Een directe relevante link is wanneer een strategische keuze gemaakt wordt om vanuit de OK efficiencywinst om te zetten in meer volume. Deze extra patiënten moeten via de polikliniek komen. WZW kan dan worden gebruikt om aanzuigwerking te creëren. Voor specialismen is afstemming met andere afdelingen belangrijk als binnen WZW het stuwmeer wordt weggewerkt. Dit is nodig om te voorkomen dat de wachttijd voor de OK of de afdeling Radiologie toeneemt. Krijgen de WZW specialismen bijvoorbeeld voorrang om vrijgekomen capaciteit te benutten? Het is aan te raden om dit met Doorbraak OK oké en Doorbraak Radiologie af te stemmen.

Meer informatie over OK oké is te lezen in het Sneller Beter draaiboek OK oké.

### 8.3 Veiligheid

De link met veiligheid is sterk, maar vooralsnog niet zo dat operationalisering nodig is. Snelle toegang is goed voor de gezondheid van de patiënt en beperkt daarmee de risico's. Vooral ten aanzien van een verslechtering van de gezondheid tijdens het wachten. Indirecte geldt dat een korte doorstroom gerelateerd is aan het aantal fouten dat gemaakt kan worden, bijvoorbeeld in de overdracht. Ook al is deze relatie sterker bij Procesherinrichting. Bij de gekozen interventies kan veiligheid een issue zijn als ter sprake komt wanneer een controleafpraak wel of niet bij voorbaat gemaakt moet worden (denk bijvoorbeeld aan een specialisme als cardiologie).

### 8.4 Patiëntenparticipatie

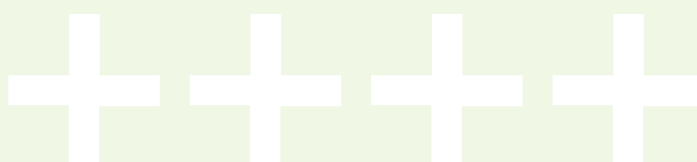
Het project WZW is gericht op het verbeteren van de zorg voor de patiënt. Het kan nuttig zijn om op onderstaande wijze ook patiënten te kunnen laten participeren. Een patiënt(vertegenwoordiger) kan worden uitgenodigd om deel te nemen aan de projectgroep WZW. Een lid van de Patiëntenraad van het ziekenhuis of iemand uit het regionale patiëntenplatform zou benaderd kunnen worden. Werving vanuit ziektespecifieke verenigingen lijkt minder voor de hand te liggen, omdat WZW een niet diagnosegebonden Doorbraakproject is. Een patiënt kan in bepaalde fasen van het project meedenken. Bijvoorbeeld in tijdens een knelpuntanalyse. Patiënten kunnen ook betrokken worden bij het ontwerpen van mogelijke oplossingen en een wenselijke situatie. Zo kan het wegwerken van de wachtlIJst bijvoorbeeld consequenties hebben op bijvoorbeeld de wachttijd op de specialist naar eigen keuze. Het betrekken van patiënten kan op verschillende manieren: focusgroepen, spiegelgesprekken, interviews in de wachtkamer, schriftelijke enquêtes, shadowing, mystery guests of telefonische interviews.



In het Sneller Beter draaiboek Patiëntenparticipatie staan per project geschikte instrumenten genoemd. Het is mogelijk daarover een workshop te krijgen of om materiaal aan te leveren. Daarnaast bieden wij in ons project (elektronische) feedbackmetingen aan, trainingen (spiegelgesprekken, shadowing, focusgroepen), een training voor patiënten die aan werkgroepen/commissies deelnemen.

#### **Voorbeeld van patiëntenparticipatie in WZW**

Patiënten meer mogelijkheden geven om zelf invloed op de invulling van het behandel- en herstelproces te hebben. Ieder team buigt zich over de vraag: wat heeft een patiënt op onze polikliniek nodig om zelf te bepalen wanneer hij/zij terug moet komen. Dit betekent dat onder andere vormen van initiated care aan de orde komen.



## 9. THEORIE OVER DE PRINCIPES VAN WERKEN ZONDER WACHTLIJST

### 9.1 De kloof

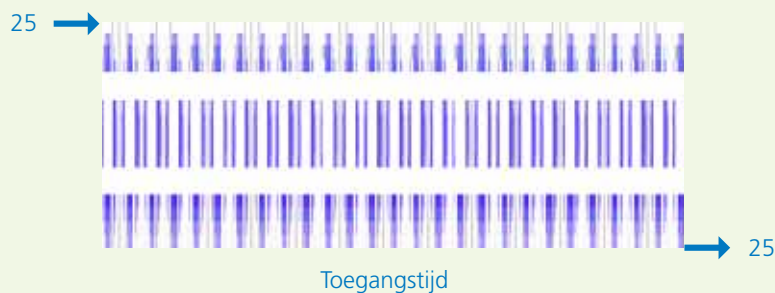
Het onderwerp van WZW is de organisatie van de poliklinische zorg. De belangrijkste kloof is het verschil in toegangstijd bij vele poliklinieken en de Treeknorm als maatschappelijk geformuleerd acceptabele toegangstijd voor de specialist (voor niet-spoedeisende zorg): alle patiënten kunnen binnen vier weken terecht, waarvan 80% in drie weken. De kloof is beduidend groter als we de toegangstijden vergelijken met wat mogelijk is: vaak korter dan een week en soms zelfs binnen twee of drie dagen.

Een bijna even belangrijke kloof is het verschil tussen de hectiek en lange wachttijden in wachtkamers. Dit komt bij vele poliklinieken voor in vergelijking met goed lopende poliklinieken met weinig uitloop en korte wachttijden. Samengevat: de kloof tussen het wel of niet grip hebben op het spel van vraag en aanbod op de polikliniek. De kloof kan overbrugd worden door een set van principes in samenhang te vertalen naar een polikliniek. Hieronder volgt een uitleg van de centrale principes.

### 9.2 De principes

Het vertrekpunt is het nader onderzoeken van de toegangstijden. De toegangstijd is eenvoudigweg het aantal pagina's in de agenda die omgeslagen moeten worden voordat een vrije plek gevonden wordt voor een consult. Dat aantal pagina's blijkt veelal ongeveer hetzelfde te zijn als enkele maanden geleden, zelfs vaak hetzelfde als enkele jaren geleden. Ongeacht of het nu een toegangstijd van vier weken, zes weken of twee maanden betreft, het blijft stabiel. We zijn alleen consequent vier weken, zes weken of twee maanden te laat. In principe betekent dit dat het aantal patiënten dat belt voor een afspraak per week (de vraag) evenveel is als het aantal patiënten dat gezien wordt per week (het aanbod). De toegangstijd zou immers gestaag moeten oplopen als het aantal patiënten dat belt telkens groter zou zijn. Toch ervaren de zorgverleners en het baliepersoneel in de dagelijkse praktijk een grote druk van patiënten die een afspraak willen, veelal liefst eerder dan mogelijk is.

Vergelijk het met een stuwmeer. De polikliniek is het dorp in de vallei waar de rivier vanuit het stuwmeer doorheen stroomt. De dorpsbewoners zien elke dag de dam waarachter het stuwmeer grote druk uitoefent. Er is veel energie en onderhandeling nodig om in de dagelijkse hectiek van een poli ervoor te zorgen dat het stuwmeer rustig blijft. Moet deze patiënt snel gezien worden? Dubbelboekingen, de lunch wordt opgegeven, het spreekuur loopt weer uit. Toch stroomt de rivier een eind stroomopwaarts het stuwmeer even snel in als aan de andere kant het water uit het stuwmeer richting het dorp stroomt.



Als de rivier sneller zou instromen zou het waterpeil namelijk telkens verder stijgen tot het overstroomt, maar in werkelijkheid is het peil vrij stabiel, op wat eb- en vloedbewegingen na. Met andere woorden: als je beheerst de dam tijdelijk verder open stelt tot het stuwmeer leeg is, stroomt de rivier vervolgens uit zichzelf op dezelfde snelheid door het dorp als ervoor, maar dan zonder toegangstijd (zie figuur).

**Het eerste principe is dat een stabiele wachttijd duidt op een evenwicht tussen vraag en aanbod (en dus geen tekort aan capaciteit).**

Een kanttekening is dat ergens een kritiek moment is dat de toegangstijd stabiel wordt doordat patiënten niet meer zo lang willen wachten op een afspraak, waardoor hun zorgvraag niet of op een andere wijze beantwoord wordt, ofwel dat van verborgen vraag sprake is. Uit de rivier ontstaat dan een aantal die niet in het stuwmeer uitmonden, maar naburige valleien, zoals de huisarts, de fysiotherapeut, een ander ziekenhuis of soms zelfs het buitenland. Dat betekent dat door het leegmaken van het stuwmeer de zijtakken zullen verdwijnen, de rivier sneller zal gaan stromen en de toegangstijd meteen weer oploopt. Maar het kritieke punt waar dat verschijnsel optreedt, is helaas nog nooit grondig onderzocht.

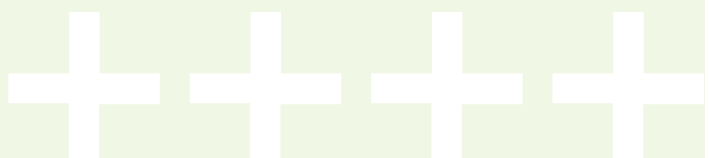
De verwachting is dat het verschilt per specialisme en van omgevingsfactoren afhangt, zoals de nabijheid van andere ziekenhuizen en hun toegangstijden. Voorlopig is als uitgangspunt genomen dat bij toegangstijden langer dan tien weken nader bekeken moet worden of er sprake is van verborgen vraag. Inmiddels is duidelijk geworden dat ook bij kortere toegangstijden bij andere aanbieders binnen hetzelfde adherentiegebied significante aanzuigwerking kan ontstaan (meest duidelijk waargenomen bij orthopedie met een vraagstijging van 15 tot 20% door het verkorten van de toegangstijd van zes weken naar één week, terwijl een naburig ziekenhuis zes weken toegangstijd had). Overigens kan tot op zekere hoogte aanzuigwerking opgevangen worden door winst in andere werkwijzen en uiteindelijk kan de capaciteit structureel uitgebreid worden, wat ook gebeurd is bij orthopedie (overigens niet altijd mogelijk bij gebrek aan specialisten).

Eén van de gevolgen van een lange toegangstijd is dat triage nodig is om te bepalen of een patiënt eerder gezien moet worden. Dit betekent veel storende telefoontjes van huisartsen die de specialist willen spreken over hun patiënt en steeds mondigere patiënten die druk op het baliepersoneel uitoefenen om eerder terecht te kunnen. Tekenend is een ziekenhuis waar met het baliepersoneel afgesproken is dat indien drie keer gebeld wordt om druk uit te oefenen zonder verdere discussie sneller een afspraak gegeven wordt.

Wat in dergelijke systemen gebeurt, is te illustreren met het uittypen van gedicteerde brieven. In een ziekenhuis waar dat onderzocht is, was een aparte afdeling die als enige activiteit het uittypen van brieven kent, voor alle specialismen. Ze hadden altijd een grote hoeveelheid gedicteerde brieven klaarliggen om uit te typen en om te verzekeren dat urgente brieven snel genoeg klaar zijn, waren vijf urgentiecategorieën afgesproken: brieven die vandaag af moeten en binnen één, twee, drie of vier weken. Onderzocht is hoeveel procent van elke categorie wekelijks aangevraagd wordt en hoeveel wekelijks daadwerkelijk getypt wordt. Hieruit ontstond het beeld dat is uitgezet in een tabel.

Urgentie	Aangevraagd per week (vraag)	Daadwerkelijk per week (aanbod)
1 dag	5%	5%
1 week	15%	15%
2 weken	20%	20%
3 weken	50%	50%
4 weken	10%	10%

Wat valt op in de tabel? Vraag en aanbod worden perfect afgestemd, alleen 95% consequent één, twee, drie of vier weken te laat. Toen is onderzocht waar behalve het uittypen tijd aan besteed werd. 15% van de tijd bleek te gaan zitten in de triage, het plannen, het veranderen van de urgentiecategorie en alle discussie om deze zaken. Besloten werd om voortaan alle



brieven binnen één dag uit te typen, ongeacht de (oude) urgentie categorie. Dit leverde niet alleen veel verraste gezichten van specialisten en ander personeel op en 15% efficiencywinst, maar ook een stimulans en verbeterde motivatie van de typistes.

In de oude situatie werd 'vandaag beschermd door zoveel mogelijk werk dat zich aandient naar morgen door te schuiven'. In de nieuwe situatie 'wordt morgen beschermd door al het werk van vandaag ook daadwerkelijk vandaag te doen'. Hoeveel tijd is een specialist per week kwijt ten gevolge van het hebben van wachtlijsten?

Een longspecialist maakte onlangs de schatting dat hij een derde van zijn tijd kwijt is aan 'het leuren met patiënten'. Hij vertelt verder: 'elke specialist heeft na jarenlange ervaring trucjes en netwerken binnen het ziekenhuis om zijn patiënten sneller geholpen te krijgen'. Bijna alle specialisten kennen dit soort anekdotes.

**Het tweede principe is: uitstel = meer werk.**  
**Vertaald naar een motto: 'doe het werk van vandaag, vandaag'.**  
**Dit kan afhankelijk van de context ook vertaald worden naar 'doe het werk van deze week, deze week'.**

**Het derde principe is het minimaliseren van het aantal wachtrijen.**

Een uitwerking van het derde principe is dat triage gebaseerd op tijd (urgentie) poliklinisch geen toegevoegde waarde heeft en zoveel mogelijk vermeden moet worden.

Het minimaliseren van wachtrijen is belangrijk om dat een groter aantal wachtrijen de complexiteit vergroot en de tijd en energie die nodig is om het systeem te beheersen. Nog belangrijker echter is dat meer wachtrijen betekent dat het aantal patiënten per wachtrij afneemt. Dit heeft als consequentie dat de wachtrij gevoeliger wordt voor fluctuaties en dus een grotere buffer nodig heeft om efficiency verlies te voorkomen. Andersom gesteld: met minder wachtrijen wordt de wet van de grote aantallen benut en kan met een kortere toegangstijd volstaan worden zonder efficiency verlies.

### 9.3 WZW op de polikliniek

Bij WZW wordt het principe uit het dictevoorbeeld vertaald naar de poliklinieken: doe al het werk wat vandaag kan vandaag. Maar waar ligt de grens voor een polikliniek om nog efficiënt te kunnen werken? Op de dicteerafdeling was door de grote getallen de vraag vrij constant per dag, voor de meeste specialismen echter is waarschijnlijk een toegangstijd tot de polikliniek van een dag onhaalbaar door te grote fluctuaties in de hoeveelheid patiënten die dagelijks bellen voor een afspraak.

Pas als we over een paar jaar gegevens van tientallen poliklinieken hebben, zullen we kunnen concluderen wat per specialisme de kortst haalbare toegangstijd is. Buitenlandse ervaringen laten zien dat voor het merendeel van de specialismen een blijvende toegangstijd van minder dan een week haalbaar is, zonder verlies van efficiency. Met name de snijdende specialismen blijken moeite te hebben om de toegangstijd korter dan twee weken te krijgen en te houden. Hetzelfde zien we nu in de Nederlandse snijdende poliklinieken. Dit komt vermoedelijk doordat zij meer urgente situaties kennen en doordat bij hen de OK leidend is, waardoor het aanbod meer fluctueert, wat een toegangstijd van een week bijna onhaalbaar maakt.

Behalve de winst als gevolg van het niet meer te hoeven triëren, zit ook veel winst in de sterke afname van patiënten die niet op een afspraak komen opdagen, de zogeheten 'no shows' (vaak 8 tot 12%). De no shows worden in de dagelijkse praktijk vaak als plezierig ervaren omdat het even lucht geeft in de drukke dag. Maar voor elke consult is wel tijd besteed aan



het voorbereiden ervan. Voor niets. Bovendien moet in de regel een nieuwe afspraak gepland worden, wat dubbel werk betekent. En uiteindelijk levert het in de regel een nieuwe afspraak op een drukke dag op, over zeg vijf weken. Het hebben van wachtlijsten brengt veel extra werk met zich mee door de triage discussies, de no shows en nog vele andere zaken. De veelal vermeende voordelen van efficiency door betere planningsmogelijkheden worden in de praktijk teniet gedaan door het extra werk en de stress die het hebben van wachtlijsten met zich meebrengt.

WZW draait om het afstemmen van vraag en aanbod. Dit beperkt zich echter niet tot het eenmalig wegwerken van de wachtlijst. Het gaat erom op een andere manier naar zorg te kijken. Waarom doen we wat we doen? Als we andere resultaten willen, zullen we op een andere manier moeten gaan werken. Elke polikliniek kijkt daarom kritisch naar alle factoren die de vraag en aanbod bepalen, hoe zij die kunnen beïnvloeden en hoe zij die beter kunnen afstemmen. In de bijlage is een samenvatting te vinden van de strategieën om het spel van Vraag en Aanbod te beïnvloeden.

#### 9.4 Verminderen van de vraag

Het procentueel grootste deel van de vraag wordt 'veroorzaakt' door de specialist die tegen de patiënt vertelt dat hij een nieuwe afspraak moet maken. Dit komt tot uiting in de herhaalfactor: het aantal controleafspraken ten opzichte van het aantal eerste afspraken. Het minimaliseren van de herhaalfactor (zonder kwaliteitsverlies) creëert ruimte om meer nieuwe patiënten te kunnen zien, dan wel om de spreekuren te kunnen verrichten zonder dubbelboekingen en uitloop. Het reduceren van de herhaalfactor kan met name door:

- de diagnostiek in minder consulten te verrichten;
- door patiënten alleen terug te laten komen bij klachten in plaats van routineus ter controle (kan overigens zeker niet bij alle aandoeningen);
- door de interval te verlengen voor consulten van chronische aandoeningen.

Al deze veranderingen kunnen alleen in combinatie met een korte toegangstijd, zodat de patiënt ook echt snel terecht kan als er een werkelijke zorgbehoefte is, ook zonder urgentieclassificatie.

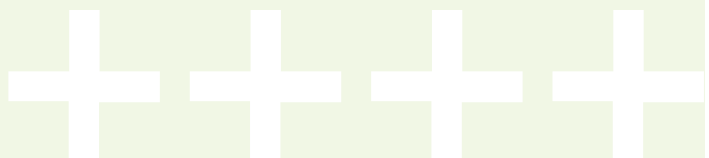
Een andere vorm van het beïnvloeden van de vraag is het verbeteren van de verwijzingen. Hier kan soms zeker veel winst in behaald worden, maar dit is vooralsnog vrijwel onontgonnen terrein binnen WZW, waarschijnlijk eenvoudigweg doordat het veel moeilijker is om te bewerkstelligen. Voor de toekomst is het echter zeker van belang.

**Het vierde principe is het minimaliseren van de herhaalfactor.**

#### 9.5 Vergroten van het aanbod

Het beïnvloeden van het aanbod betekent dat met dezelfde capaciteit van de specialisten meer patiënten kunnen worden gezien. Dit kan met name door:

- taakdelegatie naar doktersassistentes of (gespecialiseerde) verpleegkundigen of Nurse Practitioners;
- het volledig benutten van de capaciteit. Zelfs in drukke poli's blijkt vaak toch nog enige onbenutte capaciteit te zijn, als je er maar goed naar kijkt;
- meer telefonische consulten benutten (of wellicht zelfs e-mail of groepsconsulten);
- verstoringen tijdens de spreekuren verminderen.



**Het vijfde principe is het maximaliseren van het aantal patiënten dat per specialist poliklinische zorg kan ontvangen, zonder harder te gaan werken.**

### 9.6 Afstemmen van vraag en aanbod

Hoe korter de toegangstijd, hoe belangrijker het slim afstemmen van vraag en aanbod wordt. Eerder is al gesteld dat het aantal wachtrijen geminimaliseerd moet worden. Dit betekent het minimaliseren van het aantal consulttypes en het aantal specifieke spreekuren. Onderscheid is alleen van belang als er een afwijkende tijdsduur ingepland moet worden of als er een afhankelijkheid is met andere specialisten of afdelingen waardoor de planning afgestemd moet worden. Ook dient voorkomen te worden dat type afspraken gekoppeld worden aan vaste tijdstippen (zogenoemde rasters of blauwdrukken van spreekuren), omdat die het aanbod inflexibel maken.

Wachtlijsten zijn functioneel als buffers die fluctuatie opvangen. De fluctuatie in vraag (aantal patiënten dat per dag verzoekt om een afspraak), maar zeker ook de fluctuatie in aanbod (het aantal afspraken dat op een dag aangeboden wordt). De ideale lengte van de buffer wordt bepaald door:

- de mate van fluctuatie in vraag en aanbod;
- de mate waarin op de fluctuatie in vraag geanticipeerd kan worden;
- de mate waarin flexibel op fluctuatie gereageerd kan worden.

Fluctuatie in vraag kan in enige mate worden beïnvloed. Gedacht kan worden aan het maken van controleafspraken op rustige momenten, het niet inplannen van controleafspraken op de drukste dagen, maar ook als het goed timen van de komst van de mammabus of artikelen in tijdschriften en dergelijke.

Fluctuatie in aanbod is gemakkelijk te beïnvloeden. Een belangrijke oorzaak van fluctuatie is het om uiteenlopende redenen verzetten van spreekuren door de specialist. Een hulpmiddel om deze fluctuatie te verminderen is het afspreken dat altijd een aantal weken vooruit spreekuren niet afgezegd worden (zes of acht weken blijkt vooralsnog het best te werken). Eenvoudig (maar moeilijk) is het afstemmen van vakanties op voorspelbare vraagfluctuaties.

**Het zesde principe is het minimaliseren van de fluctuatie in aanbod.**

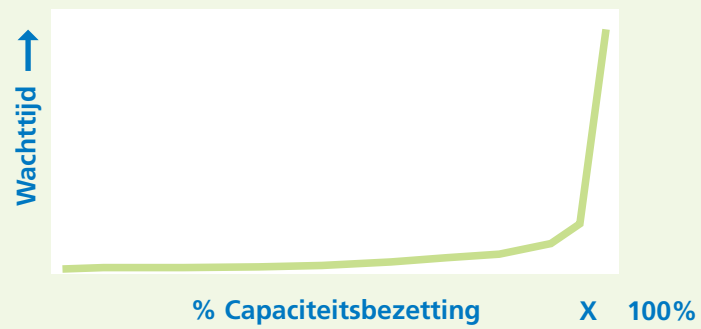
**Het zevende principe is het anticiperen op fluctuaties in vraag en aanbod.**

Eén van de belangrijkste logistieke inzichten voor het afstemmen van vraag en aanbod is weergegeven in figuur 4. 100% capaciteitsbezetting is onmogelijk zonder het accepteren van lange toegangstijden. Een mogelijke actie die op basis hiervan genomen kan worden is het structureel iets hoger plannen van het aanbod dan de gemiddelde vraag en ervoor zorgdragen dat in periodes van lagere vraag de overige tijd goed besteed kan worden. Praktisch is bijvoorbeeld het pas op het laatst volplannen van het laatste deel van het spreekuur, zodat eventueel het laatste half uur aan de andere zaken besteed kan worden. Indien het aanbod niet verhoogd kan worden, kunnen bijvoorbeeld de roostervrije dagen goed verdeeld worden, zodat specialisten spreekuren of OK van elkaar kunnen overnemen (liefst verder vooruit dan de eerder afgesproken termijn van heilig verklaren van de agenda).

**Het achtste principe is dat 100% capaciteitsbezetting onmogelijk is zonder onaanvaardbaar lange wachtlijsten.**

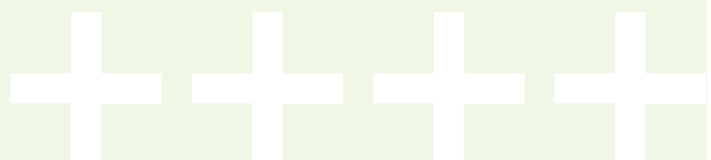






*Figuur 4.*

Relatie tussen bezettingspercentage en gemiddelde wachttijd bij een wachtrijstelsel met één bedieningsstation (bedieningstijden zijn exponentieel verdeeld) en één wachtrij (de tijden tussen de aankomst zijn Poisson verdeeld). Referentie: oratie van Van Merode 2002.



## 10. INFORMATIE

Voor meer informatie over dit draaiboek kunt u contact opnemen met het Consortium Sneller Beter pijler 3.

Sneller Beter pijler 3  
t.a.v. het secretariaat  
Postbus 20064  
3502 LB Utrecht  
Telefoon (030) 28 43 992  
[snellerbeter3@cbo.nl](mailto:snellerbeter3@cbo.nl)

### 10.1 Website

Het programma Sneller Beter is een gezamenlijk initiatief van het ministerie van VWS, de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten en de Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden. ZonMw is in opdracht van het ministerie van VWS verantwoordelijk voor het verbeterprogramma in de Sneller Beter ziekenhuizen. De 24 ziekenhuizen worden ondersteund en begeleid door het Consortium Sneller Beter pijler 3. Deze partijen hebben de afgelopen jaren een website onderhouden met waardevolle informatie, kennis en ervaring. U kunt deze informatie vinden op [www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl). Daarnaast kunt ook terecht bij [www.cbo.nl/product/snellerbeter](http://www.cbo.nl/product/snellerbeter)

### 10.2 Sneller Beter ziekenhuizen

In totaal hebben 24 Sneller Beter ziekenhuizen meegedaan aan het programma. De kennis en kunde die zij hebben opgedaan, worden zoveel mogelijk gebundeld. Het kan echter zijn dat een persoonlijk contact met een Sneller Beter ziekenhuis u de informatie geeft die u nodig heeft. Voor contactpersonen kunt u contact opnemen met het secretariaat van Sneller Beter pijler 3.



#### De Sneller Beter ziekenhuizen 24 ziekenhuizen - 3 tranches

##### Tranche I (2004 - 2006)

Atrium Medisch Centrum	Heerlen
Jeroen Bosch Ziekenhuis	's-Hertogenbosch
Groene Hart Ziekenhuis	Gouda
Meander Medisch Centrum	Amersfoort
St. Elisabeth ziekenhuis	Tilburg
TweeSteden ziekenhuis	Tilburg
VU medisch centrum	Amsterdam
Westfries Gasthuis	Hoorn

##### Tranche II (2005 - 2007)

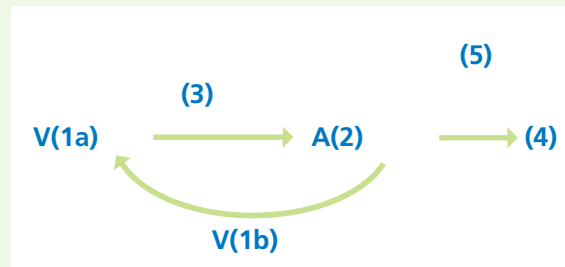
Amphia Ziekenhuis	Breda/Oosterhout
Diaconessenhuis	Leiden
IJsselland ziekenhuis	Capelle aan de IJssel
Scheper Ziekenhuis	Emmen
St. Lucas ziekenhuis	Winschoten
Zaans Medisch Centrum	Zaandam
Ziekenhuis Bernhoven	Oss/Veghel
Ziekenhuis St. Jansdal	Harderwijk

##### Tranche III (2006 - 2008)

Elkerliek Ziekenhuis	Helmond/Deurne
Erasmus MC	Rotterdam
Flevoziekenhuis	Almere
Gemini Ziekenhuis	Den Helder
Maasziekenhuis Pantein	Boxmeer
Refaja ziekenhuis	Stadskanaal
St. Lucas Andreas Ziekenhuis	Amsterdam
Viecuri Medisch Centrum	Venlo/Venray

# BIJLAGE 1. SPEL VAN VRAAG EN AANBOD

## Het spel van Vraag en Aanbod (1a,1b): Vraag



- 1a + 1b = Vraag beïnvloeden
- 2 = Aanbod beïnvloeden
- 3 = Vraag en Aanbod beter afstemmen
- 4 = Verbeteren van de doorstroming
- 5 = Overige verbeteringen op de polikliniek (zonder wezenlijke invloed op 1 t/m 4)

### (1) Beïnvloeden van de Vraag

Hieronder staan de tot dusver bekende insteken om de vraag te beïnvloeden; er zijn er zeker meer denkbaar. Let op het verschil in interdokter variatie bij de afweging of het zinvol is om er energie in te steken. Bij alles geldt dat de kwaliteit van zorg voorop staat.

#### V(1a) Nieuwe patiënten

##### Instroom

Komen er patiënten op de poli die er eigenlijk niet horen?  
(onterechte verwijzing door huisarts of ander specialisme, klachten na operatie in commerciële instelling, 'zinloze' 2nd opinions, etc.).

##### Diagnostiek

Kan de diagnostiek in minder consulten verricht worden?  
(onderzoek vóór eerste consult, geen vervolgsconsulten als niet alle onderzoeken binnen zijn, multidisciplinaire consulten, rechtstreeks insturen naar poliklinische OK of dagbehandeling, etc.)

→ zorgpaden ontwikkelen (eventueel tot en met behandeling en nazorg).

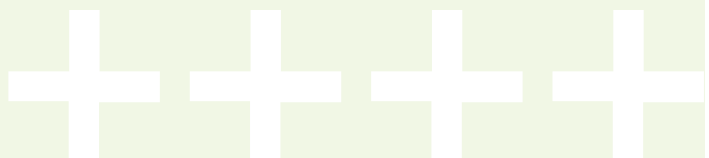
##### Controlebeleid

Is elke controle echt nodig?  
(voor sommige patiënten: alleen terugkomen bij klachten. Let op dat het zinvol kan zijn om voldoende patiënten terug te laten komen voor het leereffect (was de behandeling effectief? Met name voor specialist-assistenten). Afspraken met huisarts of thuiszorg: shared care. Bijv. hechtingen verwijderen (wordt tegenwoordig vergoed voor huisarts).

#### V(1b) Bekende patiënten

##### Controlebeleid

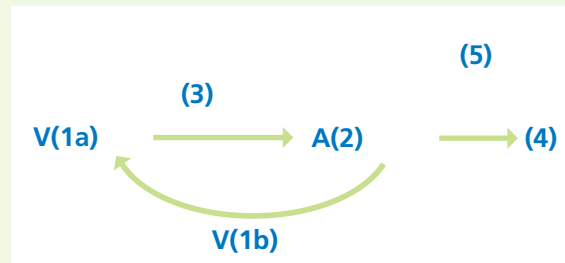
Evalueren van het controlebeleid per (veel voorkomende) patiëntengroep. Kan de controle-interval verlengd worden, kan de patiënt door andere zorgverleners gezien worden (gespecialiseerde verpleegkundige of Nurse Practitioner), kan de patiënt anders zorg verkrijgen (telefonisch o.b.v. uitslag onderzoek, e-mail, groepsconsulten). Is patiënt gestuurde zorg mogelijk? Patiënt neemt zelf initiatief tot een consult zodra er aanleiding is. Eventueel met een maximum interval als afspraak en eventueel met vangnet.



### Ontslagbeleid

Wanneer kan een patiënt uit zorg ontslagen worden?  
(eventueel afspraken met huisarts of thuiszorg, shared care)

### Het spel van Vraag en Aanbod (2): Aanbod



- 1a + 1b = Vraag beïnvloeden
- 2 = Aanbod beïnvloeden
- 3 = Vraag en Aanbod beter afstemmen
- 4 = Verbeteren van de doorstroming
- 5 = Overige verbeteringen op de polikliniek (zonder wezenlijke invloed op 1 t/m 4)

### (2) Beïnvloeden van het Aanbod

Hieronder staan de tot dusver bekende insteken om het aanbod te beïnvloeden; er zijn er zeker meer denkbaar. Bij alles geldt dat de kwaliteit van zorg voorop staat.

Centraal bij het principe van aanbod beïnvloeden is de specialist zich laten concentreren op wat hem speciaal maakt. Wat kan een specialist wat niemand anders kan?

#### Kan iemand anders het doen?

- Gespecialiseerde verpleegkundige: bijv. life style poli, medicijncontrole, wondpoli.
- Nurse Practitioner: bijv. hartrevalidatie, postoperatieve knie en heup controles.
- Assistentes: bijv. aflezen allergietesten en geven van injecties (bijen) · dermatologie, informatie geven, administratieve handelingen.

#### Kan het anders georganiseerd worden?

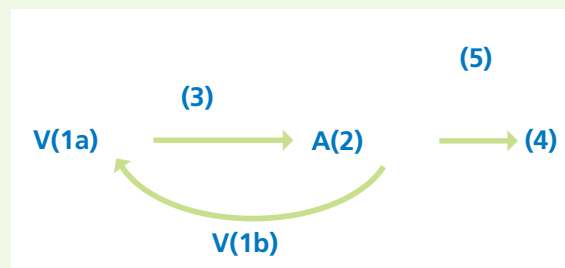
- 2 kamersysteem: meer patiënten per spreekuur.
- Eén assistente per kamer die alle taken van de specialist overneemt die door haar gedaan kunnen worden.
  - o patiënt voorbereiden, foto's oproepen, patiënt helpen uitkleden, in status noteren, MRI aanvragen, patiënt na consult verder helpen, verdere voorlichting/uitleg.
- Organiseren van groepsconsulten.
  - o Meerdere patiënten krijgen tegelijk poliklinische consulten. Dit zijn géén voorlichtingsconsulten, maar werkelijk zorginhoudelijke consulten.
- Telefonische consulten.
- E-mail/internet gebruiken.
  - o Vooraf deel van de anamnese via internet laten vooruitsturen.
  - o aanvraag machtigingen, adreswijzigingen, afzeggen afspraak, zorginhoudelijk
  - o patiënten afspraken via internet laten maken.
  - o internet als voorlichtingskanaal gebruiken.



### Capaciteit beter benutten

- Emmentaler screening; voorkom dat er gaten ergens in het spreekuur ontstaan. Door wekelijks het spreekuren te screenen op lege plaatsen kunnen patiënten die nog bellen voor een afspraak daar gepland worden.
- Tijdig starten met het spreekuur.
- Verstoringen verminderen tijdens spreekuur.
  - o Bijvoorbeeld door inleveren sein en door niet tegelijk spreekuur te draaien en dienst te hebben.
- Voorkom misgrijpen in spreek- en behandelkamer (voorraadbeheer).

### Het spel van Vraag en Aanbod (3): Afstemming



- 1a + 1b = Vraag beïnvloeden
- 2 = Aanbod beïnvloeden
- 3 = Vraag en Aanbod beter afstemmen
- 4 = Verbeteren van de doorstroming
- 5 = Overige verbeteringen op de polikliniek (zonder wezenlijke invloed op 1 t/m 4)

### (3) Afstemmen van vraag en aanbod

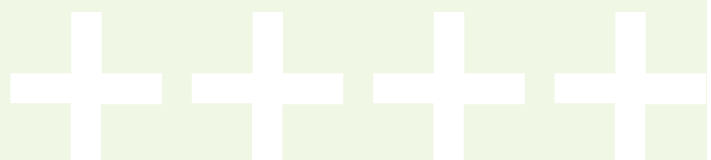
Hieronder staan de tot dusver bekende insteken om de afstemming tussen vraag en aanbod te verbeteren; er zijn er zeker meer denkbaar. Bij alles geldt dat de kwaliteit van zorg voorop staat.

#### Spreekuren

- Minimaliseren # consulttypes en # type spreekuren.
  - o alleen typen als daar onontkoombare redenen voor zijn zoals afhankelijkheid van anderen.
- Realistisch plannen op werkelijke consultduur.
  - o eventueel met buffers per uur om uitloop van consulten op te vangen (dan consulten iets korter plannen dan gemiddelde).
- Plannen in 5 minutenblokjes.
  - o Per (type) patiënt bepalen hoeveel blokjes gebruikt worden. Dus geen blauwdruk/schema meer gebruiken. Let op timing van deze interventie.
- Zo min mogelijk spreekuren voor een specifieke patiëntengroep organiseren.

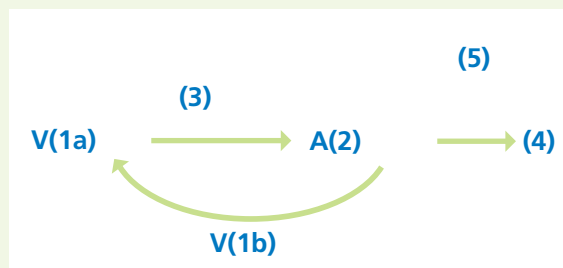
#### Planning capaciteit

- Zes (of acht) weken vooruit de agenda heilig verklaren.
  - o Alleen nog afzeggen in noodgevallen
- Jaarproductie vertalen naar # spreekuren per maand (bijv.) en erop sturen dat per maand voldoende spreekuren gedraaid wordt.
  - o Ofwel maximering van # afzegbare spreekuren per maand voor de gehele vakgroep samen, waarbij het totaal over het jaar gelijk verdeeld wordt.



- Maximering vakanties in drukke periodes om aanbod op peil te houden. Vakanties slim spreiden.
- Bewust overcapaciteit inplannen.
  - o Gemiddeld aanbod 10 tot 15% hoger plannen dan gemiddelde vraag. Dit creëert flexibiliteit zodat het aanbod op peil blijft en zodat fluctuaties opgevangen kunnen worden. Eventueel laatste deel spreekuur het laatst volplannen om gaten te voorkomen. Eventueel extra aanbod door buffer-spreekuur op bijv. vrijdagmiddag in te zetten zodra de vraag toeneemt/toegangstijd oploopt. In rustige periodes kunnen spreekuren meer afgezegd worden (buiten 'heilige agenda!').
- Planning van de spreekuren over de week goed verspreiden.
- Vraag en aanbod continu meten om inzicht te krijgen in fluctuaties.
- Anticiperen op fluctuaties (bijv. Mammabus, seizoensschommelingen).
- Reguliere controles waar mogelijk houden in rustige periodes om vraag weg te halen van de drukke periodes waar anders de toegangstijd oploopt.

#### Het spel van Vraag en Aanbod (4): Doorstroming

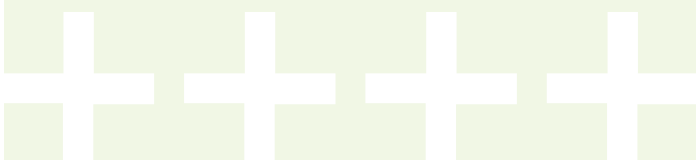


- 1a + 1b = Vraag beïnvloeden
- 2 = Aanbod beïnvloeden
- 3 = Vraag en Aanbod beter afstemmen
- 4 = Verbeteren van de doorstroming
- 5 = Overige verbeteringen op de polikliniek (zonder wezenlijke invloed op 1 t/m 4)

#### (4) Verbeteren van de doorstroming

##### Huisartsen

- Afspraken over welke zorg eerste lijn en welke tweede lijn is ('shared care').
  - o Inclusief welk diagnostisch onderzoek vanuit de eerste lijn aangevraagd kan worden → eenduidig beleid in de regio.
- Afspraken over wijze van verwijzen.
  - o Bijvoorbeeld welke informatie gegeven wordt, een brochure, of een formulier om in te vullen/internet site. Wanneer een patiënt met spoed ingezonden moet worden etc.
- Huisartsen bijscholen.
- Gezamenlijk zorg verlenen (combinatie van eerste en tweede lijn).
  - o Bijvoorbeeld voor Diabetes patiënten in een wijkpost .



### Diagnostiek

- One-stop-shop / combinatieafspraken / two-stop-shop.
- Een patiënt krijgt in één bezoek diagnostisch onderzoek en een specialistisch consult met de bespreking van de uitslag. Soms is ook meteen inloop bij Preoperatief Poliklinisch Onderzoek (PPO) mogelijk. Dit is alleen mogelijk bij voorstelbare zorg met een hoge mate van betrouwbaarheid van accurate verwijzingen.
- Een variant is two-stop-shop: bijvoorbeeld diagnostisch onderzoek met eerste consult, maar terugkomen voor een tweede consult. Of een eerste consult bij een gespecialiseerde verpleegkundige en een tweede bezoek met diagnostisch onderzoek en een specialistisch consult.
- Inloopmogelijkheid bij diagnostische afdelingen.
- Decentrale planning bij diagnostische afdelingen.
- Als vakgroep eenduidig diagnostisch beleid bepalen.

### OK

- Verkorten van de wachttijd tot OK.
- Als vakgroep eenduidige wijze van opereren bepalen.
- OK straten invoeren / clusteren van gelijksoortige, veel voorkomende ingrepen.

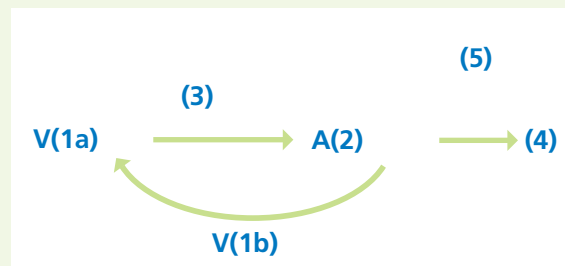
### Kliniek

- Planning van ontslag: reeds voor opname ontslagdatum bepalen en zichtbaar ophangen bij het bed. Reeds poliklinisch aankondigen.

### Gehele zorgproces

- Gespecialiseerde verpleegkundige of Nurse Practitioner als 'casemanager'.

### Het spel van Vraag en Aanbod (5): Overig



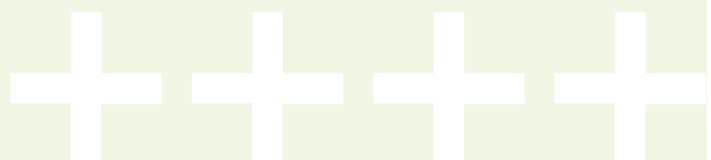
- 1a + 1b = Vraag beïnvloeden  
 2 = Aanbod beïnvloeden  
 3 = Vraag en Aanbod beter afstemmen  
 4 = Verbeteren van de doorstroming  
 5 = Overige verbeteringen op de polikliniek (zonder wezenlijke invloed op 1 t/m 4)

### (5) Overige verbeteringen op de polikliniek

Hieronder volgt een overzicht van voorbeelden uit eerdere WZW projecten. Het is per onderwerp zeker niet uitputtend; het zijn ideeën ter overweging.

#### Telefonische bereikbaarheid

- Scheiden van telefoon en balie.
- Op piektijden extra bezetting bij de telefoon.
- Patiënten meer laten bellen op rustige tijden, bijv. door tekstbericht tijdens de wachtstand.



- Telefoon alleen op bepaalde (rustigere) tijden bereikbaar? nadeel is dat het minder patiëntvriendelijk is.
- E-mail mogelijkheid om deel van de telefoontjes af te vangen.
- Analyseren waarom patiënten bellen en gericht die vragen op een andere wijze beantwoorden c.q. de oorzaak weghalen.

#### Correspondentie met huisartsen

- Brieven dezelfde dag dicteren en dezelfde of volgende dag versturen.

#### Organisatie van de polikliniekmedewerker

- Doktersassistentes bij spreekuren niet doktergebonden.
- Dienstenschema's met roulatie. Bijvoorbeeld op basis van telefoondienst; archiefdienst; baliedienst; typedienst; behandelkamerdienst.

#### Digitaal beschikbare diagnostische uitslagen niet meer archiveren

#### Overig

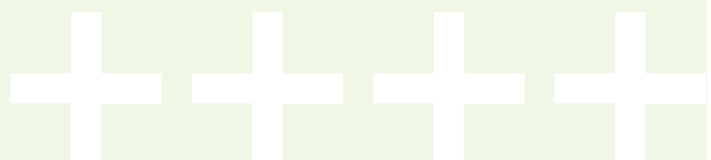
- Controlepatiënten hoeven zich niet te melden.
- Niet standaard wegen van alle patiënten, alleen op indicatie van de dokter.
- De dag beginnen met een 'group huddle' waarbij alle polikliniekmedewerkers staande met een kop koffie de vorige dag evalueren en de komende dag en volgende dag anticiperen (zijn er acties nodig?).
- Secretaresses schrijven de recepten, de dokter tekent.
- Cursus Word voor secretaresses.
- Cursus telefoonbeantwoording.
- Beslisboom bij telefoon voor triage: welke specialist, welk spreekuur, welk onderzoek van tevoren aanvragen, welke informatie of invuldocumenten van tevoren opsturen.





## Publicaties

- **WZW, minder stress op de polikliniek**  
Auteur: M.M.N. Minkman c.s. Medisch Contact nr 11, 14 maart 2003
- **Wachtrijst weggewerkt**  
*Het succesverhaal van een dermatologische polikliniek.*  
Auteur: R. Blanken C.S. Medisch Contact 27 februari 2004, 59 nr. 9
- **De winst van gedeelde zorg**  
*Nieuwe zorgvormen beïnvloeden patiëntenaanbod en wachttijd*  
Auteur: Ina Kuper C.S. Medisch Contact 5 maart 2004, 59 nr. 10
- **Controle over vraag en aanbod**  
*Zorg standaardiseren, capaciteit flexibiliseren*  
Auteur: Jan van Bodegom, Marc Rouppe van der Voort, Frits van Merode  
Medisch Contact 19 maart 2004, 59 nr. 12
- **Doel gemist, missie geslaagd**  
*Poli verkort toegangstijden minder dan gehoopt*  
Auteur: A.A.M. Blaauw, E. Ton, S.A.P. Simons, B.J. Raadgever, M.B.V. Rouppe van der Voort.  
Medisch Contact 26 maart 2004, 59 nr. 13
- **De balans opgemaakt**  
*Doorbraakaanpak succesvol om toegangstijden tot een week te bekorten*  
Auteur: Marc Rouppe van der Voort, Stan Janssen, Mirella Minkman, Sanne Slot, Wim Schellekens. Medisch Contact 2 april 2004, 59 nr. 14
- **WZW kan!**  
Auteur: Stan Janssen, Marc Rouppe van der Voort. Kwaliteit in Beeld. Nr.2, 2004



## Sneller Beter Draaiboeken

- Werken Zonder Wachtijst (WZW)
- Postoperatieve Wondinfecties (POWI)
- Medicatieveiligheid
- OK oké
- Veilig Incidenten Melden (VIM)
- Patiëntenparticipatie
- Decubitus
- Procesinrichting (PHI)
- Professionele Kwaliteit
- Leiderschap & Organisatieontwikkeling (L&O)

Dit Sneller Beter draaiboek is een uitgave van het Consortium Sneller Beter pijler 3, dat bestaat uit het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg en de Orde van Medisch Specialisten.

Ontwerp en lay-out: Berkhout Grafische Ontwerpen BNO, Harmelen

++++  
**Sneller Beter**

Sneller Beter pijler 3  
Postbus 20064  
3502 LB Utrecht  
Telefoon (030) 28 43 992  
E-mail [snellerbeter3@cbo.nl](mailto:snellerbeter3@cbo.nl)  
[www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl)



Orde van Medisch Specialisten