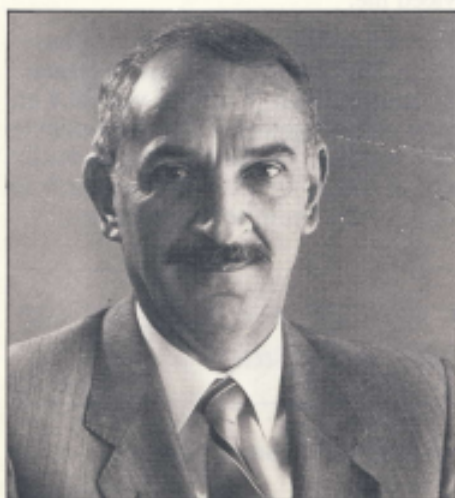


# Die wagtyd van pasiënte\*

— G J Pistorius



**Gawie Pistorius** MB ChB, M(Med Dom), MD  
Dept Huisartskunde  
Universiteit van die Oranje Vrystaat  
Bloemfontein  
9300

## Curriculum vitae

Gawie Pistorius behaal die MB ChB te Pretoria in 1958. Na twintig jaar in aktiewe huisartspraktyk in Queenstown, Victoria-Wes, Pretoria en Brits aanvaar hy die aanstelling in 1978 as hoof van die Departement Huisartskunde, UOVS. In 1983 promoveer hy by die Universiteit van Pretoria met 'n MD proefskrif getiteld "n Analise van die werksaamhede van 'n Huisartskunde". Hy is mede-outeur van *Praktykvoering vir die Huisarts* (1986). Tans is hy onder andere; Lid van Uitvoerende Raad van SA Akademie vir Huisartskunde/Primêre Sorg, Verkose lid van SA Geneeskundige en Tandheelkundige Raad, Lid van Onderwyskomitee van die SAGTR, Lid van Fisioterapie beroepsraad en Sameroeper van 'n Ad hoc-komitee van die SAGTR wat ondersoek instel na die instelling van verpligte nagraadse opleiding van huisartse.

\*Paper presented at 6th General Practitioners' Congress.

**W**agtye in geneeshere se spreekkamers is 'n gereelde onderwerp van bespreking by die publiek. Is dit werklik so 'n groot probleem? Watter invloed oefen "lang" en "kort" konsultasies op die wagtyd uit? Wat kan gedoen word om die probleem op te los?

Om hierdie probleem te ondersoek is projek VI aangepak met die doel om:

- Die omvang van die probleem van wagtyd van pasiënte in die spreekkamer te bepaal.
- Ondersoek in te stel na die moontlike veroorsakende faktore.

## Summary

*One of the most frustrating aspects for the doctor and his patients, is the problem of waiting. A survey was done to determine how long patients actually do sit and wait, and to measure which aspects cause the delay. The author concludes by giving some recommendations.*

S Afr Fam Pract 1988; 9: 354-7

**KEYWORDS:** Appointments and Schedules; Time Factors; Practice Management, Medical

- Aanbevelings te doen om die probleem in die praktyk te hanteer.

Vir die doeleindes van hierdie projek is slegs pasiënte wat ten tyde van die aanvang van die konsultasiesessie reeds 'n afspraak gereël het, in ag geneem. Pasiënte wat gedurende die konsultasiesessie ingekom of afsprake gemaak het, is as pasiënte sonder afspraak beskou. Met elke sessie is streng op die bepaalde tyd 'n aanvang geneem, behalwe in gevalle wanneer 'n noodbesoek dit verhinder het. Geen vertraging deur 'n willekeurige aksie van die geneesheer het dus op enige tydstop voorgekom nie.

Indien enige sessie of konsultasie slegs een minuut of langer na die vasgestelde tyd begin het, is dit as "laat" beskou. "Op tyd" beteken dus 'n aanvang op die presies vasgestelde minuut.

Afsprake is elk vir 'n duur van 15 minute gemaak. Waar vooraf bepaal kon word dat 'n verlengde konsultasie nodig was, soos ondersoek vir versekeringsdoeleindes, is 30 minute daarvoor toegelaat.

Altesaam 34 konsultasiesessies is by hierdie studie ingesluit.

Dit het die volgende behels:

Oggendsessies (3 uur elk):	19 = 57 uur
Middagsessies (2 uur elk):	15 = 30 uur
Totaal	34 = 87 uur

Die belangrikste bevindinge was soos volg:

Die konsultasies van bykans 80% van die pasiënte het tegnies "laat" begin, met ander woorde, een minute of langer na die vasgestelde afspraaktyd.

Van die 34 sessies het die eerste konsultasie by 15 (44%) op tyd begin, en by 19 (56%) laat. Oorsake van die laat aanvang was hoofsaaklik noodgevalle (68%) en pasiënte wat laat was (26%).

Die totale vertraging by die aanvang van die sessies wat 245 minute, wat 'n gemiddelde vertragingstyd van 12,9 minute vir elk van die 19 "laat" sessies behels. Dit is byna die toegelate tydsduur vir een volle konsultasie. In die geheel gesien egter (34 sessies), is die gemiddelde vertragingstyd slegs 7,2 minute, dus ongeveer die duur van 'n halwe konsultasie.

Deur die loop van die sessies het die posisie egter aanmerklik versleg. Waar slegs 19 sessies (ongeveer 56%) se eerste konsultasie laat begin het, het 28 (ongeveer 82%) se laaste konsultasie laat begin. Wat hierdie verloop betref, is geen betekenisvolle verskil tussen oggend- en middagsessies opgemerk nie.

Wat die vertragingstyd betref, is die werklike gemiddelde netto vertraging dieselfde vir die oggend- en middagsessies (8,8 minute). Aangesien die aantal ure per sessie verskil, is die vertragingstempo egter baie hoër gedurende die middagsessies (4,4 minute per uur) as gedurende die oggendsessies (2,9 minute per uur), met 'n gemiddeld van 3,4 minute per uur.

Die aanvanklike vertraging is dus meer by die oggendsessies, maar die vertragingstempo weer hoër gedurende die middagsessies.

Sewe verskillende soorte konsultasies is in hierdie verband onderskei:

- Reg (bespreekte konsultasie met 'n duur van 15 minute)
- Lank (bespreekte konsultasie met 'n duur langer as 15 minute).
- Kort (bespreekte konsultasie met 'n duur korter as 15 minute).

### *'n Effense verlengde konsultasieduur as sodanig is nie 'n belangrike vertragingfaktor nie*

- Gesinslid (wanneer 'n pasiënte met 'n afspraak iemand anders wat nie 'n afspraak het nie, saambring vir 'n konsultasie).
- Vorige pasiënt (wanneer 'n pasiënt met 'n afspraak nie in sy afspraakperiode beskikbaar was nie en in 'n latere periode gekonsulteer word).
- Volgende pasiënt (wanneer 'n pasiënt met 'n afspraak in 'n vroeër afspraakperiode gekonsulteer word).
- Geen afspraak (wanneer 'n pasiënt wat nie 'n afspraak gemaak het nie, gekonsulteer word).

Vir die doeleindes van hierdie studie is die periode van die begin van die konsultasiesessie tot in die begin van die laaste bespreekte afspraak ontleed. Die rede is dat pasiënte sonder afspraak wat in onbespreekte konsultasieperiodes tussen die ander afspraak gekonsulteer word, wel 'n invloed op die bespreekte afspraak uitoefen. Alle konsultasies na die laaste bespreekte afspraak het geen sodanige invloed nie.

In die betrokke tydperk is 227 bespreekte konsultasies aangeteken. Lang en kort konsultasies het 'n gemiddelde praktiese konsultasieduur (GPKD) van 20,8 en 9,6 minute onderskeidelik getoon. Die gemiddelde afwyking van die toegelate 15 minute is dus feitlik dieselfde vir die lang (20,8 — 15 = 5,8 minute) as vir die kort (15 — 9,6 = 5,4 minute) konsultasies.

### *Die telefoon dra die meeste by tot die vertragingstyd*

Die getal aangetekende konsultasies van tipe 1 tot 3 was soos volg:

1. Reg: 6 (3,3%)
2. Lank: 49 (27,2%)
3. Kort: 125 (69,5%)

Aangesien daar bykans 2,5 maal meer kort as lang konsultasies voorgekom het, en die gemiddelde afwyking van die toegelate 15 minute ongeveer dieselfde vir die twee groepe is, sal die totale tydbesparing van die kort konsultasies nie net die vertragingseffek van die lang konsultasies neutraliseer nie, maar dit ook ver oorskry. Dit wil dus voorkom asof 'n verlengde konsultasieduur as sodanig nie so 'n belangrike vertragingfaktor in die totale opset is nie.

#### **Faktore wat die wagtydperk beïnvloed:**

Dit is duidelik dat daar meerdere faktore in hierdie verband moet wees. Projek VI het elf faktore onderskei wat vertraging en vier wat tydbesparing veroorsaak.

#### **Vertragingfaktore:**

Noodgevalle speel in 'n mate dieselfde rol as by spreekkamer-aktiwiteite in die algemeen. Wat aantal betref, verteenwoordig dit ongeveer 5% van die totaal, maar veroorsaak ongeveer 17% van die totale vertragingstyd, die hoogste syfer van al die faktore.

Wat die telefoon betref, is die gemiddelde vertraging 'n minimale 1,9 minute, maar in die geheel lyk die prentjie heel anders. Hierdie faktor beklee verreweg die hoogste posisie wat aantal (47%), en die tweede hoogste wat totale vertragingstyd betref.

Die wag vir pasiënte wat laat is, en verlengde konsultasies speel omtrent ewe belangrike rolle. Die vertraging uitwerking van die verlengde konsultasies word egter deur die kort konsultasies geneutraliseer.

Pasiënte en gesinslede sonder afspraak vorm saam 'n

belangrike verdragingsfaktor. Nie net sorg hierdie twee faktore gesamentlik vir 'n langer totale verdragingsduur as verlengde konsultasies nie, maar die opwagting van pasiënte sonder afspraak kan die geneesheer en die spreekkamerpersoneel erg frustrer.

Ongeveer 'n kwart van die pasiënte het nie vooraf afspraak gereël nie, maar minder as die helfte van hulle het enige invloed op die wagtyd van die bespreekte pasiënte uitgeoefen. Ongeveer 10% van pasiënte is dus skuldig daaraan om hul opwagting te maak sonder dat hul vooraf 'n afspraak gemaak het gedurende die bespreekte pasiëntessie.

Mediese verteenwoordigers, die teepouse en die bespreking van 'n geval met vennote is ook verdragingsfaktore. Afsonderlik speel elkeen nie 'n belangrike rol as verdragingsfaktor nie, maar gesamentlik sorg die drie faktore vir ongeveer 13% van die totale verdragingsduur. Die ideaal is om al hierdie aktiwiteite in die teepouse te laat oorvleuel en te konsolideer.

'n Baie belangrike beginsel van pasiënte-wagtyd is die volgende: Opgespaarde tydwinne kan nie kompenseer vir latere tydverlies nie. Die rede hiervoor is juis te vinde in een van die inherente eienskappe van die afspraakstelsel. Al het 'n groot tydwin ontstaan as gevolg van 'n pasiënt(e) wat nie opgedaag het nie, kan dit nie met konsultasie-aktiwiteite benut word nie, aangesien die volgende pasiënt gewoonlik eers 'n paar minute voor sy bespreekte afspraaktyd opdaag.

Pasiënte wat laat kom of wegbly sonder om hul afspraak betyds te kanselleer, veroorsaak dus 'n baie groot ontwrigting in die spreekkamer. Die heffing van 'n konsultasiefooi vir sulke wegblyers is myns insiens heeltemal geregtig.

### Besparingsfaktore:

Kort konsultasies staan bo-aan die lys wat aantal (ongeveer 70%) en totale besparingsduur betref (45,5%), maar met 'n gemiddelde besparingsduur van 5,4 minute per kort konsultasie.

Die ander drie faktore naamlik 'n oop afspraak, pasiënt nie op tyd opgedaag en pasiënt vroeër gekonsulteer, veroorsaak elkeen uit die aard van die saak 'n gemiddelde besparingsduur wat gelyk is aan die toegelate duur van een afspraak, naamlik 15 minute. Gedurende 'n besige spreekuur is die verskyning van 'n vakante afspraakruimte, van watter oorsaak ook al, dikwels soos 'n koel lufenis in die woestyn!

*Die invloed van verdragings- en besparingsfaktore op die pasiënte:*

Hoe word die pasiënte deur al hierdie faktore beïnvloed?

Die ondervinding van die 227 pasiënte was soos volg:

Laat gekonsulteer	182	(80,2%)
Vroeg gekonsulteer	26	(11,4%)
Betyds gekonsulteer	19	(8,4%)
Totaal	227	

Aangesien pasiënte wat slegs 'n minuut of langer na die bepaalde tyd gekonsulteer is, as "laat gekonsulteer" beskou word (die teenoorgestelde van "vroeg gekon-

sulteer"), is dit noodsaaklik om 'n verdere tydsontleding te doen om die duur van die tydsafwyking vas te stel.

'n Wagperiode van 30 minute kan as 'n redelike tyd beskou word. Die hele probleem kan nou in beter perspektief gesien word. Volgens hierdie arbitrêre aanname moes slegs 36 van die oorspronklike 182 pasiënte werklik wag. Vyf van hierdie pasiënte was weens hul eie toedoen laat, sodat slegs 31 pasiënte, (of 13,6%) van die totaal, weens faktore buite hul eie beheer langer as 'n redelike tyd vir hul afspraak moes wag.

Eweneens is meer as 90% van die pasiënte wat vroeg gekonsulteer is, binne 30 minute van hul werklike afspraaktyd gekonsulteer.

As die voorafbepaalde afspraaktyd plus of minus 30 minute as "binne 'n redelike tydperk" beskou kan word, kan die ondervinding van die 227 pasiënte nou soos volg voorgestel word:

Laat gekonsulteer (meer as 30 minute na afspraaktyd) 31 (13,6%)

Vroeg gekonsulteer (meer as 30 minute voor afspraaktyd) 2 (0,9%)

Betyds gekonsulteer (afspraaktyd  $\pm$  30 minute) 194 (85,5%)

Totaal 227

In werklikheid lyk die toestand dus nie so erg soos dit aanvanklik voorgekom het nie.

## Opvoeding van pasiënte is belangrik tov tydsgebruik

### Bepaling van wagtydindeks

Gebaseer op die Birmingham Research Unit<sup>2</sup> se model, en aangepas vir die Suid-Afrikaanse praktykopset, kan die volgende gemotiveerde riglyne vir wagtydmeting en -vergelyking voorgestel word:

### Pasiëntfaktore

X = die aantal pasiënte wat sonder 'n vooraf-afspraak gekonsulteer word.

L = die aantal pasiënte wat nog nie opgedaag het as hul konsultasiebeurt aanbreek nie (mits die beurt op of na die voorafbepaalde tyd is).

F = die aantal pasiënte met vooraf-afspraak wat nie opdaag nie.

TK = die totale aantal konsultasies vir die betrokke tydperk.

Die PWI (Pasiënte-wagtydindeks) word nou soos volg bereken:

$$PWI = \frac{X + L + F}{TK} \times 100$$

Hierdie formule is so saamgestel dat 'n PWI van 0,0 verkry sal word as alle bespreekte pasiënte binne 15 minute van hul afspraaktyd gekonsulteer word.

## Geneesheerfaktore

Die volgende definisies word voorgestel:

A = die aantal pasiënte wat binne 'n tydsbestek van 15 minute of minder na die aanvang van hul afspraaktyd gekonsulteer is. Hierdie syfer sluit dus ook alle pasiënte in wat voor of op hul afspraaktyd gekonsulteer is.

Die tydsbestek vir B tot D is:

B: 16 tot 30 minute

C: 31 tot 60 minute

D: 61 of meer minute

Die GWI (Geneesheer-wagtydindeks) word nou as volg bereken:

$$GWI = \frac{A + 2B + 3C + 4D}{(A + B + C + D)}$$

Hierdie formule is so saamgestel dat 'n GWI van 1,0 verkry sal word as alle bespreekte pasiënte binne 15 minute van hul afspraaktyd gekonsulteer word.

Die onbereikbare maar nastreefbaar ideaal vir 'n praktyk is dus om 'n PWI = 0 en 'n GWI = 1,0 te behaal!

## Aanbevelings

Die volgende bondige aanbevelings kan dien om die wagtyd van pasiënte te verminder:

1) 'n Doeltreffende afspraakstelsel

● Die diskresie van die ontvangsdame met die saamgroepering van "lang" en "kort" konsultasies.

● Dubbelafsprake vir voorafbekende verlengde konsultasies soos 'n ondersoek vir versekeringsdoelindes en die dubbelbespreking van kort prosedures in een konsultasieperiode.

● Indien die geneesheer weet dat 'n pasiënt se opvolgkonsultasie buitengewoon lank of kort gaan wees, moet hy die ontvangsdame dienooreenkomstig in kennis stel sodat sy volgens die punt direk hierbo genoem, kan optree.

● Die aantekens van elke pasiënt se telefoonnommer by die maak van 'n afspraak. Pasiënte kan nou maklik in kennis gestel word van 'n wysiging in die afspraaktyd, of van 'n beduidende vervoering of vertraging.

● Die laat van 'n "oop" periode vir noodgevalle. Dit is wel so dat die presiese voorkomstyd van noodgevalle nie vooraf bepaal kan word nie, maar die oop periode gaan in elk geval sy doel dien indien dit na die noodgeval voorkom. Die beste tydstip vir hierdie periode is dus in die tweede helfte van die konsultasiesessie. Indien die periode te vroeg geplaas word, mis dit die doel, en as dit te laat geplaas word, laat dit weer te min tyd vir die herstel.

Die tydsduur van die vry periode sal wissel van praktyk tot praktyk, maar die duur van een of twee konsultasieperiodes sal waarskynlik optimaal wees.

Met die eerste oogopslag lyk dit na 'n saak van onmoontlikheid om 'n vry periode in die middel van 'n besige spreekuur te skep. Die benutting daarvan kan egter baie sinvol en prakties wees. Die periode moet so beplan word dat dit die teepouse ook kan

insluit. Terselfdertyd kan uitgaande telefoonoproep, besprekings met vennote, dringende administratiewe aangeleenthede en onderhoude met verteenwoordigers ook in daardie pouse plaasvind. Dit is alles aktiwiteite wat meesal in konsultasietyd plaasvind, en dus as vertragingfaktore funksioneer. Die skep en benutting van 'n "teepouse" sal daardie probleem uitskakel, asook die kumulatiewe vertragingproses stuit, veral na 'n noodgeval of 'n pasiënt sonder 'n afspraak. Indien daar te veel bespreekte afsprake vir die oorblywende deel van die sessie is, kan die "teepouse" in elk geval daarvoor benut word, en geen skade is gedoen nie. Die aanvanklike bespreking van afsprake moet egter altyd met hierdie pouse in gedagte gedoen word. Hierdeur word die tydsvoordeel wat 'n toevallige vry periode bied, doelbewus benut.

2) Pasiëntfaktore soos genoem, is ook van besondere belang. Opvoeding van pasiënte bly steeds belangrik. Vir wegblyers sonder kansellasie kan 'n rekening gehef word. Pasiënte wat sonder afspraak opdaag, moet bereid wees om te wag tot hul gekonsulteer kan word, afhange van natuurlik van die dringendheid van hul probleem.

## *Die belangrikste faktor van pasiënt-insiklikheid teenoor sy geneesheer, is die geneesheer se eie houding teenoor sy pasiënt*

Een belangrike feit moet egter altyd voor oë gehou word: Die belangrikste bepalers van pasiënt-insiklikheid teenoor 'n geneesheer is sy eie houding en optrede teenoor sy pasiënte. Ondervinding, die beste leermeester, het al menige geneesheer hierdie les geleer: Neem jou pasiënte in ag, en hulle neem jou in ag.

● Telefoonhantering is ook in hierdie opsig belangrik. Wat die wagtyd van pasiënte betref, laat die ontvangsdame as 'n filtererder vir inkomende oproepe dien; probeer uitgaande oproepe sover moontlik in vry periodes afhandel.

● Die geneesheer self moet 'n goeie balans tussen professionalisme en menslikheid handhaaf gedurende konsultasies, sodat dit in die optimale tydsbestek afgehandel kan word. Hy moet ook probeer om sover moontlik op tyd met sy konsultasiesessies 'n aanvang te neem. Daar is 'n kumulatiewe agterstand wat deur die sessie opbou, en om laat te begin is om moeilikheid vorentoe uit te nooi.

Met die nodige insig en beplanning kan hierdie turksy moontlik in 'n heerlike lekkerny omskep word!

## Verwysings

1. Pistorius GJ. 'n Analise van die werksaamhede van 'n Huisartspraktyk. M.D.-proefskrif. Pretoria; Universiteit van Pretoria, 1983; 132.
2. Birmingham Research Unit Report. Practice Activity Analysis: punctuality of appointments. J Roy Coll Gen Pract 1977; 27: 634-5.