

Optimale Tydsbenutting — die basis van dinamiese praktykvoering

DA van Staden

Summary

Optimal use of a family doctor's time is absolutely essential for dynamic practice management. The lack of time is often blamed for many unsatisfactory aspects of family practice but much time is wasted unnecessarily. Factors such as an erratic flow of patients, poor clinic records, poor communication, unnecessary telephone conversations, undressing and dressing of patients, apparatus which is not conveniently placed, and unnecessary house visits cause loss of valuable time. Operative work is often not a paying proposition if all members of the team are not punctual. Better use of time can be achieved by careful attention to small details and this can improve the quality as well as the profitability of family practice considerably and increase the job-satisfaction of the practitioner tremendously.

KEYWORDS: Practice Management, Medical; Economics, Medical; Office Management; Physicians, Family; Equipment and Supplies.

DA van Staden MB BCh M Prax Med (Pret)
Departement Huisartskunde, Kalafong-hospitaal en die
Universiteit van Pretoria
Posbus 667,
Pretoria
0001.



Curriculum Vitae

David Andries van Staden studeer aan die Universiteit van die Witwatersrand en behaal daar die MB BCh in 1959. Na verskeie aanstellings in Transvaalse hospitale, 1960 tot 1963, praktiseer hy in 'n huisartspraktyk in Rustenburg (1963 tot 1976). Gedurende hierdie tyd verwerf hy die M Prax Med aan die Universiteit van Pretoria (1972). In 1977 word hy aangestel as Professor in die Departement Huisartskunde, asook die Direkteur van die Hans Snyckers-Instituut — 'n navorsingsinstituut aan die Universiteit van Pretoria, waar hy nog steeds werksaam is. Prof van Staden het 'n lang lys publikasies tot sy krediet.

PRAKTYKVOERING is 'n dinamiese proses: die huisarts bepaal self hoe sy praktyk gevoer sal word.

Tyd is dikwels die beperkende en bepalende faktor in huisartspraktyk. Die gebrek aan tyd word dikwels as verskoning aangevoer vir:

- onvolledige ondersoek
- gebrekkige dokter - pasiënt verhouding
- die versuim om te dink oor 'n probleem of
- om naslaanwerk te doen
- die gebrek aan noukeurige rekords
- gebrekkige belangstelling en kennis van kantoor sake
- meeleving met mediese verenigings en ander sake van gemeenskaplike mediese belang
- nagraadse studie en navorsing

Dit is egter ook wel bekend dat die besige man wel tyd vind vir meer dinge, waarskynlik omdat hy sy tyd beter en meer effektief benut. Ekstra tyd beteken dus meer effektiewe en volledige diens aan die pasiënt, groter werksbevrediging, beter inkomste as gevolg van groter

Optimale Tydsbenutting

omset en beter diens, tyd vir ontspanning, tyd vir nagraadse studie en moontlik navorsing.

Die nuwe jong geneesheer in praktyk is dikwels gefrustreerd deurdat hy hom skielik in omstandighede bevind waar hy net 10-15 minute per pasiënt gegun word, in teenstelling met dit wat hy as ideale omstandighede in die hospitaalopset leer ken het. Hy kan dikwels nie aanpas by hierdie nuwe omstandighede nie, wend uiteindelik geen poging meer aan om deeglike werk te doen nie, aangesien hy voel dat die tyd buitendien te min is. Hierdie situasie lei tot frustrasie in die praktyk. Daar kan geen werksbevrediging wees nie en uiteindelik gaan hierdie potensieel goeie huisarts vir huisartskunde verlore deurdat hy gaan spesialiseer of sommer in 'n toestand van stagnasie beland waar hy net 'n verwysingsbeampte word.

Die besige man vind wel tyd vir nog meer dinge.

Nou ontwikkel daar 'n swak beeld van die huisarts teenoor pasiënte asook studente, en nog minder geneesheer wend hulle tot huisartspraktyk. 'n Bose kringloop is dus geskep. Die swak praktykvoering moet noodwendig hierdie huisarts se inkomste beïnvloed sodat sy praktyk kwyn of net nooit vorder nie. Dit lei tot meer frustrasie en dikwels tot ontevredenheid oor statutêre tariewe omdat hy vind dat sy inkomste te laag is en dit toeskryf aan die lae tariewe. Hierdie "patologiese praktykvoering" word uitgebeeld in Fig. 1.

Aangesien 'n dag net 24 uur het is daar net een manier om meer tyd tot die huisarts se beskikking te kry en dit is DIE OPTIMALE BENUTTING VAN SY TYD.

'n Voorbeeld van hierdie optimale tydsbenutting:

As 'n geneesheer 15 minute per afspraak neem en 8 uur per dag werk, kan hy nagenoeg 32 pasiënte sien. Gestel nou dat hy slegs 3 minute spaar per pasiënt — dit gee vir ons ongeveer 1½ uur per dag. Hy kan gevolglik nog 8 pasiënte sien in dieselfde tyd met dieselfde oorhoofse koste. Hierdie 8 pasiënte per dag kan 'n addisionele inkomste van nagenoeg R80 per dag lewer en teen 25 dae per maand beloop dit R2 000 per maand.

Die huisarts bepaal self hoe sy praktyk gevoer sal word.

Hierdie tyd kan ook aangewend word vir ontspanning, meer tyd met sy gesin, deelname aan Mediese Verenigingsaktiwiteite, nagraadse studie of navorsing.

Die omgekeerde is natuurlik ook waar, as 3 minute per pasiënt vermors word, 8 pasiënte minder per dag hanteer kan word met 'n gevolglike soortgelyke verlies aan inkomste of soortgelyke verlies aan tyd en geen deelname aan genoemde aktiwiteite nie.

Hoe kan 3 minute per pasiënt dus bespaar word? Die eenvoudigste metode om dit in elke praktyk te bepaal is om die spoor van die pasiënt terug te volg, vanaf sy aankoms by die spreekkamer tot sy laaste "totsiens", en te soek vir tydvermorsing en maatreëls te tref om dit te verhelp.

By die aankoms, veral van die eerste paar pasiënte in die oggend of in die middagsessie, is die spreekkamerligging en uitleg van belang om gladde vloei te bewerkstellig¹. Daarna kom die effektiwiteit van die ontvangsdames ter sprake wat moet spruit uit deeglike indiensopleiding².

Die afspraakstelsel en die rekordkaarte is verder ook van belang sodat 'n konstante vloei van pasiënte na die geneesheer gehandhaaf word.

'n Sisteem waarvolgens noodgevallen ingepas kan word en hanteer kan word is ewe noodsaaklik.

Absoluut doeltreffende kommunikasie tussen die huisarts en sy ontvangsdame wanneer hy in die spreekkamers is, of met diegene wat sy telefoon tuis beantwoord wanneer hy tuis op roep is of met die hospitaalpersoneel, is van die grootste belang in tydsbesparing. Dit voorkom dat 'n dokter onnodig heen en weer ry. Selfs 'n eenvoudige saak soos presies wanneer die ontvangsdame die volgende pasiënt na sy spreekkamer moet deurstuur kan geweldige tydsbesparing tot gevolg hê. Die konsultasie moet volgens 'n spesifieke patroon en sisteem geskied sodat herhaling voorkom word en tyd bespaar word.

Deeglike, duidelike rekords maak dit maklik vir die praktisyn en veral vir 'n vennoot of lokum wat op 'n ander stadium die pasiënt moet sien. Baie tyd gaan verlore wanneer die geneesheer moet soek na die rede vir die pasiënt se koms, moet soek vir die nodige diagnose en behandeling, soek na spesialis- of laboratoriumverslae. Onvoldoende rekords skep dikwels 'n skyn van belangeloosheid en vererger die swak beeld van die huisarts nog verder.³

Die telefoon is 'n groot bron van tydsverlies en dit is wenslik dat die personeel dit hanteer wanneer moontlik, maar soms bespaar dit tyd deurdat 'n tuisbesoek vermy kan word indien die huisarts dit self beantwoord. Ten alle tye moet telefoongesprekke ingekort word, veral as dit duidelik is dat dit buitendien 'n konsultasie sal vereis.

Ontkleding en aankleding van die pasiënt is een van die heel belangrikste faktore in tydvermorsing. Die antwoord hierop is ooglopend — twee aparte ondersoeklokale, sodat die geneesheer nie hoef te wag vir die pasiënt om te verkleed nie. Deeglike spreekkamer beplanning speel hier 'n uiters belangrike rol.

Indien spreekkamers nie reeds so uitgelê is nie, is dit dikwels moeilik om te verander en moet die geneesheer besef dat hy op hierdie wyse tyd vermors en vir hom iets anders soek om op sulke tye te doen, soos byvoorbeeld om sertifikate wat lê en wag, in te vul of korrespondensie af te handel.

Deur roetinewerk en instandhouding te deleger, sal die huisarts uiteindelik ekonomies daarby baat.

Met deeglike organisasie kan sulke brokkies tyd byvoorbeeld gebruik word om gou 'n inspuiting in 'n ander vertrek te gee mits dit vooraf so georganiseer is.

Apparaat moet byderhand wees, gereed wees vir gebruik, skoon, en deur hulppersoneel outomaties instand gehou word. Heelwat tyd kan verlore gaan deur na 'n spekulum te moet soek, deur self batterye te vervang, deur nie die regte spuit of die regte monsterbottels byderhand te hê nie wat veroorsaak dat die huisarts rondloop van kamer tot kamer om dit bymekaar te kry. Soms word 'n nodige ondersoek onder sulke omstandighede maar uitgestel en uiteindelik afgestel.

Indien ekstra personeel benodig word om hierdie soort van / instandhouding te behartig, kan die huisarts verseker wees dat hulle wel gou betaal sou word uit 'n groter omset wat spruit uit groter effektiwiteit. Dit gebeur nog te dikwels dat die dokter self die urine toets, self die monster afswaai, self die vorms invul, self koolpapier soek vir X-straalvorms, self afsprake met spesialiste maak.

Delegering van take na personeel wat dit goedkoper en dikwels beter kan doen, is dus die antwoord op hierdie sloerwerkies⁴.

Na die konsultasie moet 'n duidelike volledige diagnose met prognose en instruksies aan die pasiënt gegee word. Dit voorkom misverstande wat weer lei tot herhaalde navrae per telefoon en wat uiteindelik oneffektiewe praktykvoering en tydsverlies tot gevolg het. Die pasiënt behoort in 'n "eenrigtingbaan" te beweeg sodat hy na die konsultasie nie weer kan terugkom na die dokter om nog weer 'n ander klagte op te haal nie — vandaar ons aanvanklike vermelding van die laaste "totsiens", aangesien heelparty pasiënte 'n paar keer "totsiens" sê. Spreekkamerbeplanning is dus weer hier ter sprake.

Tuisbesoeke kan 'n groot bron van tydsverlies wees en moet noodwendig beperk word waar moontlik, maar dit is natuurlik nie altyd moontlik nie en die tydsfaktor moet net hier in gedagte gehou word sodat onnodige tuisbesoeke nie gedoen word nie.

Soms is dit werklik meer lonend om tyd aan konsultasies te bestee, as tyd aan operasies.

Operatiewe werk word tradisioneel as goeie bron van inkomste vir die huisarts beskou maar onder sekere omstandighede mag dit dalk nie so lonend wees as wat algemeen gemeen word nie. Dit is nodig dat die prosedures vaartbelyn sal wees en die ondervinding en vaardigheid van 'n operateur lei hier tot effektiewe tydsbesteding. Soms is dit werklik meer lonend om die tyd aan konsultasies te wy. Wat veral in gedagte gehou moet word as moontlike bron van tydsverlies, is die rytyd na die operasiesaal en die wagtyd voordat die operasie begin kan word. Stiptheid van al die lede van 'n operasiespan is noodsaaklik om operatiewe werk lonend te maak. As 'n span van drie beoog om 'n appendisektomie te doen en een van die drie kom 15 minute laat, dan is daar reeds twee kwartiere van die ander twee vermors. As daar nou nog 'n kwartier deur aldrie saam gesels word voordat hulle begin met die operasie en ook 'n kwartier aan die einde aan nabetrugting spandeer word, is daar reeds 8 kwartiere vir hierdie vennootskap verlore en is die appendisektomie nagenoeg R80 minder werd vir die vennootskap.

Assistensie- en narkosetarië is dikwels nie die moeite werd vir 'n praktisyn wat spesiaal vanaf sy spreekkamer moet gaan om met enkele operasies te help nie, en kan dus liewer gelaat word vir 'n narkotiseur of assistent wat 'n hele oggend of middag by die hospitaal deurbring, behalwe natuurlik waar dit gedoen word in belang van 'n eie pasiënt.

Deeglike kennis van die reëls en tarië van die Mediese Hulpfondse is nodig om hierdie sake in perspektief te sien en 'n praktyk daarvolgens te beplan.

Wanneer al hierdie maatreëls toegepas is, sal daar ook meer tyd gevind word om siftingsondersoeke te doen. Dit sal die standaard van die praktyk verhoog en mettertyd weer tot 'n verhoogde omset lei, terwyl dit steeds goeie praktykvoering bly.

Dit mag ook handig wees om stil tye van die jaar of maand, soos sal blyk uit deeglike praktykstatistiek, te gebruik vir siftingstoetse en ander roetine ondersoeke.

Tyd sal ook nou gevind word vir voorkomende geneeskunde en daar sal ook tyd gemaak kan word vir die langer sielkundige konsultasies en, les bes, navorsing!

Optimale tydsbenutting sal dan uiteindelik die standaard en beeld van huisartspraktyk verbeter, tyd laat vir voortgesette studie, navorsing en ontspanning en baie meer werksbevrediging en 'n beter inkomste tot gevolg hê.

VERWYSINGS:

1. Van Staden DA. Basiese beginsels van spreekkamerontwerp. *S Afr Med J* 1981; 10: 348-50.
2. Van Staden DA. Praktykvoering: personeelhantering in huisartspraktyk. *Geneeskunde* 1983; 25(3): 156-8.
3. Pistorius GJ. 'n Praktiese rekordstelsel vir die huisarts. *S Afr Med J* 1979; 55: 1119.
4. Van Staden DA. Die huisarts: 'n bedryfsleier. *Geneeskunde* 1982; 24(7): 575-80.