



ONDERZOEK NAAR WACHTTIJDEN

De wachttijden in de gezondheidszorg zijn te lang. Zorgverleners raken gefrustreerd omdat ze niet de gewenste kwaliteit kunnen bieden. Patiënten lopen kans op verslechtering van hun gezondheid en werkgevers draaien op voor de loonkosten van het ziekteverzuim. Effecten van toegenomen wachttijden beperken zich niet tot de zorgsector, maar vinden hun weerslag in verschillende delen van de Nederlandse samenleving. Maar ook patiënten willen niet langer wachten en proberen via de rechter tijdige zorg af te dwingen. Zowel politiek Den Haag als het zorgveld ziet de problemen graag opgelost. Op initiatief van de KNMG, de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde is een onderzoek gestart naar de maximaal aanvaardbare wachttijden in de chirurgie.

Gezien het maatschappelijk belang om de wachtlijsten en wachttijden terug te dringen, ondernamen verschillende partijen initiatieven om inzicht in de wachttijdenproblematiek te krijgen. Recent is geprobeerd om tot normering van wachttijden te komen, al dan niet als onderdeel van het Plan van Aanpak Wachttijden, dat op dit moment door het Platform Wachttijden wordt uitgevoerd. In mei 1999 kwam Zorgverzekeraars Nederland met een notitie over normering van levertijden.¹ Voor zorg variërend van diagnostiek en curatieve behandeling tot chronische verpleging definieerde men de termijn waarbinnen de zorg dient te worden geleverd. Tachtig procent van de wachttijden voor poliklinische en klinische behandeling zou korter dan vier weken moeten duren, alle behandelingen zouden binnen zes weken moeten zijn verricht. Onlangs kwamen twaalf verschillende partijen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, verenigd in het Treekoverleg, tot een streefnormstelling van wachttijden in de curatieve sector.² Voor de wachttijden voor poliklinische behandelingen koos men dezelfde norm als de zorgverzekeraars, voor klinische behandelingen werd de norm verruimd tot tachtig procent binnen vijf weken en een maximale wachttijd van zeven weken. Doelstelling is de streefnorm in 2003 te realiseren, maar er kan gaande-

weg bijstelling plaatsvinden. De onderbouwing is echter beperkt.

Hoewel dit een stap in de goede richting is, is dit slechts een begin. In Medisch Contact merkten Van 't Riet en anderen op, dat eerst de medische, psychologische en economische consequenties moeten worden gewogen, alvorens een acceptabele wachttijd kan worden bepaald.³ Dit is wat de KNMG samen met de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) voor ogen hadden, toen zij het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO) van de Vrije Universiteit Amsterdam vroegen om een wetenschappelijk gefundeerde normering van maximaal aanvaardbare wachttijden in de chirurgie. De vraag resulteerde in een onderzoeksproject, dat in eerste instantie voor vier aandoeeningen de wachttijd tussen diagnose en chirurgische behandeling gaat normeren. Het doel is om vanuit de aandoeeningen borstkanker, galstenen, liesbreuk en spataderen te komen tot een generalisatie naar de twintig meest voorkomende chirurgische verrichtingen. Het onderzoek wordt gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

INVENTARISATIEGEVOLGEN

Alvorens behandeling op een later tijdstip onaanvaardbaar te noemen, is inzicht vereist in de gevolgen van zo'n latere behandeling. In een eerste deelonderzoek gaat het om deze gevolgen van het wachten: Wat gebeurt er als een patiënt twee weken op een mammasporende behandeling moet wachten en wat gebeurt er als die twee weken zes weken worden? Een literatuuronderzoek biedt weinig inzicht. Per aandoening zijn vijf interviews afgenomen. De geïnterviewden variëren van chirurgen en gastro-enterologen tot huisartsen, bedrijfsartsen en vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen. Zo is een zo divers mogelijk beeld verkregen van de medische, psychische, sociale en maatschappelijke gevolgen van het wachten. Het resultaat van deze interviews is een lijst met mogelijke gevolgen van het wachten.

OMVANG VAN GEVOLGEN

Het eerste deelonderzoek gaat in op de aard van de gevolgen, maar zegt niets over de omvang. Doel van het tweede deelonderzoek is om meer zicht te krijgen op de duur, frequentie, intensiteit en tijdstip van de gevolgen. Met behulp van vragenlijsten worden de gevolgen die in het eerste deelonderzoek zijn genoemd, gekwantificeerd. Hoelang verzuimt de man met een liesbreuk zijn zware lichamelijke arbeid? Hoe verandert de angst van een borstkankerpatiënte als zij zes weken op een behandeling wacht? Neemt voor een galsteenlijder de kwaliteit van leven af gedurende het wachten? Door gevolgen als ziekteverzuim, loonderving, lichamelijke en psychische gezondheidstoestand voor alle vier aandoeeningen te meten, ontstaat er getalsmatige duidelijkheid over de gevolgen van uitgestelde behandelingen. Het deelonderzoek maakt gebruik van de verschillen in wachttijden tussen ziekenhuizen. Bij dit multi-centre onderzoek zal aan ongeveer veertig Nederlandse ziekenhuizen medewerking worden gevraagd. Door verschillende ziekenhuizen bij dit onderzoek te betrekken, verbetert de representativiteit, is het

MAXIMAAL AANVAARDBARE IN DE CHIRURGIE

mogelijk om voldoende patiënten te volgen en kunnen ook ziekenhuisgebonden effecten worden bekeken, zoals het type opnamesysteem. Patiënten krijgen zowel pre- als postoperatief een vragenlijst voorgelegd.

Aan het einde van dit deelonderzoek is er kwantitatieve kennis over de aard, intensiteit en frequentie van de gevolgen bij behandelen op verschillende tijdstippen.

AFWEGEN VAN GEVOLGEN

Stelt men dat de behandeling op een later tijdstip onaanvaardbaar is, dan acht men het geheel aan gevolgen verbonden aan die latere behandeling onacceptabel. De manier waarop men tot dit eindoordeel komt, staat centraal in het derde deelonderzoek. Men weegt de verschillende gevolgen om tot een eindoordeel te komen. Zo biedt een latere mammaamputatie bijvoorbeeld meer mogelijkheden voor een second opinion, maar percipieert een patiënt ook een verhoogde kans op metastasen. Hoe weegt het ene gevolg op tegen het andere?

De in de voorafgaande deelonderzoeken gevonden gevolgen worden gecombineerd in een beschrijving van

een papieren patiënt of vignet. Representanten van verschillende groeperingen, zoals chirurgen, bedrijfsartsen, huisartsen, adviserend geneeskundigen van ziektekostenverzekeraars, werkgevers en ook patiënten beoordelen van ieder vignet de kwaliteit van leven, urgentie van behandeling en de bereidheid om voor eerdere behandeling te betalen. Uit deze antwoorden zal blijken hoe iedere afzonderlijke representant de verschillende gevolgen van het wachten afweegt in het eindoordeel.

Vervolgens kan worden bekeken waarin de representanten van de verschillende groeperingen van elkaar verschillen. Patiënten zullen waarschijnlijk ongemak of angst als gevolg van het wachten zwaarder laten wegen dan werkgevers.

MAATSCHAPPELIJK BESLISSEN

Voorafgaand aan het vierde deel van onderzoeksproject zullen de punten van overeenstemming, alsook de meningsverschillen tussen de verschillende groepen, duidelijk zijn. Representanten van de diverse groeperingen zullen vervolgens in consensusbijeenkomsten op basis van alle gegevens uit het onderzoek komen

tot de formulering van maximaal aanvaardbare wachttijden per onderzochte aandoening. Tevens zal aan bod komen hoe het beste in de praktijk kan worden gewerkt met de normering van wachttijden en wat in de praktijk de gevolgen van de normering kunnen zijn.

TEN SLOTTE

De gekozen onderzoeksopzet kent een besliskundige basis. De kwalitatieve inventarisatie van de gevolgen wordt in het tweede deelonderzoek gekwantificeerd en geverifieerd. Verdere modellering in het derde deelonderzoek sluit aan op het economische gedachtegoed. Toetsing en modelvorming staan in het gehele onderzoek centraal om de resultaten generaliseerbaar te maken.

Normering van wachttijden is een noodzakelijke stap in de goede richting, maar biedt geen oplossing voor de wachtlijst- en wachttijdenproblematiek. Die oplossing moet worden gezocht in uitbreiding van de capaciteit. Waar de normering van wachttijden aan kan bijdragen, mits ondersteund door een uniforme registratiemethodiek, is het meer inzichtelijk maken van knelpunten. Pas als het probleem duidelijk is, kan er aan een oplossing worden gewerkt.

De eerste resultaten van dit onderzoek zijn dit najaar te verwachten.

dr. D. R. M. Timmermans,
psychologisch besiskundige, projectleider

drs. G. L. M. Hilkhuisen,
methodoloog, onderzoeker

prof. dr. G. van der Wal,
hoogleraar sociale geneeskunde

Correspondentieadres: EMGO instituut, Vrije Universiteit Amsterdam, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

e-mail: DRM.Timmermans.EMGO@med.vu.nl
e-mail: GLM.Hilkhuisen.EMGO@med.vu.nl

Overige leden projectgroep: dr. A.B. Bijnen (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde), dr. M. Rietberg (Beroeps-Belangenvergadering; Nederlandse Vereniging voor Heelkunde), mr. W.L.R. Kuipers (Orde van Medisch Specialisten) en drs. W.T.P.F. van der Werf (KNMG).

Noten

1. Zorgverzekeraars Nederland. 6 mei 1999. Notitie Aanvaardbare levertijden in de zorg: normstelling door en voor verzekeraars. 2. Treekoverleg. 19 januari 2000. Notitie Streefnormstelling wachttijden curatieve sector. 3. M. van 't Riet, J.W.A. Burger, G. Kazemier en H.J. Bomier. Een medische kijk op wachtlijsten. *Medisch Contact* 2000; 56 (11): 383-6.