

Wachttijden terug van weggeweest

Na de heftige debatten rond de eeuwwisseling waren wachttijden voor ziekenhuiscare jarelang geen onderwerp meer. Maar afgelopen week kwam de NOS met alarmerende cijfers. Is het echt zo erg?



HOLLANDE HOOGTE | DAVID ROZING

Wat meldt de NOS precies?

Volgens de NOS moeten patiënten bij tientallen ziekenhuizen te lang wachten op een medisch specialist. De problemen doen zich vooral voor bij pijnbestrijding, oogheelkunde, reumatologie en revalidatiegeneeskunde.

‘Recordhouder’ bij het specialisme anesthesiologie (lees: pijnbestrijding) is het ziekenhuis in Almere (26 weken), bij reumatologie dat in Roermond (23 weken) en bij revalidatiegeneeskunde dat in Alkmaar (20 weken). Bij oogheelkunde scoren de ziekenhuizen in Leiden, Bergen op Zoom, Capelle aan den IJssel en Enschede hoog (alle 12 weken).

Om wat voor cijfers gaat het eigenlijk?

Ziekenhuizen zijn verplicht om maandelijks te berichten hoelang patiënten moeten wachten op achtereenvolgens een bezoek aan de polikliniek (dat zijn de gegevens die de NOS gebruikte), een groot aantal met name genoemde behandelingen (zoals een staar- of herniaoperatie) en diagnostisch onderzoek.

De gepubliceerde gegevens worden verzameld door MediQuest, die ze vervolgens aanlevert aan andere partijen. Zo gebruikt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) de MediQuest-cijfers voor de marktscan medisch-specialistische zorg en het Capaciteitsorgaan voor de raming van het aantal op te leiden medisch specialisten. Het RIVM publiceert de cijfers online in de Nationale Atlas Volksgezondheid. Voor de ziekenhuizen zijn de gegevens volledig, voor de zelfstandige behandelcentra niet, omdat deze niet allemaal meedoen aan de – bij hen vrijwillige – registratie.

De cijfers worden vergeleken met de zogeheten Treeknormen, die de veldpartijen in 2008 met elkaar vaststelden. Volgens deze normen moet een patiënt uiterlijk binnen vier weken voor een eerste bezoek terecht kunnen in een ziekenhuis. Ook de wachttijd voor poliklinische behandeling is maximaal vier weken, die voor klinische behandeling maximaal zeven weken.

Worden die Treeknormen nu op grote schaal overtreden?

Dat is maar hoe je het bekijkt. Volgens de NOS zaten tien tot twintig individuele ziekenhuizen de afgelopen maanden op een gemiddelde wachttijd van elf weken. Maar over heel Nederland waren in de eerste negen maanden van dit jaar alleen de wachttijden voor de poliklinieken anesthesiologie (4,9 weken), revalidatiegeneeskunde (4,8), mdl-ziekten (4,8), reumatologie (4,6), psychiatrie (4,2) en oogheelkunde (4,1) gemiddeld een kleine week hoger dan de Treeknorm. Bovendien is de wachttijd de laatste jaren korter geworden, meldt het Capaciteitsorgaan in het Capaciteitsplan 2013.

Honderd procent betrouwbaar zijn de registratiegegevens overigens niet. Volgens directeur Jon Schaefer van MediQuest zit er een marge in van plus of min twee weken. Ook zijn er grote fluctuaties in de cijfers van individuele ziekenhuisafdelingen. Zo had de afdeling Pijnbestrijding van het Flevoziekenhuis in Almere in de maand februari niet 26, maar 7 weken wachttijd; andere 'recordhouders' met in juli meer dan twintig weken wachttijd, zaten eerder dit jaar nog precies op de norm (Oogheelkunde in het Diaconessenhuis in Leiden, in juni) of zelfs daaronder (Reumatologie in het Laurentius Ziekenhuis in Roermond in maart). En patiënten met een acute zorgvraag kunnen altijd en overal direct terecht.

Wat zijn de oorzaken van die lange wachttijden?

Dat verschilt nogal. In Almere, bijvoorbeeld, zijn slechts twee van de zes anesthesiologen gespecialiseerd in de behandeling van patiënten met onverklaarbare pijn, waardoor de pijnpoli extra gevoelig is voor fluctuaties. 'Als er even een toeloop is, heb je al snel een piekmoment', zegt woordvoerder Peter Pels van het ziekenhuis. De Leidse afdeling Oogheelkunde heeft momenteel twee vacatures en, zegt oogarts Elizabeth Ganteris, 'het is lastig om aan een nieuwe collega te komen, want er zijn weinig oogartsen beschikbaar'. Ook de afdeling Reumatologie in Roermond zag direct

De vraag naar ziekenhuiszorg fluctueert nu eenmaal

na het vertrek van een van de artsen de wachttijden al langer worden. De wachtlijst revalidatiegeneeskunde in Alkmaar die dit jaar minder fluctuaties kende, lijkt structureler van aard. Patiënten met bijvoorbeeld neurologische ziekten kunnen snel terecht. Wie moet wachten is de enorme groep patiënten met chronische pijnklachten, zegt revalidatiearts René Oosterwijk. 'Wij behandelen patiënten met gedragsmatige programma's. Dat werkt, maar het kost behoorlijk wat tijd.'

Wat is er aan het probleem te doen?

Als dokter zou je willen dat iedereen direct gezien en behandeld kan worden, zegt Marcel Daniëls, voorzitter van de Raad Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten. 'Maar dat is een utopie.' Want de vraag in een ziekenhuis fluctueert nu eenmaal, en bij de planning wordt meestal uitgegaan van het gemiddelde: 'Een patiënt moet dus wachten als hij binnenkomt op een moment dat er veel vraag is. Dat betekent dat er keuzes gemaakt moeten worden. Je kunt je bijvoorbeeld afvragen of een wachttijd van zes weken bij een staaroperatie niet óók acceptabel is. Die maatschappelijke discussie moet worden gevoerd.'

Jon Schaefer van MediQuest ziet dat anders: 'De Treeknormen zijn vrij ruim, die moet je niet ruimer maken, ook niet voor de minder urgente klachten. Ziekenhuizen moeten de juiste prioriteiten stellen. Kent een bepaalde behandeling een lange wachttijd, dan moeten ze daarmee stoppen óf ingrijpen zodat de wachttijd voor de patiënt reëel blijft.'

In de praktijk gebeurt dat ook. Zo overweegt het Flevoziekenhuis om een derde anesthesioloog op de pijnpoli in te zetten, en haalt het Laurentius Ziekenhuis de

druk van de ketel door een reumatoloog uit Maastricht enkele dagen per week spreekuur te laten doen. Oosterwijk hoopt de zorgverzekeraars te kunnen bewegen extra in revalidatiegeneeskunde te investeren, met extra menskracht als resultaat. Méér mensen inzetten is niet het enige. Zo ziet de Leidse afdeling Oogheelkunde heil in een betere logistiek. Ganteris: 'Dat kan leiden tot een efficiënter gebruik van de cataractstraat en de macula- en glaucoompoli.'

Moeten er meer artsen worden opgeleid?

Als de wachttijd inderdaad niet acceptabel is, en als dat ligt aan het gebrek aan artsen, dan moeten we méér artsen opleiden, zegt Daniëls van de OMS. Maar je moet eerst onderzoeken of er niet andere oplossingen zijn voor een eventueel probleem. Want extra artsen opleiden kost geld. Hij pleit voor een jaarlijkse raming, in plaats van de driejaarlijkse van nu. Zo voorkom je dat je pas na een paar jaar merkt dat de raming niet goed was. Joris Meegdes, senior adviseur van het Capaciteitsorgaan, is wat terughoudender: 'Als het nodig is kunnen we ramingen tussentijds bijstellen, zoals we in het verleden bijvoorbeeld hebben gedaan bij mdl-artsen en revalidatieartsen. Jaarlijks ramen komt pas aan de orde als er trendmatige breuken ontstaan, bijvoorbeeld bij een teruglopende vraag of een structureel lagere productie van de ziekenhuizen. Dat houden we daarom goed in de gaten.' In het algemeen ligt de raming 2013 van het Capaciteitsorgaan bijna 15 procent onder die van 2010, vooral doordat – anders dan drie jaar geleden – weer rekening is gehouden met de toestroom van artsen uit het buitenland. Zo bezien blijft de raming van het aantal artsen voor specialismen als reumatologie (buitenlandse instroom 2003-2012 8%), mdl-ziekten (20%) en oogheelkunde (27%), die weliswaar lager is dan in 2010 maar lang niet zoveel, redelijk gelijk. ■

web

Meer informatie vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl