WACHTTIJDEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

Ervaringen en meningen van mensen met chronische aandoeningen

NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

Utrecht, juli 1998

Mieke Rijken
Atefrans de Bruin

Patiëntenpanel Chronisch Zieken, telefo
NIVEL - Nederlands instituut voor onder
Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, telefoo

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	5
1.1	Achtergrond van het onderzoek	5
1.2	Onderzoeksvragen	5
2	METHODE	7
2.1	Patiëntenpanel Chronisch Zieken	7
2.2	Respondenten	7
2.3	Vragenlijst	9
2.4	Analyse van de gegevens	10
3	RESULTATEN	11
3.1	Poliklinisch specialistenbezoek	11
3.2	Ziekenhuisopname	18
3.3	Thuiszorg	22
3.4	Hulpmiddelen en aanpassingen	24
3.5	Cumulatie van wachttijden	26
4	DISCUSSIE	28
LITERATUUR		35

1 INLEIDING

1.1 Achtergrond van het onderzoek

De wachttijden in de gezondheidszorg krijgen op dit moment veel aandacht in de politiek en in de media. Minister Borst heeft in februari j.l. een notitie 'Wachttijden en tweedeling' naar de Tweede Kamer gestuurd, waarin zij een plan van aanpak van de wachttijden in de curatieve zorg (ziekenhuiszorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg) uiteen zet (Ministerie van VWS, 1998). Daarin stelt zij dat bij het ontstaan van wachtlijsten diverse oorzaken een rol spelen, te weten een geringe capaciteit, onvoldoende transparantie in de wachtlijsten, strategische aspecten van zorgaanbieders, onvoorspelbaarheid en de ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden.
In de media is vooral veel aandacht besteed aan de aanscherping van een tweedeling in de zorg door vermeende wachtlijstomzeilende initiatieven van ziekenhuizen, verzekeraars en werkgevers. De ziekenhuizen, verzekeraars, werkgevers en werknemers in de zorg hebben in maart afgezien van voorrang voor werkenden en zijn van hun kant gekomen met een actieplan om de wachtlijsten weg te werken.

In de publieke discussie over de wachttijden in de gezondheidszorg komen met name de meningen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars naar voren. Ook de door de minister genoemde factoren die de wachttijden veroorzaken of in stand houden zijn vooral gelegen aan de aanbodkant; de ervaringen en meningen van de zorggebruikers worden in dit proces onderbelicht. Dit is niet alleen vanuit emancipatorische overwegingen een bedenkelijke zaak, maar ook vanuit praktisch oogpunt. Om beleid te kunnen voeren gericht op het oplossen van de wachtlijsten is het van doorslaggevend belang dat de gekozen strategieën voor oplossing van de knelpunten aansluiten bij de behoeften van de zorggebruikers. Bijvoorbeeld, regionale samenwerking tussen ziekenhuizen waardoor patiënten eerder elders terecht kunnen is alleen effectief als deze patiënten dan ook inderdaad naar een ander ziekenhuis in de regio willen gaan. Patiënten geven misschien de voorkeur aan hun eigen specialist of een hen bekend ziekenhuis boven de tijdwinst die zij zouden boeken wanneer ze naar een ander ziekenhuis gaan.
In dit onderzoek zijn ervaringen en meningen over wachttijden in de gezondheidszorg geïnventariseerd onder mensen met chronische aandoeningen. Deze categorie patiënten is van belang omdat zij door de duur van hun aandoening, de bijkomende complicaties en de veel voorkomende comorbiditeit vaak geconfronteerd worden met wachttijden en wellicht ook relatief vaak tegelijkertijd op meer dan één wachtlijst voorkomen. Ervaringen en meningen van deze gebruikersgroep zijn derhalve van grote betekenis voor het ontwikkelen en evalueren van beleid gericht op het verkorten van de wachttijden.

1.2 Onderzoeksvragen

In 1993 is door de Consumentenbond en het NIVEL reeds een onderzoek onder zorggebruikers uitgevoerd naar hun ervaringen met wachttijden in de gezondheidszorg. Het betrof een schriftelijke enquête onder de leden van het Consumentenpanel Gezond-

heidszorg (Kerssens & Andela, 1994). Dit panel bestaat uit personen (of beter: huishoudens) uit de algemene bevolking. Omdat mensen met chronische aandoeningen meer en andere ervaringen kunnen hebben met de wachttijden in de gezondheidszorg is voor het hier gerapporteerde onderzoek een groep mensen met chronische aandoeningen bevraagd. Hiertoe is een deel van de leden van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) benaderd. Het Patiëntenpanel Chronisch Zieken is in 1997 opgezet en bestaat uit circa 2700 mensen met allerlei chronische somatische aandoeningen. Omdat deze mensen vooral ervaringen hebben met het gebruik van somatische gezondheidszorg, thuiszorg en hulpmiddelen of aanpassingen en naar verwachting minder gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg werden in dit onderzoek de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg buiten beschouwing gelaten. De belangrijkste vraagstellingen van het onderzoek luidden:

1. Welke wachttijden hebben mensen met chronische aandoeningen bij hun poliklinische bezoeken aan specialisten (zowel eerste bezoeken als vervolgbezoeken), ziekenhuisopnames, door hen aangevraagde thuiszorg en hulpmiddelen of aanpassingen?
2. In hoeverre worden de ervaren wachttijden door mensen met chronische aandoeningen als problematisch beschouwd?
3. In hoeverre worden pogingen ondernomen door mensen met chronische aandoeningen om hun wachttijd te beperken en in hoeverre zijn zij bereid om gebruik te maken van mogelijkheden om elders (zonder lange wachttijd) te worden geholpen?

In dit rapport worden de opzet en de resultaten van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 2 wordt de methode van onderzoek besproken. In hoofdstuk 3 komen de resultaten met betrekking tot de wachttijden bij de specialist in de polikliniek, ziekenhuisopname, thuiszorg en hulpmiddelen aan bod. In hoofdstuk 4 wordt een beschouwing op de resultaten gegeven.

2 METHODE

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden werd gekozen voor het afnemen van 750 telefonische interviews bij leden van het PPCZ. Door gebruik te maken van de reeds aanwezige infrastructuur en het team telefonisch enquêteurs van het NIVEL konden op een snelle en efficiënte wijze gegevens worden verzameld.

2.1 Patiëntenpanel Chronisch Zieken

Het PPCZ bestaat uit circa 2700 mensen met chronische somatische aandoeningen. Zij zijn door huisartsen uit 56 huisartspraktijken verspreid over Nederland (samen met getrainde veldwerkers) geselecteerd op grond van hun medische diagnose(n). Hiertoe zijn door de onderzoekers selectiecriteria opgesteld op basis waarvan de huisarts kon vaststellen of de (uit zijn praktijkbestand aselect getrokken) patiënt voor het PPCZ kon worden benaderd. Wat de selectie van chronische aandoeningen betreft is uitgegaan van de door de Nationale Commissie Chronisch Zieken gehanteerde definitie, die stelt dat van een chronische ziekte sprake is in geval van 'een onomkeerbare aandoening, zonder uitzicht op volledig herstel en met een gemiddeld lange ziekteduur' (Ministerie van VWS, 1991). Om het selectiewerk in de huisartspraktijk enigszins te vergemakkelijken kon een lijst met per definitie chronische aandoeningen worden gebruikt. Deze lijst was overgenomen van de voormalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1995). Naast selectiecriteria betreffende de medische diagnose werden ook enkele andere criteria gehanteerd. Patiënten moesten een minimale leeftijd van 15 jaar hebben, zelfstandig wonend zijn (dat wil zeggen niet geïnstitutionaliseerd), op de hoogte zijn van de diagnose, niet terminaal zijn en voldoende mentale en communicatieve vaardigheden hebben om te kunnen deelnemen aan het panel. In totaal zijn 5807 mensen door hun huisarts geselecteerd voor het panel; hiervan hebben zich 3303 mensen (57%) als deelnemer aangemeld. Deze mensen worden gedurende drie jaar gevolgd, waarbij zij twee keer per jaar een schriftelijke vragenlijst ontvangen en daarnaast een keer per jaar telefonisch kunnen worden geïnterviewd.
Voor een uitgebreide beschrijving van het PPCZ, de selectieprocedure en -criteria wordt hier verwezen naar het rapport 'Haalbaarheidsstudie Patiëntenpanel Chronisch Zieken' (Wagner, Foets, Peters & Dekker, 1996) en de notitie 'Patiëntenselectie ten behoeve van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken' (Rijken, Foets & De Bruin, 1997).

2.2 Respondenten

Gestreefd werd om in enkele weken 750 telefonische interviews van ongeveer 10 minuten over de ervaringen met wachttijden af te nemen. Om te zorgen dat dit aantal inderdaad gehaald kon worden, zijn alle leden van het PPCZ geselecteerd die in april/mei j.l. een schriftelijke vragenlijst hadden ingevuld en geretourneerd. Dit waren op dat moment 2137 mensen. De namen en telefoonnummers van deze mensen werden in willekeurige volgorde in de computers van de telefonisch enquêteurs ingelezen en vervolgens gebeld. Indien de enquêteur de betreffende persoon niet kon bereiken, werd de volgende gebeld. Om te voorkomen dat er een vertekening zou ontstaan om-

dat bepaalde categorieën mensen op bepaalde dagdelen niet zouden kunnen worden bereikt (bijvoorbeeld werkende mensen) werd zowel overdag als 's avonds gebeld.

Op deze manier zijn in juni 1998 in ruim twee weken 754 interviews afgenomen. Hiervan vonden 254 interviews 's ochtends plaats, 234 's middags en 266 's avonds. Om dit aantal te bereiken zijn 1356 telefoonnummers gebruikt en zijn 821 mensen gesproken. Hiervan wilden 66 mensen geen medewerking verlenen en zou één persoon nog later worden teruggebeld (niet gebeurd). Uitgaande van het aantal mensen dat daadwerkelijk bereikt is (821), bedraagt de respons dus 92 procent. Voor analyse zijn de gegevens van 753 respondenten gebruikt. Van één van de respondenten kon namelijk niet met zekerheid worden vastgesteld, of hij zelf lid was van het PPCZ of dat één van zijn gezinsleden lid was en derhalve had moeten worden geïnterviewd.
In tabel 2.1 zijn enkele kenmerken van de respondenten weergegeven. Iets meer dan de helft van de respondenten was vrouw. De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedroeg 57 jaar. Ruim driekwart van de geïnterviewden was 45 jaar of ouder. De respondenten zijn tevens ingedeeld op basis van de medische diagnose, waarop zij voor het PPCZ zijn geselecteerd. Het betreft hier de oudste medische diagnose die aan de selectiecriteria voldeed (indexziekte). De grootste groepen respondenten waren mensen met CARA of diabetes mellitus. Naast de indexziekte konden respondenten nog aan andere aandoeningen lijden. Uit de tabel blijkt dat bij bijna 30 procent van de mensen sprake is van comorbiditeit. Ruim 5 procent van de respondenten lijdt zelfs aan drie of meer aandoeningen.

Tabel 2.1 Leeftijd, geslacht, medische diagnose (indexziekte) en aantal medische diagnosen van de respondenten (N=753)

	gemidd	st.dev.	n	%
Geslacht				
man			320	42,5
vrouw			433	57,5
Leeftijd	57,0	15,7		
15 - 24 jaar			21	2,8
25 - 44 jaar			144	19,1
45 - 64 jaar			311	41,3
65 en ouder			277	36,8
Medische diagnose (indexziekte)				
chronische ischemische hartziekten			43	5,7
CARA			134	17,8
reumatische aandoeningen			32	4,2
kanker			37	4,9
diabetes			108	14,3
epilepsie			18	2,4
migraine			22	2,9
overige neurologische aandoeningen			40	5,3
spijsverteringsaandoeningen			28	3,7
overig			291	38,6
Aantal medische diagnosen				
één			537	71,3
twee			168	22,3
drie			35	4,6
vier of meer			13	1,7

2.3 Vragenlijst

De vragenlijst die telefonisch werd afgenomen bestond uit vier modules: poliklinisch specialistenbezoek, ziekenhuisopname, thuiszorg, en hulpmiddelen en aanpassingen. Aan de respondenten werd gevraagd of zij in 1997 of 1998 gebruik hadden gemaakt van het betreffende zorgtype (in geval van thuiszorg of hulpmiddelen werd gevraagd of zij in die periode een aanvraag hadden ingediend). Indien de respondent aangaf dat hij de betreffende zorg in 1997 of 1998 had gebruikt of aangevraagd, werden vervolgens vragen gesteld over:

- het soort zorg of het specialisme waarvan men gebruik had gemaakt;
- de reden van het zorggebruik;
- de gepercipieerde spoedeisendheid van de zorg;
- het maken van de afspraak (wie heeft de afspraak gemaakt, hield men rekening met de wensen van de respondent, werd er verteld hoelang en waarom men moest wachten, is geprobeerd de wachttijd te verkorten);
- de daadwerkelijke wachttijd totdat men aan de beurt was;
- de volgens de respondent redelijke wachttijd in zijn geval;
- de gevolgen van de wachttijd voor de respondent;
- de bereidheid van de respondent om naar een andere specialist of een ander ziekenhuis in de regio te gaan (indien men daar direct terecht zou kunnen) en de extra reistijd die men daarvoor over zou hebben. Deze laatste set vragen kon uiteraard niet worden gesteld over de aangevraagde thuiszorg en hulpmiddelen.

Daarnaast werd gevraagd of men op dit moment een afspraak had voor een poliklinisch bezoek of dat men wachtte op een ziekenhuisopname. In geval van een bevestigend antwoord werden enkele vragen gesteld over het soort zorg/specialisme en de reden van de zorgvraag, over de tijd die verlopen was sinds het maken van de afspraak of de aanmelding voor opname, en over (een schatting van) de nog te wachten tijd.
Tenslotte werd aan de respondenten de mogelijkheid gegeven om nog andere dan de eerder genoemde vormen van zorg te noemen, waarbij men in 1997 of 1998 een (lange) wachttijd had gekend.

Door te refereren aan het vorige jaar of dit jaar (1997 en 1998) werd gezorgd dat de door de respondent genoemde wachttijden actuele wachttijden waren. Om te controleren of de respondent inderdaad refereerde aan een poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname, thuiszorg- of hulpmiddelenaanvraag uit die periode werd de respondent gevraagd wanneer het bezoek/de opname was geweest of wanneer de aanvraag was ingediend.
In het geval dat men in die periode bij een specialist op de polikliniek was geweest werd gevraagd of men in die periode voor een eerste bezoek (een nieuwe verwijzing) was geweest of dat men voor een vervolgbezoek was geweest. Indien de respondent in die periode voor een eerste bezoek en tevens voor een of meer vervolgbezoeken was geweest, werden de vragen gesteld over het eerste bezoek. Indien de respondent in 1997 of 1998 alleen voor vervolgbezoeken was geweest, werden de vragen gesteld over het laatste vervolgbezoek. De reden om prioriteit te geven aan eerste bezoeken was dat de kans dat de respondent een eerste bezoek zou hebben gehad lager ligt dan de kans op vervolgbezoeken. Op deze wijze konden voldoende interviews over eerste bezoeken aan de specialist worden gehouden. Bovendien werd verwacht dat knelpunten met betrekking tot wachttijden zich vaker voor zouden doen bij eerste bezoeken (toegangstijden) dan bij vervolgbezoeken. In geval van meerdere ziekenhuisop-

names in die periode werd gevraagd naar de laatste opname. Wat de thuiszorg betreft werden bij meerdere aanvragen in 1997 of 1998 de vragen gesteld over de eerste aanvraag in die periode. Op deze wijze was de kans het grootst dat de aanvraag inmiddels afgerond zou zijn en dus de daadwerkelijke wachttijd bekend zou zijn. Hetzelfde gold voor gevallen waarin in 1997 of 1998 meer dan één aanvraag voor hulpmiddelen of aanpassingen was gedaan.
De vragen zijn deels overgenomen uit de eerder genoemde enquête over wachttijden in de polikliniek en bij ziekenhuisopname die in het kader van het Consumentenpanel Gezondheidszorg is afgenomen en deels door de auteurs voor dit onderzoek ontwikkeld.

2.4 Analyse van de gegevens

De antwoorden op de vragen zijn door middel van beschrijvende statistiek verwerkt. Gepresenteerd worden voornamelijk frequentieverdelingen en van de verschillende wachttijden (voor poliklinische specialistenbezoeken, ziekenhuisopnames, aangevraagde thuiszorg en hulpmiddelen) de mediaan, het minimum en het maximum aantal dagen dat respondenten hebben moeten wachten. Hoewel in andere literatuur over wachttijden veelal de gemiddelde wachttijden worden vermeld, is hier gekozen voor de mediane wachttijd. De mediane wachttijd is de middelste waarde van alle gerapporteerde wachttijden; er zijn dus evenveel respondenten met een kortere wachttijd als met een langere wachttijd. De mediane wachttijd is in dit onderzoek een geschiktere maat dan de gemiddelde wachttijd, omdat de antwoorden van de respondenten op de vragen over de wachttijden scheef verdeeld zijn. Dit kan te maken hebben met het feit dat de antwoorden soms van een gering aantal respondenten afkomstig zijn, waardoor (incidentele) extreem lange wachttijden grote invloed hebben op de gemiddelde wachttijd voor de betreffende zorg. Dit kan hier geïllustreerd worden met een voorbeeld. Indien vijf mensen een wachttijd voor een ziekenhuisopname bij cardiologie hebben waarbij vier mensen een wachttijd van twee weken rapporteren en één persoon een wachttijd van drie maanden, dan is de mediane wachttijd twee weken en de gemiddelde wachttijd bijna een maand. Omdat de gerapporteerde wachttijden allen scheef naar links zijn verdeeld (dat wil zeggen dat de grootste groep respondenten zich links in de verdeling concentreert en een gering aantal respondenten hogere waarden heeft), zijn de gemiddelde wachttijden altijd tenminste gelijk aan of langer dan de mediane wachttijden. Om enige vergelijking te kunnen maken met de resultaten van ander onderzoek op dit gebied, wordt in de discussie waar nodig wel de gemiddelde wachttijd in beschouwing genomen.

3 RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de telefonische enquête over wachttijden bij mensen met chronische aandoeningen beschreven. Conform de vier onderscheiden modules in de enquête komen de resultaten over het poliklinisch specialistenbezoek, ziekenhuisopname, thuiszorg en hulpmiddelen in vier afzonderlijke paragrafen aan de orde. In elke paragraaf zullen de resultaten worden beschreven aan de hand van de drie geformuleerde onderzoeksvragen. In de laatste paragraaf wordt geïnventariseerd inhoeverre respondenten geconfronteerd werden met wachttijden voor meer dan één type zorg.

3.1 Poliklinisch specialistenbezoek

Wachttijden
Van de 753 respondenten hadden 584 mensen (76%) in 1997 of 1998 één of meer bezoeken gebracht aan een medisch specialist op de polikliniek. In deze periode hadden 175 mensen een afspraak gemaakt voor een eerste bezoek, dat wil zeggen dat zij een afspraak maakten naar aanleiding van een nieuwe verwijzing (begin van een behandelepisode). De overige 409 mensen hadden in deze periode alleen contact met een specialist in het kader van een al eerder gestarte episode (vervolgafspraken). Bij 351 van deze 409 mensen betrof het een eerder door de specialist en de patiënt gemaakte afspraak, bijvoorbeeld voor een gepland controlebezoek. Daarnaast hadden 54 mensen tussendoor op eigen initiatief een afspraak gemaakt. In tabel 3.1 staan de verschillende aantallen respondenten per soort bezoek nogeens vermeld.

Tabel 3.1 Aantal en percentage respondenten per soort poliklinisch specialistenbezoek

	n	%
eerste bezoek	**175**	**30,0**
vervolgbezoek	**409**	**70,0**
gepland bezoek	351	85,8
bezoek tussendoor	54	13,2
onbekend	4	1,0

Omdat het voor de betekenis van het begrip wachttijd belangrijk is om een onderscheid te maken tussen eerste bezoeken (hierbij gaat het om toegangstijd) en vervolgbezoeken, worden de wachttijden voor eerste bezoeken en vervolgbezoeken afzonderlijk gepresenteerd.

In tabel 3.2 staat voor de **eerste bezoeken** weergegeven bij welk specialisme deze plaatsvonden en hoelang de periode was die was verstreken tussen het maken van de afspraak en het moment waarop men bij de specialist op de polikliniek terecht kon. Van de wachttijden wordt telkens de mediaan (de middelste wachttijd van alle wachttijden), de minimum wachttijd en de maximum wachttijd in dagen vermeld.

Tabel 3.2 Wachttijden (in dagen) voor een **eerste** poliklinisch specialistenbezoek per specialisme (N=175)

Specialisme	n	mediaan	minimum	maximum
interne geneeskunde (n=19)	19	21	2	91
orthopedie (n=18)	18	21	0	244
neurologie (n=15)	14	21	0	91
urologie (n=15)	15	14	1	61
oogheelkunde (n=12)	12	17,5	0	183
longziekten (n=11)	11	7	1	122
algemene chirurgie (n=11)	10	10,5	0	244
kno (n=9)	9	14	7	42
reumatologie (n=7)	7	42	10	91
dermatologie (n=6)	6	12	7	21
gynaecologie (n=6)	5	14	0	21
cardiologie (n=6)	6	14	5	21
revalidatiegeneeskunde (n=6)	6	25,5	3	61
gastro-enterologie (n=5)	5	5	0	61
overige (n=29)	28	14	1	152
alle specialismen (n=175)	171	14	0	244

De meeste mensen die een eerste bezoek in 1997 of 1998 aan een specialist hadden gebracht, waren bij een internist, orthopeed, neuroloog of uroloog geweest. De langste wachttijden (mediane wachttijd van 20 dagen of meer) kwamen voor bij reumatologie (mediaan 42 dagen), revalidatiegeneeskunde (mediaan 25,5 dagen) en bij interne geneeskunde, orthopedie en neurologie (mediaan 21 dagen).

Zoals eerder werd beschreven is bij de poliklinische **vervolgbezoeken** aan specialisten een onderscheid gemaakt tussen een gepland vervolgbezoek en een tussentijds bezoek. Van een gepland vervolgbezoek is sprake wanneer iemand een vervolgafspraak heeft gemaakt op een door de specialist aangegeven termijn (bijvoorbeeld: "Komt u over drie maanden nog eens terug"). Om iets over de wachttijd voor geplande vervolgbezoeken te kunnen zeggen is aan de betreffende respondenten gevraagd in hoeverre de geplande vervolgafspraak inderdaad op de gewenste termijn gemaakt kon worden of dat er uitgeweken moest worden naar een later tijdstip.
Het tweede type vervolgbezoek vond tussendoor op initiatief van de patiënt plaats. Een reden hiervoor kan bijvoorbeeld verergering van de klachten zijn. De wachttijd voor dit type vervolgbezoek werd, evenals voor een eerste bezoek, bepaald op basis van het aantal dagen dat verstreken was tussen het maken van de afspraak en het moment dat men bij de specialist op de polikliniek terecht kon.

Tabel 3.3 laat zien bij welke specialismen de geplande en tussentijdse vervolgbezoeken plaatsvonden. De grootste groep mensen met een gepland vervolgbezoek waren bij een internist geweest. Daarnaast hadden relatief veel mensen een gepland vervolgbezoek gehad bij een cardioloog, longarts of neuroloog. Tussentijdse bezoeken kwamen vooral voor bij de longarts, orthopeed, internist en neuroloog.

Tabel 3.3 Aantallen en percentages poliklinische **vervolgbezoeken** per specialisme, uitgesplitst naar geplande vervolgbezoeken (N=351) en tussentijdse vervolgbezoeken (N=54)

Specialisme	vervolgbezoek			
	gepland		tussentijds	
	n	%	n	%
interne geneeskunde	74	21,1	6	11,1
cardiologie	46	13,1	5	9,3
longziekten	38	10,9	8	14,8
neurologie	35	10,0	6	11,1
reumatologie	26	7,4	3	5,6
oogheelkunde	24	6,9	4	7,4
orthopedie	15	4,3	7	13,0
algemene chirurgie	15	4,3	3	5,6
huidziekten	12	3,4	2	3,7
urologie	8	2,3	0	0,0
kno	7	2,0	5	9,3
radiologie	5	1,4	0	0,0
overige	45	12,9	5	9,3
alle specialismen	350	100,0	54	100,0

Aan alle mensen die een gepland vervolgbezoek in 1997 of 1998 hadden gehad is gevraagd of zij ook inderdaad op het gewenste moment bij de specialist terecht konden. Bij 326 mensen (93%) bleek dit het geval te zijn. Bij 24 mensen (7%) vond de afspraak later plaats dan in eerste instantie de bedoeling was geweest. De duur van dit uitstel bedroeg maximaal 91 dagen; de mediane (extra) wachttijd was 14 dagen. Bij 18 van de 24 mensen met een uitgestelde afspraak vond de afspraak later dan gepland plaats, omdat dit de arts of het ziekenhuis beter uitkwam. Drie mensen hadden zelf aangegeven dat zij de afspraak liever later wilden en van nogeens drie mensen was de reden voor het uitstel onbekend.
Degenen die op eigen initiatief een tussentijdse afspraak met hun specialist gemaakt hadden (N=54), is gevraagd hoeveel tijd er was verstreken tussen het maken van de afspraak en het moment waarop zij bij de specialist terecht konden. De mediaan van deze wachttijden bedraagt 14 dagen (minimum 0 en maximum 183 dagen).

Behalve met het specialisme waar men de afspraak moet maken, kan het zijn dat het voor de wachttijd verschil maakt wie de afspraak maakt. Het is goed voorstelbaar, dat indien een verwijzend huisarts of specialist de afspraak voor de patiënt maakt en daarbij aandringt op een snelle afspraak de patiënt eerder aan de beurt is dan indien de patiënt de afspraak zelf maakt. Daarom is aan de respondenten die voor een **eerste bezoek** aan de specialist waren geweest gevraagd door wie de afspraak voor het bezoek was gemaakt. Vervolgens is berekend wat de wachttijden waren bij de verschillende personen die de afspraken hadden gemaakt. De resultaten staan in tabel 3.4 vermeld.

Tabel 3.4 Wachttijden (in dagen) voor **eerste bezoeken** naar personen die de afspraken hebben gemaakt (N=175)

Afspraak gemaakt door:	n	mediaan	minimum	maximum
patiënt zelf (n=106)	105	21	1	244
familie/kennissen (n=4)	4	25,5	1	30
huisarts (n=37)	36	5	0	49
andere arts (n=27)	25	14	0	244
andere hulpverlener (n=1)	1	2	2	2

De wachttijd voor een eerste poliklinisch specialistenbezoek lijkt verschillend te zijn afhankelijk van de persoon die de afspraak maakt. Daarom zijn de verschillen getoetst met behulp van een niet-parametrische Kruskal-Wallis toets. Daarbij is de categorie mensen bij wie de afspraak was gemaakt door familie/kennissen samengevoegd met de categorie mensen die de afspraak zelf hadden gemaakt. De categorie mensen bij wie de afspraak was gemaakt door een andere hulpverlener (geen arts) is hier buiten beschouwing gelaten vanwege het geringe aantal. De Kruskal-Wallis toets geeft aan, dat de lengte van de wachttijd inderdaad verschilt afhankelijk van wie de afspraak heeft gemaakt ($Chi^2(170)=22,36$, $p=.0000$). Patiënten bij wie de afspraak voor een eerste bezoek door hun huisarts was gemaakt waren het snelst aan de beurt; de patiënten waarbij de afspraak was gemaakt door henzelf of hun familie moesten het langst wachten.

Knelpunten

Om na te gaan in hoeverre de wachttijden voor poliklinische bezoeken als knelpunten werden ervaren is aan de respondenten die voor een eerste bezoek of een vervolgbezoek op eigen initiatief waren geweest, gevraagd wat zij een redelijke wachttijd vonden gezien hun situatie op dat moment. De respondenten konden hier kiezen uit zes antwoordmogelijkheden, te weten 'binnen een week', 'van 1 tot 2 weken', 'van 2 tot 4 weken', 'van 1 tot 2 maanden', 'van 2 tot 3 maanden' en 'van 3 tot 6 maanden'. De daadwerkelijke wachttijd werd in dezelfde categorieën ingedeeld waarbij één antwoordcategorie werd toegevoegd, namelijk 'langer dan 6 maanden'. Door berekening van het verschil tussen de redelijke wachttijd en de daadwerkelijke wachttijd, kon een indruk worden verkregen van de mate waarin de respondent zijn of haar wachttijd redelijk vond.

Van de mensen die voor een **eerste bezoek** waren geweest en de vragen over de redelijke wachttijd en de daadwerkelijke wachttijd hebben beantwoord (n=173) hebben 91 mensen (53%) een daadwerkelijke wachttijd die gelijk is aan of korter is dan de wachttijd die zij redelijk vonden. Iets minder dan de helft van de respondenten met een eerste bezoek (82, 47%) heeft langer moeten wachten dan zij in hun situatie redelijk vonden.

Van de mensen met een **vervolgbezoek op eigen initiatief** die de vragen naar de redelijke en de daadwerkelijke wachttijd hebben beantwoord (n=51) had eveneens een kleine meerderheid (28, 55%) een wachttijd die binnen de door hen redelijk geachte wachttijd viel. Drieëntwintig mensen (45%) hebben langer moeten wachten dan zij redelijk vonden.

Aan de respondenten met een eerste bezoek of een vervolgbezoek op eigen initiatief is eveneens gevraagd in hoeverre zij hun situatie bij het maken van de afspraak spoedei-

send vonden. De antwoordmogelijkheden hier waren 'niet spoedeisend', 'enigszins spoedeisend' en 'zeer spoedeisend'. Aangenomen wordt dat het wenselijk is dat mensen die hun situatie zeer spoedeisend vinden een kortere wachttijd hebben dan mensen die hun situatie als minder spoedeisend ervaren. Met behulp van een niet-parametrische Kruskal-Wallis toets is nagegaan of (gepercipieerde) spoedeisende situaties inderdaad kortere wachttijden hebben dan situaties die als minder spoedeisend worden beschouwd.
Tabel 3.5 geeft de wachttijden voor een **eerste bezoek** aan een specialist weer in relatie tot de gepercipieerde spoedeisendheid van de situatie. De wachttijden blijken inderdaad te verschillen afhankelijk van de gepercipieerde spoedeisendheid van de situatie ($Chi^2(171)= 15,48$, $p=.0004$). Merkwaardig is echter dat de groep die aangaf geen haast te hebben gehad met het eerste bezoek een kortere wachttijd heeft dan de groep die de eigen situatie als enigszins spoedeisend karakteriseerde. Mogelijk is het onderscheid tussen de antwoordcategorie 'niet spoedeisend' en de antwoordcategorie 'enigszins spoedeisend' bij de respondenten niet zo sterk aanwezig.

Tabel 3.5 Wachttijd (in dagen) in relatie tot de gepercipieerde spoedeisendheid van **eerste bezoeken** (N=171)

	n	mediaan	minimum	maximum
niet spoedeisend (n=69)	69	14	1	244
enigszins spoedeisend (n=54)	54	21	1	244
zeer spoedeisend (n=48)	48	7	0	91

Tabel 3.6 geeft de resultaten weer voor de **vervolgbezoeken op eigen initiatief**. De wachttijden voor tussentijdse vervolgbezoeken blijken eveneens te verschillen afhankelijk van de gepercipieerde spoedeisendheid van de situatie ($Chi^2(53)=5,99$, $p=.05$). De mediane wachttijd van mensen die hun situatie niet spoedeisend vonden bedraagt 17,5 dagen; mensen die hun situatie zeer spoedeisend vonden hadden een mediane wachttijd van één dag.

Tabel 3.6 Wachttijd (in dagen) in relatie tot de gepercipieerde spoedeisendheid van **tussentijdse vervolgbezoeken** (N=53)

	n	mediaan	minimum	maximum
niet spoedeisend (n=20)	20	17,5	0	183
enigszins spoedeisend (n=26)	26	14	0	70
zeer spoedeisend (n=7)	7	1	0	30

Afgezien van de redelijkheid van de wachttijd en het spoedeisende karakter van de situatie is aan de respondenten met een eerste bezoek of een vervolgbezoek op eigen initiatief ook gevraagd of de wachttijd voor hen nadelig was geweest. Wanneer de wachttijd als nadelig beoordeeld werd is tevens gevraagd wat voor nadeel men van de wachttijd had ondervonden. In tabel 3.7 staan de antwoorden op deze vragen van de mensen met een eerste bezoek aan een specialist weergegeven. Tabel 3.8 bevat de resultaten over de mensen die een afspraak tussendoor hadden gemaakt.

Tabel 3.7 Aantal en percentage respondenten met een **eerste bezoek** dat de wachttijd wel of niet nadelig vond (N=174)

Wachttijd volgens respondent	n	%
niet nadelig	**123**	**70,7**
wel nadelig	**51**	**29,3**
* vanwege last/hinder door klachten/symptomen	37	72,5
* vanwege gezondheidsschade (achteruitgang, onherstelbare schade)	6	11,8
* vanwege het niet kunnen uitvoeren van taken	14	27,5
* vanwege voortdurende onzekerheid, bezorgdheid, angst	18	35,3
* vanwege andere reden	2	3,9

* Omdat meer dan één reden kon worden genoemd, kan de som van deze percentages groter zijn dan 100.

Tabel 3.8 Aantal en percentage respondenten met een **tussentijds vervolgbezoek** dat de wachttijd wel of niet nadelig vond (N=53)

Wachttijd volgens respondent	n	%
niet nadelig	**45**	**84,9**
wel nadelig	**8**	**15,1**
* vanwege last/hinder door klachten/symptomen	5	62,5
* vanwege gezondheidsschade (achteruitgang, onherstelbare schade)	1	12,5
* vanwege het niet kunnen uitvoeren van taken	2	25,0
* vanwege voortdurende onzekerheid, bezorgdheid, angst	4	50,0
* vanwege andere reden	0	0,0

* Omdat meer dan één reden kon worden genoemd, kan de som van deze percentages groter zijn dan 100.

Uit tabel 3.7 komt naar voren dat 71 procent van de mensen die in 1997 of 1998 voor een **eerste bezoek** aan een specialist waren geweest geen nadeel heeft ervaren van hun wachttijd. Van de 51 mensen die aangaven wel nadeel van het wachten te hebben gehad, gaf de meerderheid de last of hinder die zij door hun klachten ondervonden als reden. Daarnaast speelde onzekerheid of bezorgdheid en het niet kunnen uitvoeren van taken bij sommige mensen een rol. De 51 mensen die aangaven nadeel van hun wachttijd te hebben ondervonden bleken significant jonger te zijn dan de mensen die geen nadelen rapporteerden (Mann-Whitney toets: U=2422,5, W=3748,5, p=.02). Een mogelijke verkaring hiervoor is de grotere mondigheid van jongere mensen ten opzichte van oudere mensen.

Uit tabel 3.8 blijkt dat ook van de mensen die **tussendoor een vervolgafspraak** bij hun specialist hadden gemaakt het overgrote deel geen nadelen van hun wachttijd rapporteerde. Eerder is al beschreven dat de mediane wachttijd van deze mensen relatief kort was, namelijk twee weken. Ook hier geldt dat van de acht mensen die hun wachttijd wel nadelig vonden de meesten de last of hinder van hun klachten als belangrijkste reden noemden. Ook deze acht mensen waren jonger dan de mensen die geen nadeel van hun wachttijd rapporteerden. Hier was dit verschil echter niet statistisch significant, zodat niet kan worden gesteld dat het leeftijdsverschil ook op populatieniveau bestaat.

Mogelijke oplossingen
Het is mogelijk dat mensen stappen ondernemen om te proberen de wachttijd te bekorten. Om die reden is aan de geïnterviewden gevraagd, of zij geprobeerd hebben hun wachttijd te bekorten en zo ja, welke strategie zij daarbij hebben gevolgd. Tabel 3.9 laat zien welke strategieën gevolgd zijn om de wachttijd voor een poliklinisch specialistenbezoek te bekorten. Deze vragen zijn alleen gesteld aan de mensen die in 1997 of 1998 voor een **eerste bezoek** bij een specialist op de polikliniek kwamen.

Tabel 3.9 Aantal en percentage respondenten met een **eerste bezoek** dat geprobeerd heeft om de wachttijd te verkorten (N=175)

Wachttijd geprobeerd te verkorten	n	%
niet geprobeerd	**146**	**83,4**
wel geprobeerd	**29**	**16,6**
* huisarts heeft gebeld (al of niet op verzoek)	8	27,6
* specialist heeft gebeld (al of niet op verzoek)	3	10,3
* andere hulpverlener heeft gebeld	0	0,0
* ziektekostenverzekeraar heeft bemiddeld	1	3,4
* zelf nogeens gebeld	14	48,4
* iemand anders (familie etc.) nogeens gebeld	3	10,3
* zelf langs gegaan	2	6,9
* iemand anders (familie etc.) langsgegaan	1	3,4
* andere manier	3	10,3

* Omdat meer dan één strategie kon worden genoemd, kan de som van deze percentages groter zijn dan 100.

Het blijkt dat slechts 29 respondenten (17%) geprobeerd hebben de wachttijd voor een eerste bezoek aan een specialist te verkorten. De meest gebruikte strategieën hierbij waren zelf nogeens bellen of de huisarts laten bellen. Van de 29 respondenten die geprobeerd hebben om de wachttijd voor een eerste bezoek te verkorten gaven 16 mensen (55%) aan dat zij hierdoor inderdaad eerder bij de specialist terecht konden. De mediane tijdwinst bedroeg 30 dagen (minimum 7, maximum tijdwinst 183 dagen). Deze tijdwinst zit al in de eerder vermelde wachttijden verdisconteerd, omdat de respondenten reeds hadden aangegeven hoelang zij in totaal hadden moeten wachten.

Om na te gaan of de geïnterviewden eventueel naar een ander ziekenhuis of een andere specialist hadden gewild om zo de wachttijden te voorkomen, zijn enkele vragen gesteld over de preferenties van de respondenten.
Van de 175 mensen die voor een **eerste bezoek** waren geweest gaven 137 mensen (78%) aan dat zij geen voorkeur hadden voor een bepaalde specialist. Achtendertig mensen (22%) hadden wel een voorkeur voor een specialist. Van deze 38 mensen hadden 27 respondenten (71%) de indruk dat zij hierdoor niet langer hoefden te wachten dan wanneer zij geen voorkeur hadden gehad. Vijf mensen (13%) gaven aan dat zij door hun voorkeur wel langer hebben moeten wachten en zes mensen (16%) gaven aan hiervan geen indruk te hebben.
Ondanks het feit dat de overgrote meerderheid van de mensen die in 1997 of 1998 voor een eerste bezoek waren geweest geen voorkeur voor een bepaalde specialist had, zouden de meesten (70%) niet naar een ander ziekenhuis in de regio (zonder wachttijd) hebben gewild. Slechts 52 mensen (30%) gaven aan hier eventueel wel voor te voelen. Aan hen is gevraagd hoeveel minuten zij dan maximaal extra zouden willen

reizen om naar een ander ziekenhuis te gaan. Uit tabel 3.10 blijkt dat de meerderheid van de mensen die eventueel wel naar een ander ziekenhuis zouden hebben gewild hiervoor maximaal een uur extra zou hebben willen reizen.

Tabel 3.10 Maximale extra reistijd (enkele reis) die men wil afleggen om in een ander ziekenhuis zonder wachttijd voor een eerste bezoek bij de specialist terecht te kunnen (N=47)

Reistijd (enkele reis)	n	%
maximaal 15 minuten	4	8,5
maximaal 30 minuten	9	19,1
maximaal 1 uur	23	48,9
maximaal 1,5 uur	6	12,8
meer dan 1,5 uur	5	10,6

Wachten op een poliklinisch specialistenbezoek
Tenslotte is aan alle 753 respondenten gevraagd of zij momenteel wachten op een poliklinisch bezoek aan een specialist en zo ja, hoe lang zij hierop reeds wachten. In totaal hadden 390 van de 753 respondenten (52%) een afspraak met een specialist lopen. Bij 24 mensen ging het om een eerste bezoek en bij 366 mensen uitsluitend om vervolgbezoeken. Aan de 24 mensen die wachten op een eerste bezoek is gevraagd hoelang geleden zij de betreffende afspraak hadden gemaakt en wanneer zij kunnen komen. Op basis van deze twee gegevens is de geschatte wachttijd van deze mensen berekend; de mediane geschatte wachttijd is 27,5 dagen (minimum 9, maximum 365 dagen).

3.2 Ziekenhuisopname

Wachttijden
In totaal zijn 189 van de 753 ondervraagde mensen met chronische aandoeningen (25%) in 1997 of 1998 in het ziekenhuis opgenomen geweest. In tabel 3.11 staat vermeld bij welke specialismen men was opgenomen. Achter elk specialisme staat de wachttijd vermeld; het betreft hier de tijd tussen het moment waarop men werd aangemeld voor opname totdat men daadwerkelijk werd opgenomen.

De meeste mensen met chronische aandoeningen die in 1997 of 1998 in het ziekenhuis waren opgenomen waren bij algemene chirurgie (28), cardiologie (23) en orthopedie (20) opgenomen. De wachttijden voor klinische opname bij orthopedie en oogheelkunde waren het langst met een mediane wachttijd van drie maanden. Ook voor klinische opname bij gynaecologie moest lang worden gewacht; de mediane wachttijd bedraagt hier twee maanden. Opgemerkt moet worden dat het aantal mensen dat een wachttijd rapporteerde per specialisme laag is, zodat de cijfers over de lengte van de wachttijd met een ruime marge moeten worden geïnterpreteerd. Over alle specialismen heen bedraagt de mediane wachttijd voor ziekenhuisopname 21 dagen.

Tabel 3.11 Wachttijden (in dagen) voor ziekenhuisopname per specialisme (N=189)

Specialisme	n	mediaan	minimum	maximum
algemene chirurgie (n=28)	21	14	1	365
cardiologie (n=23)	8	7	0	122
orthopedie (n=20)	19	91	10	365
interne geneeskunde (n=16)	9	14	4	91
longziekten (n=14)	4	16,5	0	42
neurologie (n=10)	5	7	1	183
urologie (n=10)	10	14	2	91
gynaecologie (n=9)	7	61	2	122
oogheelkunde (n=8)	7	91	14	183
kno (n=6)	6	30	10	183
gastro-enterologie (n=6)	3	10	0	21
overige (n=39)	27	21	2	244
alle specialismen (n=189)	127	21	0	365

Aan de 189 mensen die in 1997 of 1998 in het ziekenhuis waren opgenomen is gevraagd wat de reden was voor hun opname. Vervolgens is nagegaan of de verschillende redenen voor opname gepaard gaan met een verschillende wachttijd. De resultaten hiervan staan in tabel 3.12. De respondenten konden meer dan één reden voor hun opname noemen.

Tabel 3.12 Wachttijden (in dagen) voor ziekenhuisopname per reden voor opname (N=189)

Reden voor opname	n	mediaan	minimum	maximum
observatie/diagnostiek (n=36)	15	14	0	42
voorbereiden behandeling (n=5)	3	61	7	183
operatie (n=104)	88	30	1	365
andere behandeling (n=33)	18	14	0	91
andere reden (n=20)	5	14	0	35

Uit tabel 3.12 blijkt dat een groot deel van de mensen (104, 55%) was opgenomen vanwege een operatie. De mediane wachttijd voor een operatie was één maand. De mensen die opgenomen waren geweest ter voorbereiding op een operatie of andere behandeling hadden langer moeten wachten (mediane wachttijd: twee maanden).

Omdat het voor de wachttijd waarschijnlijk verschil maakt welke soort operatie moet worden uitgevoerd, zijn de wachttijden nogeens voor enkele vaker voorkomende operaties op een rijtje gezet (tabel 3.13). Ook hier geldt dat de aantallen respondenten waarop de wachttijden zijn berekend erg laag zijn, zodat de wachttijden met een ruime marge moeten worden beschouwd.
De mediane wachttijd voor gewrichts- en oogoperaties bedraagt drie maanden. Voor een operatie in verband met een kwaadaardige tumor is de mediane wachttijd slechts twee weken.

Tabel 3.13 Wachttijden (in dagen) voor ziekenhuisopname per type operatie

Soort operatie	n	mediaan	minimum	maximum
gewricht (incl. heup) (n=17)	14	91	3	365
oog (incl. staar) (n=9)	8	91	7	183
kwaadaardige tumor (n=9)	9	14	7	122

Knelpunten

Om na te gaan in hoeverre de wachttijd voor ziekenhuisopname een knelpunt vormde voor de respondenten is weer berekend (zie pagina 14 voor berekeningswijze) of er een verschil bestond tussen de tijd die de respondent daadwerkelijk had moeten wachten en de wachttijd die de respondent gezien zijn situatie redelijk vond (redelijke wachttijd). Omdat de vraag naar wat men een redelijke wachttijd vond was beantwoord door 116 van de 189 mensen die een opname hadden gehad, kon het verschil tussen de redelijke wachttijd en de daadwerkelijke wachttijd voor 116 respondenten worden berekend.

Berekening van de verschillen tussen de redelijke wachttijd en de daadwerkelijke wachttijd toont aan dat bij 53 mensen (46%) de daadwerkelijke wachttijd voor opname binnen de door hen redelijk geachte wachttijd viel (of daaraan gelijk was). Bij 63 mensen (54%) was de daadwerkelijke wachttijd langer dan zij in hun situatie redelijk vonden.

Aan de respondenten werd ook gevraagd in hoeverre zij hun situatie spoedeisend vonden. Het lijkt van belang dat mensen die hun situatie spoedeisend vinden een kortere wachttijd hebben dan mensen die hun situatie niet spoedeisend vinden. In tabel 3.14 staat de wachttijd vermeld ingedeeld naar het spoedeisende karakter van de opname volgens de respondent. Het lijkt erop dat de wachttijd inderdaad korter is bij respondenten die hun situatie spoedeisend vonden. De verschillen tussen de drie groepen zijn daarom getoetst met behulp van een niet-parametrische Kruskal-Wallis toets. Hieruit komt naar voren dat de wachttijden tussen de drie groepen significant van elkaar verschillen ($Chi^2(127)= 14,18$, $p=.0008$).

Tabel 3.14 Wachttijd (in dagen) in relatie tot de gepercipieerde spoedeisendheid van de opname (N=189)

Soort operatie	n	mediaan	minimum	maximum
niet spoedeisend (n=44)	40	35	2	365
enigszins spoedeisend (n=53)	45	30	0	365
zeer spoedeisend (n=92)	42	14	0	365

Tot nu toe is gekeken naar de daadwerkelijke wachttijd in relatie tot de redelijke wachttijd en de spoedeisendheid van de situatie volgens de respondent. Hieruit kunnen conclusies over mogelijke knelpunten worden getrokken. De respondenten is echter ook zelf gevraagd om aan te geven of de wachttijd problematisch was. Aan de respondenten werd de vraag voorgelegd of de wachttijd voor hen nadelig was. Deze vraag is door 122 respondenten beantwoord. In tabel 3.15 zijn de resultaten op deze vraag weergegeven.

Tweederde van de 122 respondenten die deze vraag beantwoordden gaf aan dat zij geen nadeel van hun wachttijd hadden ervaren. Voor een derde van de respondenten gold dit wel; zij rapporteerden met name dat de wachttijd nadelig was vanwege de last of hinder die zij van hun klachten ondervonden.

Tabel 3.15 Aantal en percentage respondenten dat de wachttijd voor ziekenhuisopname wel of niet nadelig vond (N=122)

Wachttijd volgens respondent	n	%
niet nadelig	**79**	**64,8**
wel nadelig	**43**	**35,2**
* vanwege last/hinder door klachten/symptomen	29	67,4
* vanwege gezondheidsschade (achteruitgang, onherstelbare schade)	4	9,3
* vanwege het niet kunnen uitvoeren van taken	13	30,2
* vanwege voortdurende onzekerheid, bezorgdheid, angst	13	30,2
* vanwege andere reden	6	14,0

* Omdat meer dan één reden kon worden genoemd, kan de som van deze percentages groter zijn dan 100.

Mogelijke oplossingen

Wanneer men vindt dat men te lang moet wachten op een opname, kan het zijn dat men pogingen onderneemt om de wachttijd te verkorten. Op de vraag of men geprobeerd heeft om de wachttijd voor opname te verkorten is door 26 van de 122 respondenten die de vraag beantwoordden (21%) bevestigend geantwoord. Tabel 3.16 laat zien op welke manier men geprobeerd heeft om de wachttijd te verkorten.
De meeste mensen die hun wachttijd voor opname hebben geprobeerd te verkorten hebben zelf nogeens naar het ziekenhuis gebeld. Sommigen mensen hebben hun huisarts laten bellen.

Tabel 3.16 Aantal en percentage respondenten dat geprobeerd heeft om de wachttijd voor ziekenhuisopname te verkorten (N=122)

Wachttijd geprobeerd te verkorten	n	%
niet geprobeerd	**96**	**78,8**
wel geprobeerd	**26**	**21,3**
* huisarts heeft gebeld (al of niet op verzoek)	7	26,9
* specialist heeft gebeld (al of niet op verzoek)	2	7,7
* andere hulpverlener heeft gebeld	0	0,0
* ziektekostenverzekeraar heeft bemiddeld	0	0,0
* zelf nogeens gebeld	20	76,9
* iemand anders (familie etc.) nogeens gebeld	1	3,8
* zelf langs gegaan	2	7,7
* iemand anders (familie etc.) langsgegaan	0	0,0
* andere manier	2	7,7

* Omdat meer dan één strategie kon worden genoemd, kan de som van deze percentages groter zijn dan 100.

Van de 26 respondenten die zeggen geprobeerd te hebben om de wachttijd voor opname te verkorten, geven 11 mensen (42%) aan dat het ook inderdaad gelukt is. De mensen bij wie het gelukt is om de wachttijd te verkorten rapporteren een mediane tijdwinst van 42 dagen (minimum 4, maximum 365 dagen). Deze tijdwinst zit al in de eerder vermelde wachttijden verdisconteerd, omdat aan de respondenten is gevraagd hoelang zij daadwerkelijk hebben moeten wachten.

Om na te gaan of een regionale samenwerking tussen ziekenhuizen een zinvolle manier is om de wachttijden voor opname te verkorten, is het belangrijk om vast te stellen of mensen met chronische aandoeningen eventueel elders zouden willen worden opgenomen als zij daardoor dan geen wachttijd hebben. Deze vraag is beantwoord door 118 van de 189 mensen die in het ziekenhuis moesten worden opgenomen. Driekwart geeft echter te kennen dat zij niet naar een ander ziekenhuis zouden hebben gewild (87, 73%). Van de 31 mensen die daar eventueel wel voor zouden voelen hebben 28 respondenten aangegeven hoelang zij maximaal extra zouden willen reizen (enkele reis) om elders zonder wachttijd opgenomen te kunnen worden. De totale verdeling naar maximale extra reistijd staat in tabel 3.17. Het lijkt erop dat het omslagpunt voor de tijd die men maximaal extra wil reizen op een uur ligt.

Tabel 3.17 Maximale extra reistijd (enkele reis) die men wil afleggen om in een ander ziekenhuis zonder wachttijd te kunnen worden opgenomen (N=28)

Reistijd (enkele reis)	n	%
maximaal 20 minuten	1	3,2
maximaal 30 minuten	5	16,1
maximaal 1 uur	15	48,4
maximaal 1,5 uur	5	16,1
meer dan 1,5 uur	2	6,5

Wachten op ziekenhuisopname
Aan alle respondenten (dus ongeacht of zij in 1997/1998 wel of niet waren opgenomen) is gevraagd, of zij op dit moment op een ziekenhuisopname wachten. Op deze vraag werd door 35 mensen (5%) bevestigend geantwoord. Van de mensen die in het ziekenhuis moeten worden opgenomen wachten acht mensen op een opname bij orthopedie en vijf op een opname bij algemene chirurgie. Het aantal mensen dat bij andere specialismen moet worden opgenomen is telkens minder dan vier.
Aan de mensen die wachten op een ziekenhuisopname is gevraagd hoelang zij al wachten en wanneer zij (naar verwachting) aan de beurt zullen zijn. Op basis van deze gegevens is de geschatte wachttijd berekend. De mediane geschatte wachttijd van alle wachtenden gezamenlijk bedraagt 106 dagen.

3.3 Thuiszorg

Wachttijden
Van de 753 respondenten bleken 56 mensen (7%) in 1997 of 1998 thuiszorg te hebben aangevraagd. Het grootste gedeelte hiervan bestond uit aanvragen voor huishoudelijke hulp (55%). Verpleging en verzorging werden aangevraagd in respectievelijk 14 en 11 procent van de gevallen. Bij 9 procent van de aanvragen ging het om een combinatie

van persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp; in 5 procent van de gevallen om een gecombineerde aanvraag van verpleging en huishoudelijke hulp en in nogeens 5 procent van de gevallen werden verpleging, verzorging en huishoudelijke hulp samen aangevraagd. Van deze aanvragen waren er 55 inmiddels afgerond. De nog niet afgeronde aanvraag betrof een aanvraag voor huishoudelijke hulp. Van de 55 afgeronde aanvragen waren er 51 geheel of gedeeltelijk gehonoreerd. De vier afgewezen aanvragen hadden alle betrekking op huishoudelijke hulp.
Aan de mensen van wie de aanvraag was afgewezen is gevraagd hoeveel tijd was verstreken tussen het moment waarop zij de aanvraag hadden ingediend en het moment waarop zij hoorden dat de aanvraag was afgewezen. Het is belangrijk dat men snel zicht krijgt op het al of niet krijgen van thuiszorg, omdat men in geval van een afwijzing meestal andere maatregelen moet nemen. Van drie van de vier mensen met een afgewezen aanvraag was de wachttijd tot de indicatiestelling bekend; deze bedroeg in alle gevallen maximaal twee weken.
Van 44 respondenten kon de totale tijd die zij hadden moeten wachten (van aanvraag tot daadwerkelijke zorgverlening) worden berekend. Het gaat hier om de mensen met een afgeronde, gehonoreerde aanvraag, die inmiddels ook daadwerkelijk zorg hebben ontvangen en daarbij konden aangeven hoe lang ze daarop hebben moeten wachten. De mediane wachttijd van deze mensen was 12 dagen (minimum 0, maximum 227 dagen).

Bij alle respondenten waarvoor de totale wachttijd voor thuiszorg kon worden berekend (n=44) is nagegaan op welke soort zorg (verpleging, verzorging of huishoudelijke hulp) zij moesten wachten. Vervolgens is de totale wachttijd opnieuw berekend voor de verschillende vormen van thuiszorg. De resultaten staan in tabel 3.18 vermeld.
Uit de tabel kan worden geconcludeerd dat men nauwelijks heeft moeten wachten op verpleging of hulp bij persoonlijke verzorging. Op huishoudelijke hulp heeft men over het algemeen langer moeten wachten. De mediane wachttijd voor uitsluitend huishoudelijke hulp is ongeveer een maand; vijf mensen hebben drie maanden of langer moeten wachten. In die gevallen dat combinaties van thuiszorg zijn aangevraagd geven de cijfers in de tabel soms een merkwaardig beeld vanwege het geringe aantal respondenten waarvan gegevens voorhanden waren. In geval van een gecombineerde aanvraag van verpleging en huishoudelijke hulp is de wachttijd van slechts twee mensen bekend; deze bedroeg respectievelijk 0 en 30 dagen. Vijf mensen rapporteerden een wachttijd voor een gecombineerde aanvraag van verzorging en huishoudelijke hulp. Vier van hen hadden een wachttijd van maximaal zeven dagen, de resterende respondent moest een maand wachten. De wachttijden van de twee mensen die een combinatie van verpleging, verzorging en huishoudelijke hulp aanvroegen bedroegen 10 en 14 dagen.

Tabel 3.18 Wachttijden (in dagen) per type thuiszorg (N=44)

Wachttijd	n	mediaan	minimum	maximum
alleen verpleging (n=8)	7	0	0	3
alleen verzorging (n=6)	5	1	0	5
alleen huishoudelijke hulp (n=31)	23	30	1	227
verpleging en huishoud. hulp (n=3)	2	15	0	30
verzorging en huishoud. hulp (n=5)	5	6	0	30
verpleging, verzorging en huish (n=3)	2	12	10	14

Knelpunten
Om na te gaan in hoeverre de wachttijd voor thuiszorg een knelpunt vormde voor de respondenten is berekend (zie pagina 14 voor de berekeningswijze) of er een verschil bestond tussen de tijd die de respondent daadwerkelijk had moeten wachten (totale wachttijd) en de wachttijd die de respondent gezien zijn situatie redelijk vond (redelijke wachttijd). Van de 44 respondenten waarvan de daadwerkelijke wachttijd bekend was, hebben 39 mensen eveneens aangegeven wat zij een redelijke wachttijd in hun situatie destijds vonden. Bij 18 mensen (47%) was de daadwerkelijke wachttijd voor thuiszorg korter dan of gelijk aan de door hen redelijk geachte wachttijd. Bij ruim de helft (21, 54%) was de daadwerkelijk wachttijd voor thuiszorg langer dan de tijd die men redelijk vond.

Naast het vaststellen van mogelijke verschillen tussen de daadwerkelijke wachttijd en de redelijke wachttijd is ook aan de respondenten zelf gevraagd om aan te geven of de wachttijd voor thuiszorg voor hen nadelig was. Door 21 van de 56 mensen die thuiszorg hadden aangevraagd werd aangegeven dat zij geen relevante wachttijd hadden gehad. Van de 35 mensen die wel een zekere wachttijd voor thuiszorg hadden gekend, gaven 17 mensen (49%) aan dat zij geen nadelen van het wachten hadden ondervonden. Achttien respondenten (51%) meldden nadeel van hun wachttijd te hebben ondervonden; de belangrijkste reden hiervoor was het feit dat mantelzorgers met de zorg belast waren.

Mogelijke oplossingen
Wanneer men vindt dat men te lang moet wachten op thuiszorg, kan het zijn dat men pogingen onderneemt om de wachttijd te verkorten. Op de vraag of men geprobeerd heeft om de wachttijd voor thuiszorg te verkorten is door zeven respondenten (13%) bevestigend geantwoord. De wijze waarop dit geprobeerd was varieerde van het zelf (of iemand anders laten) opbellen tot het persoonlijk langsgaan door een mantelzorger.

Van de zeven respondenten die zeggen geprobeerd te hebben om de wachttijd voor thuiszorg te verkorten, geven drie mensen aan dat het ook inderdaad gelukt is. Eén respondent heeft de tijdwinst die dit hem naar schatting opleverde gemeld; deze tijdwinst werd geschat op twee maanden.

3.4 Hulpmiddelen en aanpassingen

Wachttijden
De laatste module van het telefonisch interview betrof de wachttijden van aangevraagde hulpmiddelen en aanpassingen. Van de 753 respondenten hadden 82 mensen (11%) in 1997 of 1998 een hulpmiddel of aanpassing aangevraagd. In geval van meerdere aanvragen zijn de vragen gesteld over de eerste aanvraag die in deze periode is gedaan. De meeste aanvragen hadden betrekking op woningaanpassingen (21), loophulpmiddelen (18), hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging (11), rolstoelen (9) en/of scootmobiels (9). De aanvragen voor hulpmiddelen of aanpassingen waren door 41 mensen (50%) ingediend bij de gemeente in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG); 37 mensen (45%) hadden een aanvraag ingediend bij hun ziektekostenverzekeraar en vier mensen (5%) wisten niet waar de aanvraag was ingediend.

Van 81 aanvragen was bekend hoe ver men met de procedure was. Ruim driekwart van de mensen die een hulpmiddel of aanpassing hadden aangevraagd (63, 78%) rapporteerde dat de procedure was afgerond en dat zij het gevraagde hulpmiddel inmiddels hadden gekregen. Bij vijf mensen (6%) was de aanvraagprocedure eveneens afgerond, maar was de aanvraag afgewezen. Dertien mensen hadden een nog lopende aanvraag; acht daarvan (10%) wisten nog niet of zij het gevraagde hulpmiddel zouden krijgen, vijf mensen (6%) wisten dat inmiddels wel, maar wachtten nog op levering van het hulpmiddel of de aanpassing.

Aan de 63 respondenten die het aangevraagde hulpmiddel of de aangevraagde aanpassing inmiddels hadden gekregen, is gevraagd naar de tijd die zij hebben moeten wachten vanaf het moment van aanvraag totdat zij bericht kregen over de toekenning van het hulpmiddel of de aanpassing (wachttijd tot toekenning). Daarnaast werd hen gevraagd naar de totale tijd die zij hebben moeten wachten op het hulpmiddel of de aanpassing vanaf het moment van aanvragen (wachttijd tot levering). In tabel 3.19 staan deze wachttijden vermeld. Daarbij zijn de wachttijden tevens uitgesplitst naar de instelling waar men ze had aangevraagd.

Tabel 3.19 Wachttijden (in dagen) tot toekenning en levering van hulpmiddelen en aanpassingen

Wachttijd	n	mediaan	minimum	maximum
Totaal (n=63)				
wachttijd tot toekenning	50	14	0	365
wachttijd tot levering	61	42	0	365
Aanvraag WVG (n=41)				
wachttijd tot toekenning	26	21	0	365
wachttijd tot levering	28	106,5	1	365
Aanvraag verzekeraar (n=37)				
wachttijd tot toekenning	21	2	0	61
wachttijd tot levering	30	30	0	365

Uit de resultaten in de tabel komt naar voren dat er grote verschillen zijn in de wachttijden tussen mensen die een hulpmiddel of aanpassing hebben aangevraagd. De wachttijden van individuen variëren veelal tussen 0 dagen (opgebeld en meteen gekregen) tot één jaar. De mediane wachttijd tot de indicatiestelling bedraagt twee weken. De meeste mensen moeten dan nog ongeveer een maand wachten op levering van het aangevraagde hulpmiddel of aanpassing. Met behulp van een niet-parametrische Mann-Whitney toets is nagegaan of de tijd die mensen moeten wachten verschilt afhankelijk van de instelling waarbij de aanvraag is gedaan. De wachttijden van een WVG-aanvraag blijken significant langer te zijn dan de wachttijden van een aanvraag bij de eigen ziektekostenverzekeraar (U=176,0, W=1070,0, p=.0001).

Naast de instelling waar de aanvraag is gedaan hangt de wachttijd mogelijk ook samen met het soort hulpmiddel of aanpassing dat is aangevraagd. Daarom is voor enkele relatief veel aangevraagde hulpmiddelen de totale wachttijd tot levering nogeens apart berekend. De resultaten staan in tabel 3.20.

De mediane wachttijd voor woningaanpassingen en scootmobiels is het langst (vier maanden). De aanvraag en levering van loophulpmiddelen gaan het snelst (mediane wachttijd één maand).

Tabel 3.20 Wachttijden (in dagen) tot levering van enkele hulpmiddelen en aanpassingen

Wachttijd	n	mediaan	minimum	maximum
woningaanpassingen (n=21)	14	122	0	365
loophulpmiddelen (n=18)	15	30	0	91
hulpmiddelen voor pers.verzorging (n=11)	8	91	14	365
rolstoelen (n=9)	7	61	0	365
scootmobiels (n=9)	5	122	30	365

Acht mensen hadden wel een aanvraag voor een hulpmiddel of aanpassing ingediend, maar nog geen bericht gekregen over toekenning of afwijzing. Vijf van deze mensen wachtten maximaal een maand, één respondent wachtte inmiddels 122 dagen en de andere respondent 183 dagen.
Tenslotte waren er vijf mensen die op het moment van het telefonisch interview wel wisten dat zij een bepaald hulpmiddel of aanpassing zouden krijgen, maar het nog niet hadden ontvangen. Hiervan wachtten drie mensen maximaal een maand, één respondent wachtte inmiddels vijf maanden en één respondent al een jaar.

Knelpunten
Ook voor de aangevraagde hulpmiddelen of aanpassingen is nagegaan of er een verschil bestond tussen de tijd die de respondent daadwerkelijk had moeten wachten (totale wachttijd) en de wachttijd die de respondent gezien zijn situatie redelijk vond (redelijke wachttijd). De berekeningswijze staat vermeld op pagina 14. Van de 61 respondenten waarvan de daadwerkelijke wachttijd bekend was, hebben 56 mensen eveneens aangegeven wat zij een redelijke wachttijd in hun situatie destijds vonden. Bij ruim de helft van de respondenten (30, 54%) was de daadwerkelijke wachttijd gelijk aan of korter dan de volgens hen redelijke wachttijd. Bij de overige geïnterviewden (26, 46%) was de daadwerkelijke wachttijd langer dan de tijd die zij gezien hun situatie redelijk vonden.

3.5 Cumulatie van wachttijden

Om een indicatie te krijgen van de mate waarin het voorkomt dat mensen met chronische aandoeningen met meer dan één wachtlijst geconfronteerd worden, is geïnventariseerd inhoeverre respondenten in 1997 en in de eerste helft van 1998 van de vier onderzochte typen zorg gebruik hebben gemaakt. Vervolgbezoeken aan de specialist zijn bij deze analyse buiten beschouwing gelaten, omdat uit eerdere analyses bleek dat hier weinig knelpunten zijn. Van de 753 ondervraagde mensen met chronische aandoeningen bleek ongeveer de helft (52%, n=388) in de afgelopen anderhalf jaar geen gebruik te hebben gemaakt van zorg, behalve wellicht van vervolgbezoeken aan een specialist. Ongeveer een derde van de respondenten (30%, n=277) maakte gebruik van één type zorg. Gedurende anderhalf jaar rapporteerden zij een eerste poliklinisch be-

zoek, òf een ziekenhuisopname, òf maakten zij gebruik van thuiszorg, òf vroegen zij hulpmiddelen aan. Vijftien procent (n=113) bleek van twee van de genoemde zorgtypen gebruik gemaakt te hebben. Drieëntwintig mensen (3%) gebruikten drie zorgtypen en twee mensen (0,3%) rapporteerden gebruik gemaakt te hebben van alle vier de zorgtypen. Bij de interpretatie van deze cijfers moet opgemerkt worden dat hier slechts gedifferentieerd is tussen wel of geen gebruik. Het aantal keren dat van hetzelfde type zorg gebruik gemaakt is, is niet gerapporteerd. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat iemand bij meer dan één specialisme een eerste poliklinisch bezoek heeft gehad; dit telt dan als gebruik van één zorgtype.
Ondanks deze beperking kan geconcludeerd worden dat ongeveer 20 procent van de respondenten in de afgelopen anderhalf jaar minimaal twee maal werd geconfronteerd met al dan niet problematische wachttijden.

4 DISCUSSIE

In dit hoofdstuk wordt een beschouwing gegeven op de gevonden resultaten in het licht van de geformuleerde onderzoeksvragen. Daarbij wordt voor zover mogelijk een vergelijking gemaakt met de resultaten van ander onderzoek. Dit betreft het eerder genoemde onderzoek uit 1993 onder de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (Kerssens & Andela, 1994), een onderzoek naar wachtlijstomzeilende initiatieven in 112 ziekenhuizen uitgevoerd in november 1996 en herhaald in februari 1998 door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Joosten, 1996; 1998) en een onderzoek naar het bestaan van wachtlijsten in 74 ziekenhuizen uitgevoerd in 1997 en 1998 door het NZi (Van Rooij & Sliggers, 1998). Het is belangrijk om zich te realiseren dat het hier beschreven onderzoek op meerdere plaatsen afwijkt van de andere genoemde onderzoeken. Het onderzoek onder de leden van het Consumentenpanel verschilt op tenminste twee hoofdpunten van het onderhavige onderzoek: de onderzoeksgroep en het jaar waarin de enquête werd afgenomen. Daarnaast zijn er verschillen in de wijze van afname (telefonisch versus schriftelijk) en in de formulering van bepaalde vragen. De andere twee onderzoeken zijn van een geheel andere aard, omdat bij deze onderzoeken de gegevens afkomstig zijn van enquêtes onder ziekenhuizen in plaats van onder zorggebruikers. Deze onderzoeken geven dus geen inzicht in de wachttijden op patiëntniveau, maar uitsluitend in de omvang van wachtlijsten per specialisme (beide onderzoeken) en in de wachttijden per specialisme op ziekenhuisniveau (alleen NZi-onderzoek). Niettemin is vergelijking zinvol om de bevindingen over de wachttijden van mensen met chronische aandoeningen in perspectief te kunnen plaatsen.
De daadwerkelijke wachttijden van mensen met chronische aandoeningen kunnen dus alleen worden vergeleken met de wachttijden die de leden van het Consumentenpanel vijf jaar eerder rapporteerden. Omdat in dit laatste onderzoek de gemiddelde wachttijden zijn berekend, wordt hier waar nodig ter vergelijking eveneens de gemiddelde wachttijd gepresenteerd naast de mediane wachttijd. De keuze voor berekening van de mediane wachttijd in dit onderzoek was gebaseerd op het geringe aantal respondenten waarover sommige wachttijden konden worden berekend en de scheve verdeling van deze wachttijden. Omdat de mediaan in tegenstelling tot het gemiddelde niet wordt beïnvloed door 'uitschieters' (de enkele respondent met een uitzonderlijk lange wachttijd), is de mediane wachttijd hier een betere indicator dan de gemiddelde wachttijd.

Voorafgaand aan de bespreking van de resultaten moet nog gewezen worden op het effect dat mogelijke herinneringsfouten op de resultaten kunnen hebben gehad. Aan de respondenten is gevraagd, of zij zorg hadden gebruikt of een aanvraag hadden ingediend in 1997 of 1998. Op het moment van dataverzameling was deze 'terugvraagperiode' 1,5 jaar. Het is aannemelijk dat respondenten die hun wachttijd rapporteerden met betrekking tot een bezoek, opname of aanvraag begin 1997 onnauwkeuriger antwoorden hebben gegeven dan mensen die dezelfde vraag beantwoordden voor een recent bezoek of een recente opname of aanvraag. Om dit effect zo klein mogelijk te houden is in geval van poliklinische bezoeken en ziekenopnames gevraagd de vragen te beantwoorden voor het meest recente bezoek of de meest recente opname. Daarbij moet worden opgemerkt dat indien de respondent in die periode zowel poliklinische eerste bezoeken als vervolgbezoeken had gebracht, de vragen zijn gesteld over de eerste bezoeken (dus over poliklinische toegangstijden). Het desbetreffende eerste bezoek hoeft in dat geval dus niet het meest recente bezoek te zijn. Niettemin werd prioriteit

gegeven aan eerste bezoeken, omdat knelpunten zich met name zouden kunnen voordoen in de toegangstijden. Herinneringsfouten in de wachttijden voor ziekenhuisopnames zijn minder waarschijnlijk, omdat zo'n belangrijke gebeurtenis minder snel vergeten wordt. In geval van een aanvraag voor thuiszorg of hulpmiddelen is juist gekozen voor de eerste aanvraag bij meerdere aanvragen in de periode 1997/98. De reden hiervoor was dat dan de kans dat de totale wachttijd (tot levering van de zorg of het hulpmiddel) inmiddels bekend was groot zou zijn. Ook hier geldt dat de meeste mensen niet vaak een dergelijke aanvraag indienen en hierdoor de kans op herinneringsfouten minder groot is. Resumerend kan worden gesteld dat vertekening door herinneringsfouten met name zou kunnen voorkomen bij de wachttijden voor eerste poliklinische bezoeken. Een dergelijke vertekening kan zich overigens ook in het onderzoek onder de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg hebben voorgedaan; de terugvraagperiode bedroeg in dat onderzoek één jaar.

Poliklinisch specialistenbezoek

Allereerst heeft het onderzoek gegevens opgeleverd over de wachttijden van mensen met chronische aandoeningen die in 1997 of 1998 een specialist op de polikliniek bezochten. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen wachttijden voor eerste bezoeken (poliklinische toegangstijden) en wachttijden voor geplande en tussentijdse vervolgbezoeken.

De mediane wachttijd voor **eerste bezoeken** bedraagt twee weken en de gemiddelde wachttijd vier weken. De langste mediane wachttijden werden gevonden bij reumatologie, revalidatiegeneeskunde, interne geneeskunde, orthopedie en neurologie. Wanneer gekeken wordt naar de gemiddelde wachttijden, dan zijn de wachttijden bij oogheelkunde (6,5 weken), reumatologie (6 weken) en orthopedie (ruim 5 weken) het langst. In het onderzoek onder het Consumentenpanel in 1993 werd eveneens een gemiddelde wachttijd van bijna vier weken over alle specialismen gevonden. De gemiddelde wachttijd voor oogheelkunde bedroeg in het laatste onderzoek vijf weken; voor interne geneeskunde (niet gespecificeerd) was dit 5,5 weken en voor orthopedie bijna vier weken. De gemiddelde wachttijden van deze specialismen zijn in het huidige onderzoek dus langer dan in het onderzoek onder het Consumentenpanel. In het laatste onderzoek werd de langste gemiddelde wachttijd gevonden bij cardiologie (6 weken). Uit de telefonische enquête van de IGZ onder de ziekenhuizen begin 1998 komt naar voren dat de ziekenhuisdirecties het meest frequent te lange poliklinische toegangstijden rapporteren voor oogheelkunde, orthopedie, cardiologie en KNO. Het NZi-onderzoek van maart 1998 geeft als specialismen met de langste poliklinische toegangstijden: oogheelkunde (gemiddelde over de ziekenhuizen: 11 weken), plastische chirurgie (9,5 weken) en reumatologie (5,5 weken). Deze laatste gemiddelden zijn dus de gemiddelde gerapporteerde wachttijden op ziekenhuisniveau, waarbij geen rekening gehouden is met de verschillen tussen ziekenhuizen in capaciteit en het aantal wachtenden. Hoewel de feitelijke wachttijden tussen de verschillende onderzoeken dus moeilijk vergelijkbaar zijn, wordt het beeld van lange wachttijden van mensen met chronische aandoeningen bij oogheelkunde, reumatologie en orthopedie dus bevestigd door de twee recente onderzoeken onder de ziekenhuizen. Daarnaast zijn er ook verschillen; de lange mediane wachttijden voor revalidatiegeneeskunde, interne geneeskunde en neurologie komen niet naar voren uit de onderzoeken onder de ziekenhuizen en de in deze laatste onderzoeken genoemde lange wachttijden voor cardiologie, KNO en plastische chirurgie komen niet uit het onderhavige onderzoek naar voren. Hierbij is het

belangrijk om zich te realiseren dat mensen met chronische aandoeningen met bepaalde specialismen waarschijnlijk meer en met andere minder vaak te maken hebben.

Wachttijden zijn niet altijd problematisch. Daarom wordt in de discussie over de wachtlijsten veelal een onderscheid gemaakt in planningswachtlijsten en problematische wachtlijsten. Het eerste type wachtlijsten is in zekere zin nodig voor een goede logistieke organisatie binnen een instelling. Van problematische wachtlijsten spreekt men indien een maximaal aanvaardbare wachttijd wordt overschreden. De patiënt moet dan langer wachten dan medisch en sociaal verantwoord is (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994). Welke normen hierbij moeten worden gehanteerd is echter nog niet duidelijk. Op dit moment zijn meerdere organisaties bezig met de ontwikkeling van dergelijke normen, ondermeer de Gezondheidsraad en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG) (Smit & Kroneman, 1997). Enkele jaren geleden werd door de Commissie-Dunning gesteld dat een wachttijd van twee weken voor niet-spoedeisende zorg optimaal is, zodat zowel het ziekenhuis als de patiënt zich kan voorbereiden. In het NZi-onderzoek wordt een wachttijd problematisch genoemd, indien de patiënt langer dan een maand moet wachten. De onderzoekers baseren zich hierbij op CBS-gegevens over wat zorggebruikers als 'lang wachten' beschouwen.
Hoewel niet duidelijk is of de genoemde normen van twee weken of een maand ook voor poliklinische toegangstijden zijn bedoeld (of uitsluitend voor wachttijden voor klinische opnames) en evenmin een nuancering van deze normen naar ziekte of interventie is aangebracht, is nagegaan of de door mensen met chronische aandoeningen gerapporteerde wachttijden voor eerste poliklinische bezoeken aan deze normen voldoen. Uitgaande van de norm van twee weken als optimale wachttijd kan op basis van de gevonden mediane wachttijden gesteld worden dat de wachttijden van circa de helft van de mensen met chronische aandoeningen te lang zijn. De norm van een maand leidt uiteraard tot een minder problematische voorstelling van zaken; 21 procent van de respondenten heeft een poliklinische toegangstijd die langer is dan een maand. Bij enkele specialismen is het percentage mensen dat langer dan een maand heeft moeten wachten nog hoger. Het betreft hier reumatologie (57%), oogheelkunde (42%) en KNO (33%). Deze percentages zijn echter wel berekend over een zeer gering aantal respondenten, variërend van zeven bij reumatologie tot twaalf bij oogheelkunde.
Om vast te stellen of de poliklinische toegangstijden door mensen met chronische aandoeningen zelf als knelpunten worden beschouwd, is nagegaan of de feitelijke wachttijden binnen de door de respondenten redelijk geachte wachttijden vallen. Dit blijkt bij een kleine meerderheid van de respondenten het geval te zijn. Dit betekent dat iets minder dan de helft van de respondenten een wachttijd voor een eerste poliklinisch bezoek had die langer was dan zij in hun situatie redelijk vonden. Wat men hier een redelijke wachttijd vond is uiteraard een subjectief gegeven en hangt samen met de door de respondent ingeschatte spoedeisendheid van zijn of haar situatie. Een wachttijd langer dan een maand werd slechts door 10 procent van de respondenten nog acceptabel gevonden.
Hoewel bijna de helft van de mensen een poliklinische toegangstijd heeft gekend die langer is dan wat zij redelijk vonden, gaf het grootste deel aan geen nadelen van de wachttijd te hebben ondervonden. Volgens bijna 30 procent was de wachttijd wel nadelig. Het ging dan meestal om het feit dat men langer met last of hinder van de klachten was geconfronteerd.

De meeste mensen die voor een eerste bezoek bij een specialist op de polikliniek waren geweest, hadden geen pogingen ondernomen om de wachttijd te bekorten. Slechts 17 procent heeft wel geprobeerd om de wachttijd te verkorten; meestal belden deze mensen hiertoe zelf nogeens of lieten zij de huisarts bellen. Slechts een persoon gaf aan dat de zorgverzekeraar bemiddeld had. Het lijkt er dus op dat bemiddeling door zorgverzekeraars nog geen wijd verbreid fenomeen is. Ongeveer de helft van de mensen die geprobeerd hadden hun wachttijd te bekorten slaagde daar inderdaad in. Dat het voor individuen zinvol kan zijn om de huisarts in te schakelen bleek reeds uit de verschillen in de wachttijden van afspraken die door de patiënt zelf waren gemaakt ten opzichte van de wachttijden van afspraken die door de huisarts waren gemaakt.
Om na te gaan of regionale samenwerking tussen ziekenhuizen en het bekend maken van de wachtlijsten een methode is om de wachtlijstproblematiek aan te pakken, is aan de respondenten die voor een eerste bezoek aan een specialist waren geweest gevraagd of zij eventueel naar een ander ziekenhuis in de regio hadden gewild indien zij daar meteen terecht hadden gekund. Zeventig procent van de mensen voelde hier niets voor. Dertig procent zou eventueel wel naar een ander ziekenhuis willen gaan, zolang zij daarvoor niet te ver moeten reizen; de meeste mensen willen niet meer dan maximaal een uur extra (enkele reis) reizen. Uit deze bevindingen kan geconcludeerd worden dat mensen met chronische aandoeningen niet zondermeer naar een ander ziekenhuis zullen gaan, wanneer de mogelijkheden daarvoor gecreëerd worden. Wellicht heeft dit te maken met het feit dat mensen met chronische aandoeningen vaak al een langdurige relatie met een bepaald ziekenhuis hebben.

In dit onderzoek is niet alleen aandacht besteed aan de poliklinische toegangstijden van mensen met chronische aandoeningen, maar ook aan hun wachttijden voor **vervolgbezoeken**. Daarbij is een onderscheid gemaakt in geplande vervolgbezoeken en vervolgbezoeken op eigen initiatief. Bij de geplande vervolgbezoeken lijken de wachttijden nauwelijks een probleem te vormen; 93 procent van de respondenten kon de afspraak maken voor het moment dat deze zou moeten plaatsvinden. Voor tussentijdse vervolgbezoeken bedraagt de mediane wachttijd twee weken en de gemiddelde wachttijd drie weken. Vergelijking met andere onderzoeken is hier niet mogelijk, omdat deze zich hebben beperkt tot de poliklinische toegangstijden.
Evenals bij de wachttijden voor eerste poliklinische bezoeken zijn ook de wachttijden voor tussentijdse vervolgbezoeken bij iets minder dan de helft van de mensen langer dan zij gezien hun situatie redelijk vonden. Van de mensen met een vervolgbezoek op eigen initiatief gaf 15 procent aan dat zij nadeel van de wachttijd hadden ondervonden. Ook bij hen ging het vooral om de last die zij van hun klachten hadden, maar ook om het voortduren van onzekerheid, angst of bezorgdheid.

Ziekenhuisopname
De wachttijden voor ziekenhuisopnames kunnen weer vergeleken worden met de wachttijden die de leden van het Consumentenpanel vijf jaar geleden rapporteerden. De mediane wachttijd voor ziekenhuisopnames bedraagt drie weken; de gemiddelde wachttijd is bijna acht weken. In het onderzoek onder het Consumentenpanel was de gemiddelde wachttijd 4,5 weken. De huidige situatie zoals gerapporteerd door mensen met chronische aandoeningen lijkt dus ongunstiger te zijn.
De langste mediane wachttijden voor klinische opname werden gevonden bij orthopedie en oogheelkunde (3 maanden), gynaecologie (2 maanden) en KNO (een maand). De gemiddelde wachttijden waren soms aanzienlijk langer vanwege enkele mensen met extreem lange wachttijden (tot een jaar). Bij orthopedie was de gemiddelde wacht-

tijd het langst (ruim 4 maanden). Deze bevindingen zijn grotendeels in overeenstemming met de resultaten uit het meest recente IGZ-onderzoek, waarin vooral te lange wachttijden werden gemeld voor orthopedie, oogheelkunde, algemene chirurgie en KNO. Uit de NZi-peiling van maart 1998 komt naar voren dat de langste wachttijden voor klinische opname zich voordoen bij plastische chirurgie (gemiddelde over de ziekenhuizen: vijf maanden), oogheelkunde (3,5 maanden) en orthopedie (3 maanden). Wederom komen de lange wachttijden bij plastische chirurgie bij mensen met chronische aandoeningen niet naar voren. Dit komt omdat slechts drie mensen een opname bij plastische chirurgie rapporteerden; deze mensen hadden overigens wel een relatief lange wachttijd (gemiddeld ruim twee maanden). De in dit onderzoek gevonden lange mediane wachttijd voor ziekenhuisopname bij gynaecologie wordt niet door de resultaten van de beide onderzoeken in ziekenhuizen bevestigd.

Bij de wachttijden voor klinische opname is weer nagegaan, of zij aan de gestelde normen van twee weken (Commissie Dunning) of een maand (NZi) voldoen. Wanneer de mediane wachttijd voor ziekenhuisopname drie weken bedraagt, betekent dit dat ongeveer de helft van de respondenten drie weken of langer op de opname heeft moeten wachten. De norm van twee weken wordt in dit geval voor de wachttijden van de meeste respondenten zeker niet gehaald. Ook wanneer wordt uitgegaan van het criterium van een maand is het beeld ongunstig. Van de mensen met chronische aandoeningen die in 1997 of 1998 in het ziekenhuis waren opgenomen heeft 39 procent langer dan een maand op de opname moeten wachten. Veel hogere percentages wachttijden van langer dan een maand (67 tot 71%) werden gevonden bij oogheelkunde, gynaecologie, orthopedie en plastische chirurgie. (N.B. bij plastische chirurgie is het percentage dus berekend over slechts drie mensen.)
Ook voor de wachttijden van ziekenhuisopnames is berekend of zij vallen binnen de door de respondenten redelijk geachte wachttijden. Hier bleek dat ruim de helft van de respondenten langer had moeten wachten dan zij in hun situatie redelijk vonden. Een derde van de respondenten vond een wachttijd langer dan een maand nog redelijk.
Tweederde van de mensen die een ziekenhuisopname hadden gehad rapporteerde geen nadeel van hun wachttijd te hebben ondervonden. Een derde van de mensen vond hun wachttijd wel nadelig. Zij gaven als belangrijkste redenen de last of hinder die zij door hun klachten hadden gehad, hun beperkte functioneren en de voortdurende onzekerheid, angst of bezorgdheid.

Om na te gaan of er mogelijkheden zijn om de wachttijd voor ziekenhuisopnames te verkorten is aan de respondenten gevraagd, of zij iets ondernomen hadden om de wachttijd te verkorten. Ruim twintig procent van de mensen heeft inderdaad hiertoe pogingen gedaan. Meestal kwam het erop neer dat men zelf nogeens naar het ziekenhuis belde om te vragen of de opname niet eerder kon. Bemiddeling door een zorgverzekeraar werd hier geen enkele keer genoemd. Bij 40 procent van de mensen die geprobeerd hebben om hun wachttijd voor klinische opname te bekorten heeft dit ook het gewenste resultaat gehad; zij konden eerder worden opgenomen.
Regionale samenwerking tussen ziekenhuizen lijkt ook voor de wachttijden van de ziekenhuisopnames van mensen met chronische aandoeningen geen oplossing te zijn. Driekwart van de mensen die opgenomen waren geweest, hadden niet naar een ander ziekenhuis gewild. Een kwart van de mensen zou van de mogelijkheid voor opname elders wellicht gebruik hebben gemaakt, mits de reistijd beperkt zou blijven tot ongeveer een uur.

Thuiszorg
Het aantal mensen dat in 1997 of 1998 thuiszorg had aangevraagd bleek slechts 56 (7%) te zijn. De mediane wachttijd van de afgeronde gehonoreerde aanvragen bedraagt 12 dagen (van aanvraag tot het krijgen van zorg). De meeste aanvragen hadden betrekking op huishoudelijke hulp. De mediane wachttijd voor uitsluitend huishoudelijke hulp bedraagt een maand (de maximum wachttijd is 7,5 maanden). De mensen die uitsluitend verpleging of persoonlijke verzorging hadden aangevraagd hebben nauwelijks een wachttijd gekend. Ook uit ander onderzoek naar de wachtlijsten in de thuiszorg komt naar voren dat de problemen zich met name voordoen bij de gezinszorg en niet bij de wijkverpleging (e.g. Harmsen, Groenewegen, Gerritse, Van Hulst & Vandermeulen, 1996). In het laatst genoemde onderzoek werd een gemiddelde wachttijd over instellingen van zeven weken voor gezinsverzorging gerapporteerd.

Opgemerkt moet worden dat de aantallen respondenten waarop de wachttijden voor thuiszorg in het onderhavige onderzoek berekend zijn erg klein zijn, zodat de absolute wachttijden met een ruime marge moeten worden beschouwd. Het is daarom hier wellicht informatiever om de gerapporteerde wachttijden voor thuiszorg te vergelijken met de wachttijden die de respondenten in hun situatie redelijk vonden. Ook hieruit kwam naar voren dat een kleine meerderheid van de mensen die deze vragen beantwoordden een wachttijd hadden gehad die langer was dan wat zij redelijk vonden.
Daarnaast werd weer gevraagd of men nadeel van het wachten op thuiszorg had ondervonden. Eenentwintig mensen hadden in feite geen wachttijd gehad (zij werden binnen enkele dagen geholpen) en zijn hier buiten beschouwing gelaten. Van de 35 mensen die deze vraag wel beantwoordden geeft de helft aan dat de wachttijd voor hen nadelig was. Als belangrijkste bezwaar noemden zij het feit dat zij door het wachten hun familie of kennissen met de zorg hadden moeten belasten. Uit deze bevindingen komt naar voren dat ongeveer de helft van de mensen waarbij sprake was van een zekere wachttijd (geen spoed) deze wachttijd problematisch vond. Niettemin hebben de meeste mensen geen pogingen gedaan om hun wachttijd te verkorten.

Hulpmiddelen en aanpassingen
Omdat mensen met chronische aandoeningen over het algemeen meer beperkingen ervaren dan niet-chronisch zieken werd besloten om aan de respondenten ook vragen te stellen over de wachttijden van aangevraagde hulpmiddelen of aanpassingen. Elf procent bleek in 1997 of 1998 inderdaad één of meer hulpmiddelen of aanpassingen te hebben aangevraagd.
Bij de wachttijden is een onderscheid gemaakt tussen de wachttijd tot toekenning en de totale wachttijd tot levering. De mediane wachttijd tot toekenning bedraagt twee weken; de totale mediane wachttijd (tot levering) is zes weken. Uit de gegevens komt naar voren dat aanvragen die bij de ziektekostenverzekeraar zijn ingediend een kortere wachttijd kennen dan aanvragen die bij de gemeente in het kader van de WVG zijn ingediend. De totale mediane wachttijd tot levering voor hulpmiddelen die via de ziektekostenverzekeraar zijn aangevraagd bedraagt een maand. Voor hulpmiddelen of aanpassingen die in het kader van de WVG zijn aangevraagd is dit 3,5 maanden. Bij de aanvragen voor voorzieningen vallend onder de WVG lijkt met name de tijd na toekenning tot levering erg lang. Daarom is voor enkele relatief veel aangevraagde hulpmiddelen nagegaan of de wachttijden hiervan verschillen. Hieruit kwam naar voren dat de wachttijden van woningaanpassingen en scootmobiels met een mediaan van vier maanden de langste zijn. Ook hier geldt echter dat sommige mensen een veel langere wachttijd voor hulpmiddelen of aanpassingen hadden gehad.

Aan alle mensen die een aanvraag voor hulpmiddelen of aanpassingen hadden gedaan en deze ook gehonoreerd hadden gekregen is gevraagd wat zij een redelijke (totale) wachttijd in hun situatie hadden gevonden. Bij een kleine meerderheid viel de feitelijke wachttijd binnen de door hen redelijk geachte wachttijd. Bijna de helft van de mensen had een wachttijd gekend die langer was dan wat zij redelijk vonden.

Conclusie

Mensen met chronische aandoeningen hebben regelmatig te maken met lange poliklinische toegangstijden, maar vooral met lange wachttijden voor klinische opnames (o.a. oogheelkunde, orthopedie). Een kleiner deel van de mensen met chronische aandoeningen maakt gebruik van thuiszorg of hulpmiddelen (naast medische zorg); zij hebben dan soms wel lange wachttijden gehad (voor huishoudelijke hulp of levering van bepaalde hulpmiddelen). Hoewel dit niet aan de mediane wachttijden kan worden afgelezen, kunnen de maximum wachttijden duiden op schrijnende situaties in incidentele gevallen. Of dit inderdaad het geval is kan niet uit dit onderzoek worden geconcludeerd, omdat urgentiegegevens van de respondenten niet beschikbaar waren. Ongeveer de helft van de mensen die een wachttijd voor één of meer van de genoemde zorgtypen hebben gekend, rapporteert een feitelijke wachttijd die langer is dan de volgens hen redelijke wachttijd. Toch doen de meeste mensen geen pogingen om hun wachttijd te bekorten. Wat de poliklinisch specialistenbezoeken en de ziekenhuisopnames betreft, is het grootste deel van de mensen niet bereid om naar een ander ziekenhuis in de regio te gaan. Dit wijst erop dat mensen met chronische aandoeningen veel belang hechten aan continuïteit van zorg vanuit het eigen ziekenhuis.

LITERATUUR

HARMSEN, J., GROENEWEGEN, P.P., GERRITSE, A.J., HULST, B. VAN, VANDERMEULEN, L.J.R. Ontwikkelingen in de vraag naar thuiszorg. Utrecht: NIVEL/NZi, 1996 R8311

JOOSTEN, M.E.W.H. Mag ik even passeren? Een inventariserend onderzoek naar wachtlijstomzeilende initiatieven. Rijswijk: IGZ, 1996 R8153 (12

JOOSTEN, M.E.W.H. Mag ik even passeren? Deel 2. Een inventariserend onderzoek naar wachtlijstomzeilende initiatieven. Rijswijk: IGZ, 1998

KERSSENS, J., ANDELA, M. Ziekenhuizen laten patiënt te lang wachten. Onderzoek naar wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg. Het Ziekenhuis, 8 (1994): 330-333

MINISTERIE VAN VWS. Chronisch-ziekenbeleid. Tweede Kamer der Staten-Generaal 1990 - 1991, 22025, nr. 1. Den Haag: SDU Uitgeverij, 1991

MINISTERIE VAN VWS. Wachttijden in de curatieve zorg. Notitie van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 december 1996. Tweede Kamer der Staten-Generaal 1996 - 1997, 25170, nr. 1. Den Haag: SDU Uitgeverij, 1996 k

MINISTERIE VAN VWS. Wachttijden in de curatieve zorg. Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 februari 1998. Tweede Kamer der Staten-Generaal 1997 - 1998, 25170, nr. 6. Den Haag: SDU Uitgeverij, 1998 k

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Wachtlijsten. Zoetermeer: NRV, 1994 R7128

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Standaardisatie van chroniciteitsbegrippen. Vooronderzoek naar het definiëren en specificeren van chroniciteit van gezondheidsproblemen ten behoeve van classificaties. Zoetermeer: NRV, 1995

RIJKEN, M., FOETS, M., BRUIN, A. DE. Notitie Patiëntenselectie ten behoeve van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Utrecht: NIVEL, 1997 (intern rapport)

ROOIJ, P.M. VAN, SLIGGERS, M. Wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen. Resultaten van de landelijke enquête patiëntenwachtlijsten per 1 maart 1998 en een vergelijking met de resultaten van 1 juli 1997. Utrecht: NZi, 1998 R87 5Y

SMIT, R.L.C, KRONEMAN, M. Wachtlijsten in de zorg. In: Post, D., Stokx, L.J. (red.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. *VI* Zorgbehoefte en zorggebruik. Bilthoven: RIVM, 1997 B4081

WAGNER, C., FOETS, M., PETERS, L., DEKKER, J. Haalbaarheidsstudie Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Projectvoorstel en verslag haalbaarheidsstudie. Utrecht: NIVEL, 1996