

WAAROM MOETEN PATIENTEN SOMS WACHTEN?

Een vergelijkend onderzoek naar de wachttijden van poliklinieken binnen het Canisius
Wilhelmina Ziekenhuis

Waarom moeten patiënten soms wachten?
Een vergelijkend onderzoek naar de wachttijden van poliklinieken binnen het Canisius Wilhelmina
Ziekenhuis

Esther Gelton
4504143

Masterthesis
Opleiding Bestuurskunde
Faculteit der Managementwetenschappen
Radboud Universiteit Nijmegen

In opdracht van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis

Begeleiders
Dr. C. J. Lako – Radboud Universiteit Nijmegen
Drs. T. Klijn – Canisius Wilhelmina Ziekenhuis



Radboud Universiteit Nijmegen



Voorwoord

Met deze scriptie komt er een einde aan mijn master Bestuurskunde aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. In samenspraak met mijn onderzoeksbegeleiders vanuit het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis is er voor gekozen om onderzoek te doen naar welke factoren invloed hebben op de wachttijden van een vijftal poliklinieken binnen het CWZ.

Sinds de middelbare school lag mijn interesse al in de gezondheidszorg. Om die reden heb ik voorafgaand aan de master Bestuurskunde de HBO opleiding ergotherapie afgerond. Tijdens deze studie is mijn interesse voor het managen van de gezondheidszorg ontstaan. Ik ben dan ook erg blij dat ik vanuit deze interesse deze masterthesis heb kunnen schrijven.

Allereerst wil ik graag , Thomas Klijn, mijn onderzoeksbegeleider vanuit het CWZ bedanken voor het mogelijk maken van dit onderzoek. Daarnaast wil ik graag Elien Brienen bedanken voor haar interesse in dit onderzoek en het meedenken over het onderwerp. Ik heb me erg welkom gevoeld en ik heb mijn tijd bij het CWZ als erg prettig ervaren.

Daarnaast wil ik graag mijn scriptiebegeleider vanuit de Radboud Universiteit, Christiaan Lako, bedanken voor de begeleiding van mijn onderzoek. Ik heb erg veel gehad aan onze gesprekken. Van uw expertise in de gezondheidszorg heb ik veel geleerd.

Tot slot wil ik graag mijn familie en vrienden bedanken voor hun steun in deze intensieve tijd. Mijn ouders wil ik graag bedanken voor fijne afleiding in de weekenden thuis. Daarnaast wil ik graag mijn vriendinnen bedanken die met mij velen dagen in de bibliotheek van de Radboud Universiteit hebben doorgebracht.

Esther Gelton

Nijmegen, 25 september 2017

Samenvatting

De kwaliteit van zorg wordt onder anderen gemeten aan de hand van wachttijden (Batterink, Reitsma, Bakker, Pomp, & Plu, 2016). In 2000 zijn hier Treeknormen voor opgesteld. Hierbij is de maximaal aanvaardbare wachttijd voor een poliklinische afspraak vier weken. Dit is de tijd tussen het eerste telefonische contact voor het maken van een afspraak en de afspraak zelf (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016). In 2006 is de zorgverzekeringswet ingevoerd. Hierbij moesten door middel van marktwerking en concurrentie de wachttijden omlaag gebracht worden (Van de Ven & Schut, 2010). Door verschillende factoren liepen de wachttijden echter op. Zo ook bij een aantal poliklinieken binnen het CWZ. Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen welke factoren de wachttijden van de deelnemende poliklinieken van het CWZ kunnen verklaren. Hierbij is op zoek gegaan naar een antwoord van de volgende hoofdvraag: *Hoe kunnen de wachttijden van de poliklinieken oogheelkunde, urologie, neurologie, interne geneeskunde en dermatologie van het CWZ worden verklaard?* Deze poliklinieken zijn in samenspraak met het CWZ geselecteerd.

Aan de hand van een literatuurstudie is een selectie gemaakt uit de verschillende factoren. Hierbij is onderscheid gemaakt in factoren waar het CWZ geen invloed op heeft, zoals maatschappelijke trends, en factoren waar het CWZ wel invloed op heeft. De factoren waar het CWZ wel invloed op heeft zijn meegenomen in dit onderzoek: bepaling ziekenhuisbudget, bepaling budget per patiëntencategorie, beschikbare capaciteit per patiëntencategorie, aantal specialisten, aantal verpleegkundigen, middelen voor de aanpak van de wachtlijsten, lengte van de wachtlijst, competitie tussen ziekenhuizen, ziekteverzuim op de afdeling, efficiency van het zorgproces, logistieke problemen, mate van doorstroming. Naar verwachting hebben al deze factoren invloed op de wachttijden.

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Hierbij zijn observaties uitgevoerd op de poliklinieken. Daarnaast zijn interviews gehouden met verschillende medewerkers van de poliklinieken, een functionaris van zorgverzekeraars CZ, een medewerker van de Nederlandse Zorgautoriteit, het hoofd van de afdeling Klant, Markt en Innovatie van het CWZ, de manager van de afdeling Financiën en Administratie van het CWZ en een huisarts. Daarnaast is ook een documentanalyse uitgevoerd.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de factoren bepaling van het ziekenhuisbudget en het budget per patiëntencategorie, de lengte van de wachttijden, de logistieke problemen en de mate van doorstroming geen invloed hebben gehad op de wachttijden van de vijf deelnemende poliklinieken van het CWZ. De competitie tussen ziekenhuizen heeft een kleine invloed gehad op de

wachttijden. De capaciteit per patiëntencategorie, het aantal specialisten, het aantal verpleegkundigen, de middelen voor de aanpak van wachttijden, het ziekteverzuim op de afdeling en de efficiëntie van het zorgproces hebben wel een duidelijke invloed gehad op de wachttijden. Daarnaast worden de maatschappelijke trend wel opgemerkt door de poliklinieken, maar kan nog niet aangetoond worden of deze invloed hebben op de wachttijden. Doordat de mate van invloed nogal verschilde per polikliniek worden twee aanbevelingen gedaan. Allereerst is het van belang om een analyse uit te voeren om zo te achterhalen welke factoren in welke mate invloed hebben op de betreffende polikliniek om zo een passende aanpak van de wachttijden te hanteren. Daarnaast wordt aanbevolen om het verkorten van wachttijden, waar nodig, onderdeel te maken van de cultuur op de polikliniek.

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Voorwoord | 2 |
| Samenvatting..... | 3 |
| 1. Introductie | 8 |
| 1.1. Probleemanalyse | 8 |
| 1.2. Doel- en vraagstelling | 10 |
| 1.3. Methode | 10 |
| 1.4. Maatschappelijke relevantie | 10 |
| 1.5. Wetenschappelijke relevantie | 11 |
| 1.6. Leeswijzer | 11 |
| 2. Beleidskader | 12 |
| 2.1. Zorgverzekeringswet | 12 |
| 2.1.1. Geschiedenis | 12 |
| 2.1.2. De zorgverzekeringswet | 13 |
| 2.2. Toezichhouders gezondheidszorg..... | 13 |
| 2.2.1. Autoriteit Consument en Markt | 13 |
| 2.2.2. Inspectie voor gezondheidszorg..... | 14 |
| 2.2.3. Nederlandse Zorgautoriteit | 14 |
| 2.3. Treeknormen | 14 |
| 2.4. Resume | 15 |
| 3. Theoretisch kader | 16 |
| 3.1. Ontwikkelingen in de gezondheidszorg in Nederland..... | 16 |
| 3.1.1. New Public Management | 16 |
| 3.1.2. Vergrijzing en bevolkingsgroei | 17 |
| 3.1.3. Technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg | 18 |
| 3.1.4. Medicalisering | 19 |
| 3.2. Complexiteit in de zorgsector..... | 19 |
| 3.3. Factoren voor dit onderzoek | 20 |
| 3.4. Organisatietheorie..... | 26 |
| 3.5. Conclusie | 27 |
| 3.6. Resume | 28 |
| 4. Methode | 29 |
| 4.1. Onderzoeksstrategie | 29 |
| 4.1.1. Case study..... | 29 |

| | |
|--|----|
| 4.1.2. Kwalitatief onderzoek | 29 |
| 4.2. Onderzoekseenheden | 29 |
| 4.3. Dataverzameling..... | 30 |
| 4.3.1. Documentanalyse..... | 30 |
| 4.3.2. Observaties..... | 30 |
| 4.3.3. Interviews | 30 |
| 4.4. Operationalisering..... | 32 |
| 4.5. Data-analyse | 35 |
| 4.6. Betrouwbaarheid en validiteit..... | 36 |
| 4.7. Resume | 37 |
| 5. Resultaten..... | 38 |
| 5.1. Bepaling ziekenhuisbudget..... | 38 |
| 5.2. Bepaling budget per patiëntencategorie | 39 |
| 5.3. Beschikbare capaciteit per patiëntencategorie | 41 |
| 5.4. Aantal specialisten..... | 44 |
| 5.5. Aantal verpleegkundigen..... | 45 |
| 5.6. Middelen voor de aanpak van de wachttijden..... | 47 |
| 5.7. Lengte van de wachttijden | 50 |
| 5.8. Competitie tussen ziekenhuizen | 54 |
| 5.9. Ziekteverzuim op de afdeling | 56 |
| 5.10. Efficiëntie van het zorgproces | 57 |
| 5.11. Logistieke problemen | 61 |
| 5.12. Mate van doorstroming | 63 |
| 5.13. Maatschappelijke trends..... | 65 |
| 5.14. Resume | 67 |
| 6. Conclusie | 69 |
| 6.1. Beantwoording deelvragen | 69 |
| 6.2. Beantwoording van de centrale vraag | 74 |
| 7. Discussie | 75 |
| 7.1. beperkingen van het onderzoek..... | 75 |
| 7.2. Implicaties voor verder onderzoek..... | 75 |
| 8. Referenties | 77 |
| 9. Bijlagen | 81 |
| 9.1. Vragenlijsten interviews..... | 81 |

| | |
|---|----|
| 9.1.1. Vragenlijst contactpersoon zorgverzekeraar | 81 |
| 9.1.2. Vragenlijst zorgverzekeraar | 82 |
| 9.1.3. Vragenlijst Nederlandse Zorgautoriteit..... | 83 |
| 9.1.4. vragenlijst huisarts | 84 |
| 9.1.5. Vragenlijst Manager Financiën en Administratie | 85 |

1. Introductie

1.1. Probleemanalyse

De kwaliteit van een ziekenhuis wordt vaak gemeten aan de hand van wachttijden (Batterink et al., 2016). De NZa heeft in 2015 een factsheet gepresenteerd met daarop normen voor wachttijden in de ziekenhuiszorg, de zogenoemde Treeknormen. Deze Treeknormen zijn in het jaar 2000 opgesteld door zorgverzekeraars en zorgaanbieders (Nederlandse zorgautoriteit, 2016). Zo mag er maar vier weken zitten tussen het bellen voor een afspraak en het terecht kunnen op de polikliniek. Voor de wachttijd voor diagnostiek wordt ook vier weken gehanteerd. De wachttijd voor behandeling bedraagt zeven weken (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015-a). In 2015 blijken de wachttijden te zijn toegenomen ten opzichte van 2014 (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015-b). Dit bleek voornamelijk bij de poliklinische bezoeken het geval te zijn. Bij zeven specialismen bleken de wachttijden landelijk gemiddeld hoger te zijn dan de norm van vier weken: Allergologie, Maag- darm- en leverziekten (MDL), Oogheelkunde, Pijnbestrijding/anesthesiologie, Revalidatiegeneeskunde, Reumatologie en Neurochirurgie. De wachttijden voor diagnostiek bleven bij het landelijk gemiddelde wel binnen de norm. De wachttijden voor een behandeling voor borstverkleining of buikwandcorrectie waren landelijk gemiddeld langer dan de norm van zeven weken (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015-b). Het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) in Nijmegen kwam afgelopen februari in het nieuws met de overvolle wachtkamers bij de spoedeisende hulp. De redenen die hiervoor gegeven worden zijn de vergrijzing en de complexere ziektebeelden waar de spoedeisende hulp mee te maken heeft (Wassenaar, 2017). Als verder gekeken wordt naar de wachttijden bij het CWZ zijn er meerdere specialismen op de polikliniek met wachttijden boven de norm: Geriatrie, Maag- darm en leverziekten, Oogheelkunde, Pijnkliniek, Psychiatrie, Revalidatiegeneeskunde en Urologie. Oogheelkunde heeft zelfs een uitschieter van 25 weken op 10 april 2017 in het CWZ hoofdgebouw (CWZ, 2017). Veel van de poliklinieken met lange wachttijden binnen het CWZ komen overeen met de poliklinieken die landelijk afwijken, namelijk Maag- darm- en leverziekten (MDL), Oogheelkunde, Pijnkliniek en Revalidatiegeneeskunde. Goudswaard (2007) beschrijft de trend rondom de vergrijzing in Nederland, die het CWZ als reden geeft voor de lange wachttijden. Hij geeft aan dat in 2040 het aantal 65-plussers verdubbeld zal zijn. Er komen niet alleen meer ouderen bij, de ouderen worden ook steeds ouder. Goudswaard (2007) geeft hiervoor als reden de steeds sterker ontwikkelde gezondheidszorg. Deze trend is terug te zien in de hoge wachttijden, zowel bij het landelijk gemiddelde als bij het CWZ, bij het specialisme geriatrie. Daarnaast beschrijven Schut & Van de Ven (2005) nog een ontwikkeling die de zorg heeft doorgemaakt. De concurrentie en het kosten besparend beleid in de gezondheidszorg neemt toe. Zij

benoemen dit als oorzaak voor het toenemen van de wachttijden in onder andere de ziekenhuizen. Volgens hen belemmert de lange wachttijd de toegankelijkheid van zorg. Privé klinieken zouden namelijk inspringen op deze wachttijden en zorg sneller aanbieden aan hen die dat zelf kunnen betalen (Schut & Van de Ven, 2005).

Ook Mikkers (2016) geeft aan dat concurrentie en kostenbesparend beleid voor langere wachttijden hebben gezorgd. In de jaren negentig werden de budgetten zo krap dat dit resulteerde in langere wachttijden en slechtere kwaliteit van de zorg. Hij geeft aan dat de zorgverzekeringswet in 2006 er voor moest zorgen dat er minder lange wachttijden ontstonden en dat de kwaliteit van de zorg zou verbeteren (Mikkers, 2016).

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars sluiten contracten af voor een jaar. Door middel van een private aanpak wilde de overheid zorgen voor meer concurrentie en lagere kosten. Hiervoor hebben ze de zorgaanbieders beloofd dat ze de winst die ze maken, tot €150 per patiënt per jaar, zelf mogen houden in plaats van af te geven aan de zorgverzekeraars. Hierdoor gaan zorgaanbieders meer werken met een winstoogmerk (Rosenau & Lako, 2008). Hierdoor zou verondersteld kunnen worden dat ziekenhuizen de kosten per patiënt per jaar zo laag mogelijk willen houden om de meeste winst te behalen. Hierdoor kan een ziekenhuis er voor kiezen om bepaalde patiënten te laten wachten met een behandeling tot een nieuw jaar, waarbij zij weer een nieuw budget krijgen. Wanneer dit gebeurt kunnen de wachttijden oplopen, zonder dat er daadwerkelijk patiënten op de wachtlijst staan.

In een onderzoek van Batterink et al. (2016) in opdracht van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) worden nog twee mogelijke oorzaken genoemd voor de langere wachttijden: (1) Het kan een gevolg zijn van hoge kwaliteit, patiënten kiezen bewust voor de desbetreffende specialist of behandeling, of (2) dit kan een 'gevolg zijn van slechte organisatie en logistiek'.

Ook Smethurst & Williams (2001) verwijzen in hun artikel naar de organisatie van de gezondheidszorg. Het is een zeer complex probleem, dat door veel verschillende variabelen veroorzaakt wordt. Het aanpakken van één van deze variabelen, bijvoorbeeld het inhuren van een extra werknemer, kan effect hebben op korte termijn, maar zal op lange termijn weinig invloed hebben doordat de andere variabelen nog steeds invloed hebben op het probleem.

In dit onderzoek wordt gekeken naar de mogelijke oorzaken voor de wachttijden op de poliklinieken van het CWZ. De maatschappelijk trends als vergrijzing en het kosten besparend beleid in de zorg zijn moeilijk meetbaar en zullen waarschijnlijk op alle poliklinieken van toepassing zijn. Om die reden wordt gekeken naar factoren waar het CWZ wel direct invloed op heeft, zoals bijvoorbeeld het inplannen van patiënten en personeelsmanagement. Om te zien welke methoden effectief zijn voor het verlagen van de wachttijden wordt een vergelijking gemaakt tussen drie poliklinieken met lange wachttijden en twee met korte wachttijden. Er wordt voor poliklinieken gekozen omdat het

probleem hier het meest schrijnend is. In overleg met het CWZ is gekozen voor de poliklinieken oogheelkunde, urologie en neurologie met een lange wachttijd en de poliklinieken interne geneeskunde en dermatologie met korte wachttijden.

1.2. Doel- en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen welke factoren, waar het CWZ invloed op heeft, invloed hebben op de wachttijden van de geselecteerde poliklinieken en op welke manier dit gebeurt. Hierbij worden drie poliklinieken met lange wachttijd en twee poliklinieken met korte wachttijd met elkaar vergeleken. Hierbij worden aanbevelingen gedaan voor de poliklinieken om hun wachttijden te verkorten. In dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de volgende vragen:

Centrale vraagstelling:

Hoe kunnen de wachttijden van de poliklinieken oogheelkunde, urologie, neurologie, interne geneeskunde en dermatologie van het CWZ worden verklaard?

1. Welke mogelijke verklaringen zijn er voor de lengte van de wachttijden in ziekenhuizen volgens de wetenschappelijke literatuur?
2. In welke mate verklaren de factoren, die zijn meegenomen in dit onderzoek, de toenemende wachttijden bij de poliklinieken oogheelkunde, neurologie en urologie en de korte wachttijden bij de poliklinieken dermatologie en interne geneeskunde in het CWZ?
3. Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden voor de poliklinieken in het CWZ om de wachttijden te verkorten?

1.3. Methode

Dit onderzoek is een verklarend en vergelijkend onderzoek. Vijf poliklinieken van het CWZ worden met elkaar vergeleken en er wordt een verklaring gezocht voor de lengte van de wachttijden. Allereerst wordt door middel van een literatuurstudie een algemeen beeld gevormd van de situatie in de gezondheidszorg en factoren die mogelijk invloed hebben op de wachttijden. Hiermee wordt antwoord gegeven op de eerste deelvraag. Om de hoofdvraag en de overige twee deelvragen te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van verschillende methoden voor dataverzameling. Er vindt een document analyse plaats, er worden observaties uitgevoerd, er worden interviews afgenomen en er worden kwantitatieve data verzameld, zoals de wachttijden en hoeveelheid personeel. Desondanks is dit onderzoek voornamelijk kwalitatief van aard.

1.4. Maatschappelijke relevantie

Allereerst zijn de uitkomsten van dit onderzoek relevant voor het CWZ. De aanbevelingen kunnen gebruikt worden om de wachttijden van de deelnemende poliklinieken met lange wachttijden te

verkorten. Daarnaast kunnen de aanbevelingen mogelijk bijdragen aan het verkorten van de wachttijden op andere poliklinieken die te maken hebben met wachttijden die boven de Treeknormen liggen. In een nog breder perspectief kunnen de bevindingen en aanbevelingen gebruikt worden door andere ziekenhuizen die kampen met lange wachttijden op de poliklinieken. Het verkorten van de wachttijden is belangrijk omdat een van de doelstellingen van de zorgverzekeringswet het garanderen van toegang tot de gezondheidszorg is (Van Kleef, Schut & van de Ven, 2014). Door de lange wachttijden komt dit doel in gevaar. Daarnaast zorgen de lange wachttijden voor verminderde kwaliteit van zorg (Batterink et al., 2016). Om die redenen is het van belang om de wachttijden te verkorten.

1.5. Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek kan een bijdrage leveren aan de literatuur over het efficiënt werken in publieke organisaties. Hierbij wordt, in tegenstelling tot veel huidige literatuur, specifiek gekeken naar het verkorten van de wachttijden in een complexe situatie waarin een ziekenhuis zich begeeft. In dit onderzoek wordt inzicht gegeven in welke factoren invloed hebben op de wachttijden in een complexe situatie en in welke mate dit het geval is. Op die manier kunnen implicaties gegeven worden voor verder onderzoek gericht naar deze factoren.

1.6. Leeswijzer

Allereerst worden in hoofdstuk twee, het beleid rondom de zorgverzekeringswet, zijn toezichthouders en de Treeknormen uiteengezet. Vervolgens wordt in hoofdstuk drie het theoretisch kader beschreven. Hierin wordt aan de hand van een literatuuronderzoek de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in Nederland beschreven die mogelijk invloed hebben op de wachttijden in ziekenhuizen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen factoren waar het CWZ wel en geen invloed op heeft. De factoren waar het CWZ wel invloed op heeft worden meegenomen in dit onderzoek. In hoofdstuk vier wordt de methode uiteengezet. Hierbij worden de keuzes voor de aanpak van het onderzoek toegelicht. In hoofdstuk vijf worden de resultaten van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk zes worden conclusies getrokken uit de resultaten en aanbevelingen gedaan. Tot slot worden in hoofdstuk zeven de beperkingen van dit onderzoek beschreven en implicaties gedaan voor verder onderzoek.

2. Beleidskader

In dit beleidskader worden de zorgverzekeringswet, zijn toezichthouders en de Treeknormen besproken. In de eerste paragraaf wordt eerst de ontstaanswijze van de zorgverzekeringswet uiteen gezet. Vervolgens komt de zorgverzekeringswet in zijn huidige vorm aan bod. De tweede paragraaf bespreekt de toezichthouders binnen de gezondheidszorg en hun verhouding ten opzichte van de zorgverzekeringswet. In de laatste paragraaf worden de Treeknormen besproken. Dit zijn de richtlijnen voor een acceptabele wachttijd in de zorg.

2.1. Zorgverzekeringswet

2.1.1. Geschiedenis

Vanaf 1941 is een belangrijke stap gezet voor de Nederlandse gezondheidszorg. Het ziekenfondsenbesluit, dat in dat jaar genomen werd, verplichtte degene die verzekerd waren voor de Ziektewet om zich te verzekeren bij een ziekenfonds. Hiervoor bepaalde de overheid een vast pakket aan zorg dat door een inkomensafhankelijke premie gefinancierd moest worden. Hierbij werd de helft door de werkgever en de helft door de werknemer betaald. Deze verzekeringsplichtigen moesten geaccepteerd worden door de ziekenfondsen (Van Schooneveld, 2005).

In 1964 is de ziekenfondswet ingevoerd. Hierbij werden werknemers die onder een bepaalde loongrens verdienden verzekerd door een ziekenfonds. De premie was net zoals het ziekenfondsbesluit inkomensafhankelijk en werd voor de helft door de werkgever en voor de helft door de werknemer betaald. De overheid vulde het tekort van ziekenfondsen aan zodat zij geen risico liepen. Daarnaast was er een aparte ziekenfondsverzekering voor ambtenaren met andere kenmerken. Naast de werknemers met een inkomen onder de loongrens en de ambtenaren was er nog een groep over die niet verzekerd werd door de zorgverzekeringswet, namelijk de werknemers met inkomen boven de loongrens. Zij waren toegewezen op een particuliere verzekering waarbij de premie bepaald werd op basis van leeftijd en gezondheidsrisico. 65-plussers vielen hierbij in de hoogste premiegroep met soms zeer hoge premies. In 2002 kwam hier een extra regeling bij speciaal voor personeel van academische ziekenhuizen (Van Schooneveld, 2005).

Om ook de mensen met een hoog risico te beschermen werd in 1968 de Algemene Wet Bijzondere Zorg ingevoerd, waardoor ook deze mensen een verzekering konden afsluiten. Daarnaast kwam ter ondersteuning in 1998 de 'wet op toegang tot ziektekostenverzekeringen'. Hierbij werden private ziekenkostenverzekeraars verplicht om mensen met een hoog risico te accepteren voor een basispakket die gelijk is aan het zorgverzekeringsfonds pakket (Van Schooneveld, 2005).

De kosten voor dit systeem waren erg groot. Daarom ontstond de vraag naar meer kostenbeheersing binnen de zorg. De capaciteit van zorginstellingen werden beperkt en er werden budgetten ingesteld. Hierdoor ontstonden wachtlijsten. Hiermee kwam het recht op zorg binnen redelijke termijn in

gevaar. Daarnaast ontstonden zoveel regels en wetgeving dat ziekenfondsen en zorgaanbieders niet meer toe kwamen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg (Van Schooneveld, 2005).

Om de kosten beter te kunnen beheersen en de kwaliteit van de zorg te bevorderen is toegewerkt naar meer marktwerking binnen de zorg. Een van de maatregelen die hiervoor zijn genomen zijn de zogenoemde Diagnose Behandel Combinaties (DBC) (Van Schooneveld, 2005). Een DBC is een diagnose en behandeling binnen het ziekenhuis voor één vaste prijs (NZa, z.j.-1). Dit waren de eerste stappen naar het huidige stelsel.

2.1.2. De zorgverzekeringswet

In 2006 is de Zorgverzekeringswet, samen met de Wet op zorgtoeslag, ingevoerd. Iedereen die in Nederland woont of werkt is verplicht om een basisverzekering af te sluiten. Het doel van deze wet is om gereguleerde marktwerking in de zorg op te laten treden (Van de Ven & Schut, 2010). In de Memorie van Toelichting wordt het doel beschreven als: 'meer doelmatigheid, minder centrale sturing, goede toegankelijkheid' (Tweede kamer, 2004). De uitvoering van het zorgverzekeringsstelsel ligt bij de verzekeraars. Zij mogen de winst uitkeren aan aandeelhouders. Dit zorgt voor een scherpe marktwerking (Steyger, 2006).

Iedere inwoner van achttien jaar of ouder betaalt een premie voor zijn of haar zorgverzekering. Daarnaast wordt via de belastingdienst een inkomensafhankelijke bijdrage geïnt. Deze wordt, samen met een bijdrage van de Rijksoverheid voor de verzekering van kinderen, in het zogenoemde 'Zorgverzekeringsfonds' gestort. Omdat zorgverzekeraars een acceptatieplicht hebben kunnen risicoverschillen ontstaan tussen zorgverzekeraars. Bijvoorbeeld wanneer veel mensen met een verhoogd risico allen bij dezelfde zorgverzekeraar een zorgverzekering afsluiten. Hiervoor wordt een vereveningsbijdrage betaald uit het 'Zorgverzekeringsfonds' (Van Schooneveld, 2005).

Om er voor te zorgen dat de koopkracht van huishoudens niet negatief uitvalt is de Wet op Zorgtoeslag ingevoerd (Van Schooneveld, 2005). Dit is een uitkering die wordt gefinancierd uit belastingen. Omdat hier collectief aan bijgedragen wordt is hier sprake van inkomenssolidariteit. Degenen met een hoger inkomen betalen immers ook meer belasting (Van der Most, 2005).

2.2. Toezichthouders gezondheidszorg

2.2.1. Autoriteit Consument en Markt

De Autoriteit Consument en Markt (ACM) is ontstaan op 1 januari 2013. Hiervoor werden de taken van het ACM uitgevoerd door de Consumentenautoriteit, Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Onafhankelijke Post en Telecommunicatie Autoriteit (OPTA) (ACM, z.j.). De ACM zorgt er voor dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling enkele afspraken maken die ten goede komen van de consument. Wanneer deze partijen bijvoorbeeld prijsafspraken gaan maken of het zorgaanbod beperken dan treedt het ACM op (ACM, z.j.).

2.2.2. Inspectie voor gezondheidszorg

Daarnaast is er de Inspectie voor gezondheidszorg (IGZ). Zij houden toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De IGZ is 'specifiek deskundig met betrekking tot de medisch-inhoudelijke eisen die aan goede zorgverlening moeten worden gesteld' (Aarts, 2005). De IGZ is een onafhankelijke toezichthouder die valt onder het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (Inspectie voor gezondheidszorg, z.j.).

2.2.3. Nederlandse Zorgautoriteit

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is een sectorspecifieke markttoezichthouder die toezicht houdt op de Zorgverzekeringswet (Aarts, 2005; Steyger, 2006). Hierbij heeft de NZa de bevoegdheid om informatie op te vragen bij marktpartijen, hen verplichtingen op te leggen en het reguleren van prijzen, productomschrijvingen, contractvoorwaarden en transparantie (Steyger, 2006). De NZa ziet er op toe dat op tijd de juiste zorg geleverd wordt en houdt hierbij toezicht op de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa maakt regels over welke zorg in rekening gebracht mag worden en ziet er bijvoorbeeld op toe dat zorgverzekeraars zich houden aan de acceptatieplicht (Nederlandse Zorgautoriteit, z.j.-2). In het begin vroeg men zich af of de zorgsector niet te divers en uiteenlopend zou zijn voor de NZa (Aarts, 2005; Steyger, 2006). Zorg is immers niet aan te duiden als homogeen product (Aarts, 2005).

2.3. Treeknormen

In 2000 vond een Treekoverleg plaats tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraar. Samen bepaalden zij de maximaal aanvaardbare wachttijd voor niet acute zorg. Aan dit overleg hebben de volgende partijen deelgenomen: KNMG, de OMS, de LHV, de LVT, VGN, Arcares, de KNMP, GGZ Nederland, de NVZ, de NMT, het Paramedisch Verband en ZN (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016). Het feit dat er normen zijn opgesteld voor wachttijden betekent dat dit een zorg is van de overheid (Viberg, Forsberg, Borowitz & Molin, 2013). Normen voor wachttijden is het meest voorkomende beleid voor het reduceren van wachttijden (Schut & Varkevisser, 2013). De NZa heeft de Treeknormen vastgelegd in het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw. Hierin wordt toegankelijkheid gedefinieerd als: vraaggerichtheid, gelijkheid, tijdigheid, bereikbaarheid, beschikbaarheid, continuïteit van zorg en keuzevrijheid. De wachttijden zoals in de Treeknormen geformuleerd vallen hierbij onder 'tijdigheid' (Nederlandse zorgautoriteit, 2014). Per 1 januari 2008 zijn ziekenhuizen verplicht om de wachttijden te registreren (NZa, 2009). Sinds 2009 zijn ziekenhuizen verplicht om hun wachttijden digitaal te publiceren (Schut & Varkevisser, 2013).

De Treeknormen zijn terug te vinden in tabel 1.

Tabel 1 Treeknormen

| Ziekenhuiszorg | Omschrijving | Treek-norm |
|----------------------------------|---|------------|
| Wachttijd voor Polikliniekbezoek | De tijd tussen het moment dat u belt voor een afspraak en de dag dat u op de polikliniek terechtkunt. | 4 weken |
| Wachttijd voor diagnostiek | De tijd tussen het moment dat u een afspraak maakt voor diagnostiek (zoals een MRI-scan) en het moment dat u daarvoor terechtkunt. | 4 weken |
| Wachttijd voor behandeling | De tijd tussen het moment dat u van uw arts een indicatie krijgt voor een behandeling zoals een operatie of een opname, en het tijdstip waarop die plaatsvindt. | 7 weken |

(Bron: Nederlandse Zorgautoriteit, 2015-a)

2.4. Resume

In 2006 is in Nederland de zorgverzekeringswet ingevoerd. Hierdoor wordt onder andere een goede toegankelijkheid van de zorg geboden. Binnen de zorg zijn verschillende toezichthouders. De toezichthouder die het meest betrokken is bij de zorgverzekeringswet is de Nederlandse Zorgautoriteit. Om toezicht te houden op de toegankelijkheid van zorg houdt de Nederlandse Zorgautoriteit de Treeknormen, die in 2000 ontwikkeld zijn, aan. Volgens de Treeknormen is de maximaal aanvaardbare wachttijden voor een polikliniekbezoek vier weken.

3. Theoretisch kader

In het theoretisch kader worden de factoren beschreven die invloed hebben op de wachttijden in de ziekenhuiszorg. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen factoren waar het CWZ wel invloed op heeft en waar het CWZ geen invloed op heeft. In de eerste paragraaf worden ontwikkelingen beschreven in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit zijn ontwikkelingen die invloed hebben op de wachttijden, maar waar het CWZ geen directe invloed op heeft. In de tweede paragraaf wordt de complexiteit van de zorg beschreven. Hierin komt naar voren dat de wachttijden in het ziekenhuis een complex probleem is. In de derde paragraaf worden de factoren beschreven waar het CWZ wel invloed op heeft. In paragraaf vier worden deze factoren onderverdeeld aan de hand van de organisatie theorie van Tompkins (2005). Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie in paragraaf vijf.

3.1. Ontwikkelingen in de gezondheidszorg in Nederland

3.1.1. New Public Management

Sinds de jaren 80 heeft de publieke sector een ontwikkeling doorgemaakt die benoemd wordt als New Public Management (NPM) (Hood, 1991). Hierbij worden managementmethoden vanuit de private sector gebruikt voor de publieke sector. Er wordt meer gestuurd op output. Efficiëntie, effectiviteit, kostenbesparing en meetbare doelen zijn termen die hier in terugkomen. Hood (1991, 1995) beschrijft een aantal componenten van NPM:

1. 'Hands on professional management' in the public sector. Hierbij wordt gedecentraliseerde verantwoordelijkheid gecontroleerd door personen aan de top. Diffusie van macht is hierbij niet wenselijk.
2. 'Explicit standards and measures of performance'. Er moeten standaarden beschreven worden waaraan de doelen te meten zijn. Hierdoor kan bepaald worden of beleid succesvol is.
3. 'Great emphasis on output controls'. Goede performance moet beloond worden. Hierbij staat het resultaat centraal en niet het proces.
4. 'Shift to disaggregation of units in the public sector'. Hierbij worden afdelingen opgesplitst naar beheersbare afdelingen.
5. 'Shift to greater competition in public sector'. Hierdoor zouden de kosten verminderen en de kwaliteit verbeteren.
6. 'Stress on privatesector styles of management practice'. Hierbij moet flexibeler omgegaan worden met de beschikbare middelen.

7. 'Stress on greater discipline and parsimony in resource use'. Budgetten moeten gekort worden en er moet efficiënter omgegaan worden met de beschikbare middelen.

Ook de ziekenhuizen hebben hiermee te maken gehad. Dit is terug te zien in de kostenbesparende trend en concurrentie in de zorg zoals eerder besproken (Mikkers, 2016; Rosenau & Lako, 2008; Schut & Van de Ven, 2005). Wachttijden zijn meetbare outputs, waarbij efficiëntie centraal staat. Het verkorten van wachttijden is een meetbaar doel dat past binnen de trend van NPM. Toch wordt ook opgemerkt dat kosten, efficiëntie en effectiviteit niet altijd passen binnen de publieke sector (Bode, Lange & Märker, 2017; Hood, 1991, 1995; Weeks & Wadsworth, 2013). Bode et al. (2017) beschrijven deze mismatch binnen ziekenhuizen. Zij geven aan dat de marktgerichte aanpak van managers binnen een ziekenhuis niet overeenkomt met het specialistische werk dat de professionals uitvoeren. Zowel de managers als de professionals lijken hier weinig compromissen in te willen maken. Weeks & Wadsworth (2013) geven als reden voor de mismatch tussen NPM en de zorgsector dat de publieke sector veel complexer is.

3.1.2. Vergrijzing en bevolkingsgroei

Door de toenemende bevolkingsgroei zal de vraag naar zorg ook groter worden. Garssen (2011) maakt hierbij onderscheid tussen een migratiesaldo en een natuurlijke groei. Dus het aantal immigranten min het aantal emigranten enerzijds en het geboortecijfer min het sterftcijfer anderzijds. Als gekeken wordt naar de natuurlijke groei in Nederland is hierin een stijgende lijn zichtbaar. Tussen 1960 en 2010 is het geboorteaantal met 4 miljoen toegenomen. Dit heeft een remmend effect gehad op de vergrijzing. Tegelijkertijd nam ook het aantal 65-plussers toe in Nederland. Nederland is daarmee sinds 1960 gegroeid van 11,4 miljoen naar 16,6 miljoen inwoners (Garssen, 2011).

Het toenemen van het aantal 65-plussers is vanaf 2011 in een versnelling gekomen. In dat jaar worden de eerste babyboomers 65. Daarnaast is ook voor de oorlog al sprake van een toenemend geboorte aantal (Garssen, 2011).

Naast de trend van het toenemend aantal geborenen is er ook een verlaagd sterftcijfer door de jaren heen zichtbaar. Hierbij is een wisselend beeld zichtbaar tussen mannen en vrouwen. De sterfterisico's, als gevolg van een toenemende welvaart, namen tot de jaren zeventig nog toe. In diezelfde periode nam het sterfterisico bij vrouwen juist af. In de afgelopen jaren hebben ook de mannen een inhaalslag gemaakt in het verlagen van het sterfterisico. Hiervoor zijn verschillende verklaringen. Allereerst is in de afgelopen jaren het aantal rokers sterk gedaald (Garssen, 2011; Van Dijk & Stoeldraijer, 2012). Daarnaast is het verhoogde risico op verkeersongevallen als gevolg van de nieuwe mobiliteit vanaf 1975 sterk gedaald door het verplichten van de autogordel en de bromfietshelm. De verklaring met de grootste impact is de daling van het overlijden als gevolg van

hart- en vaatziekten. Deze hart- en vaatziekten waren het gevolg van een levensstijl die beïnvloed werd door de toenemende welvaart. Daarnaast neemt het sterftcijfer vanaf 2002 nog sneller af door de ruimere zorgbudgetten (Garssen, 2011).

Het toenemende geboortecijfer en het afnemende sterftcijfer zorgen voor een natuurlijke bevolkingsgroei in Nederland. Toch beschrijft Garssen (2011) dat er in de toekomst steeds meer kinderloze vrouwen van 65 zullen zijn. Van Duin en Stoeldraijer (2012) geven ook aan dat het geboortecijfer over het algemeen het afgelopen decennium is afgenomen. Zij geven hiervoor als verklaring dat er minder vrouwen in de vruchtbaarste levensfase zitten. Hierdoor vindt een verschuiving plaats. Er zullen steeds meer niet-werkende ouderen zijn ten opzichte van de werkende bevolking. Hiermee ontstaat er veel druk vanuit de ouderen (Blank & Wats, 2009; Garssen, 2011; Van Ottendijk, 2011; Van Dijk & Stoeldraijer, 2012). Ook in de zorg zal dit terug te zien zijn. Er zijn steeds meer ouderen die zorg nodig hebben tegenover een relatief kleinere werkende bevolkingsgroep die deze zorg kan leveren.

In Nederland is de natuurlijke groei altijd groter geweest dan het migratiesaldo, maar ook dit migratiesaldo is toegenomen door de jaren heen. Sinds 2005 is dit zelfs fors toegenomen (Van Dijk & Stoeldraijer, 2012). Deze toename heeft een remmend effect gehad op de vergrijzing doordat de gemiddelde leeftijd van de allochtonen lager lag dan van autochtonen. Daarnaast heeft de huwelijksmigratie er voor gezorgd dat er veel jonge allochtone vrouwen naar Nederland zijn gekomen. Er is nog maar een klein aantal niet- westerse allochtonen die de leeftijd van 65 hebben bereikt, maar Garssen (2011) voorspelt dat ook deze groep de komende jaren zal gaan toenemen. Daarnaast wordt ook voorspeld dat de levensverwachting van mensen de komende jaren sterk zal toenemen (Garssen, 2011; Van Ottendijk, 2011; Van Dijk & Stoeldraijer, 2012). Dit wordt deels verklaard door de afname van de sterfterisico's (Van Ottendijk, 2011; Van Dijk & Stoeldraijer, 2012).

3.1.3. Technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg

Niet alleen het afnemende aantal rokers, het verminderd aantal verkeersongevallen en het verminderd aantal sterfgevallen door hart- en vaatziekten zijn sterfterisico's die hebben bijgedragen aan de langere levensverwachtingen. Ook door de medische technologische ontwikkelingen is de levensverwachting aanzienlijk toegenomen (Blank & Wats, 2009; Have, Meulen & Leeuwen, 2009). Niet alleen wordt hiermee de levenskans van pasgeborenen vergroot, maar ook het in leven houden van ouderen, door bijvoorbeeld beademingsapparatuur. Deze ontwikkelingen brachten ook ethische kwesties met zich mee. Dit besef kwam in de jaren zestig. Doordat allerlei functies van het lichaam overgenomen konden worden door technologie, kon het leven opgerekt worden. De ethische vraag hierbij is wanneer dit stopt. Wanneer kan en mag het leven niet meer gerekt worden? (Have, Meulen & Leeuwen, 2009). Deze ontwikkelingen hebben dus bijgedragen aan het verhogen van de

levensverwachting. Een andere vraag die hierbij gesteld kan worden is het nut van medische zorg op zeer hoge leeftijd. Mag er een maximum leeftijd gebonden zijn aan zorg? Daarnaast worden ook mensen met een ongezonde levensstijl in leven gehouden, zoals mensen met een chronische ziekte. Hierbij kan de vraag gesteld worden in hoeverre hier nog kwaliteit van leven is (Have, Meulen & Leeuwen, 2009). Deze technologische ontwikkelingen zorgen niet alleen naar extra vraag naar nieuwe behandelingen, maar ook naar nazorg van een groter aanbod aan verschillende behandelingen (Blank & Wats, 2009). In hoeverre de technologische ontwikkelingen bijdragen aan de vraag naar zorg is moeilijk te bepalen (Blank & Wats, 2009).

3.1.4. Medicalisering

Rond 1970 ontstond er veel discussie over medicalisering, een probleem dat ook daarvoor al speelde. Er groeide een beeld dat allerlei aandoeningen en symptomen met medicijnen op te lossen waren. (Reijnders, 2011). De discussie over wat nu 'normaal' was leidde er in 1970 toe dat de Werkgroep kritische Artsen opgericht werd. Zij vonden dat veel problemen van mensen bij de artsen terecht kwamen terwijl dit eigenlijk symptomen waren van veranderingen in de maatschappij (Reijnders, 2011). Coolen van Brakel & van Eijk (2011) stellen dat met de komst van het internet dit nog veel erger is geworden. Steeds meer symptomen werden als 'ziekte' bestempeld. Steeds meer gezonde mensen worden op verschillende manieren als ziek bestempeld. Allereerst de zogenoemde 'welvaartsziekten'. Mensen met obesitas of die roken hebben geen medicijnen nodig, maar moeten een andere levensstijl aannemen. Daarnaast komen er steeds meer psychische stoornissen bij. Drukke kinderen krijgen bijvoorbeeld al snel de diagnose ADHD. Als derde is er steeds meer aandacht voor preventieve geneeskunde. Mensen met risico op een aandoening, maar zonder klachten, krijgen ook medicijnen voorgeschreven (Coolen van Brakel & Van Eijk, 2011). Daarnaast bestaat er ook nog de medicalisering rondom ouderen. Iedereen wil zo lang mogelijk gezond blijven en daarmee ouderdom uitstellen. De geneeskunde maakt dit nu steeds meer mogelijk. Hierbij kan de vraag gesteld worden of sommige symptomen niet gewoon bij ouderdom horen en je dit op zijn beloop moet laten (Westendorp, 2011). Zaat (2011) stelt dat veel aandoeningen ook zullen genezen zonder therapie en dat medicalisering onderdeel is geworden van onze cultuur en 'gevoed wordt door angst voor risico's'. Medicalisering zou worden bewerkstelligd om een markt te creëren waardoor meer vraag is naar farmaceutische producten en zorg (Westendorp, 2011).

3.2. Complexiteit in de zorgsector

De gezondheidszorg is een complexe sector. Misschien wel één van de meest complexe sectoren wereldwijd (Harper, 2002). Zoals Kenis (2001) aangeeft: 'Wachtlijsten blijken inderdaad een bijna ideaaltypisch voorbeeld van een probleem dat gekenmerkt is door een hoge mate van complexiteit'. Dit wordt door Kenis (2001) aangeduid door de grote lijst aan factoren die invloed hebben op de

wachttijden. Weeks & Wadsworth (2013) geven ook een aantal redenen voor de mate van complexiteit in de gezondheidszorg:

1. Het verlenen van zorg heeft geen vaste set ingrediënten. Er zijn zorgpakketten opgesteld, maar het juiste zorgpakket in de juiste vorm toe te passen bij de betreffende problematiek van de patiënt is zeer complex.
2. De waarde van zorg komt niet altijd overeen met de kosten die betaald worden voor de zorg.
3. Wanneer er geen goede match gevonden wordt tussen vraag en aanbod kan dit catastrofale gevolgen hebben voor de patiënt. Dit in tegenstelling tot de private sector.
4. Binnen de gezondheidszorg mag een zorgverlener een patiënt niet uitkiezen of weigeren.

Daarnaast benoemt Harper (2002) dat de complexiteit van de zorg te maken heeft met de vele regels waarmee ziekenhuizen te maken hebben. Ook zorgt de doorstroom van patiënten door het ziekenhuis heen voor complexe problemen, bijvoorbeeld wanneer een patiënt naar een andere afdeling doorgeschoven moet worden, maar hier geen bedden vrij zijn. Als derde noemt hij dat afdelingen in het ziekenhuis ook met elkaars problemen te maken hebben. Bode et al. (2017) benadrukken dat de tegenstrijdigheid tussen doelen van managers en professionals in ziekenhuizen zorgt voor complexe situaties. Zij benoemen daarbij dat steeds meer professionals ook management taken hebben, bijvoorbeeld op de verschillende afdelingen in het ziekenhuis. Hierdoor kunnen verschillende aanpakken van de management taken ontstaan.

3.3. Factoren voor dit onderzoek

Kenis (2001) bespreekt een uitgebreide lijst aan factoren die invloed hebben op de wachttijden. De factoren beïnvloeden elkaar echter ook en 'niet altijd op lineaire wijze'. In de lijst van Kenis (2001) worden een aantal factoren genoemd waar een organisatie als het CWZ wel direct invloed op heeft en welke direct gekoppeld zijn aan de wachttijden. Dit in tegenstelling tot factoren als bevolkingsgroei, medische technologische ontwikkelingen en medicalisering. Dit zijn ook factoren die invloed hebben op de wachttijden, maar zijn dermate algemeen dat zij op alle poliklinieken ongeveer gelijke invloed zullen hebben. Daarnaast kan het CWZ de bevolkingsopbouw niet beïnvloeden, maar hier slechts op anticiperen.

De gecontroleerde competitie tussen ziekenhuizen heeft ook invloed op de wachttijden (Siciliani, Stanciole & Jacobs, 2009). Ook hier heeft het CWZ direct invloed op en om die reden wordt deze factor ook meegenomen in dit onderzoek.

De lijst met beïnvloedbare factoren van Kenis (2001) en de factor 'competitie tussen ziekenhuizen' van Siciliani et al (2009) ziet er als volgt uit:

- Bepaling ziekenhuisbudget
- Bepaling budget per patiëntencategorie
- Beschikbare capaciteit per patiëntencategorie
- Aantal specialisten
- Aantal verpleegkundigen
- Middelen voor de aanpak van de wachtlijsten
- Lengte van de wachtlijst
- Competitie tussen ziekenhuizen
- Ziekteverzuim op de afdeling
- Efficiency van het zorgproces
- Logistieke problemen
- Mate van doorstroming

Deze factoren worden nu nader besproken.

Bepaling ziekenhuisbudget en bepaling budget per patiëntencategorie

Siciliani et al. (2009) geven aan dat korte wachttijden de kosten kunnen verlagen, maar dat lang aanhoudende lange wachttijden zorgen voor extra kosten omdat deze wachtlijsten gemanaged moeten worden. Er is dus een keerpunt zichtbaar in het effect van wachttijden op de kosten. In een ziekenhuis wordt controle uitgeoefend door onder andere het budget. Steeds meer professionals in de zorg krijgen management taken toebedeeld. Abernethy & Stoelwinder (1991) geven aan dat veel professionals met management taken niet per se gericht zijn op controlemechanismen zoals de budgetten. Om een budget te hanteren is het belangrijk dat managers zich bewust zijn van de middelen die nodig zijn voor de zorg. Er moet goed gecommuniceerd worden met de medewerkers dat zij efficiënt om dienen te gaan met de middelen om de kosten te reduceren (Vaseva, Voynov, Donchev, Popov, Mutafchiyski, Aleksiev, Kostadinov & Petrov, 2016).

In 2005 werden de eerste DBC's geïntroduceerd, een Diagnose Behandel Combinatie (Nederlandse vereniging voor ziekenhuizen, z.j.). Sinds 2008 wordt vrijwel geheel gewerkt met onderhandelbare prijzen voor een DBC. Dit is een gevolg van de toename van marktwerking in de zorg. Door meer marktwerking in te voeren zouden de kosten voor zorg dalen en de kwaliteit verbeteren (Schut & Varkevisser, 2013). Hierbij zijn de DBC's opgedeeld in twee segmenten. Het B-segment zijn DBC's met een vrij onderhandelbare prijs. Het A-segment zijn een klein aantal DBC's waarvoor de prijs vast staat (Nederlandse vereniging voor ziekenhuizen, z.j.; Schut & Varkevisser, 2013). Sinds 2012 zijn ook de DBC's in het A-segment vrij onderhandelbaar, maar geldt hiervoor nog wel een maximale prijs (Nederlandse vereniging voor ziekenhuizen, z.j.). Het aantal DBC's in het A-segment beslaat in 2012

nog zo'n 30% (Krabbe-Alkemade, Groot & Lindeboom, 2017; Nederlandse vereniging voor ziekenhuizen, z.j.; Schut & Varkevisser, 2013). Door dit systeem waren ziekenhuizen niet meer gebonden aan maximale productiecapaciteiten. Hiermee zouden de wachttijden af moeten nemen (Krabbe-Alkemade et al., 2017).

Beschikbare capaciteit per patiëntencategorie

De capaciteit van een ziekenhuis of polikliniek hangt met verschillende aspecten samen, zoals het aantal bedden, behandelkamer, specialisten en verpleegkundigen, maar ook de kosten voor het creëren van een extra bed (Burdett & Kozan, 2016). Doordat zoveel verschillende aspecten meespelen kunnen er veel verschillende problemen ontstaan. Hierdoor kunnen problemen op het gebied van capaciteit verschillend zijn tussen ziekenhuizen (Burdett & Kozan, 2016). Of de capaciteit van een afdeling, of in dit geval polikliniek, toereikend is hangt af van de vraag naar zorg.

Ziekenhuizen moeten extra capaciteit, zogenoemde standby capaciteit, tot hun beschikking hebben wanneer er veel vraag naar zorg is zodat de vraag nooit boven het aanbod uit komt. Hoeveel standby capaciteit een polikliniek zou moeten hebben is afhankelijk van de kans op schommelingen in de vraag naar zorg (Siciliani et al., 2009). De capaciteit moet vrijwel gelijk zijn aan de vraag, anders ontstaan lange wachttijden. Het is niet zo dat capaciteit tijdelijk opgeslagen en later pas gebruikt kan worden (Viberg et al., 2013). Daarnaast draagt het eerder ontslaan van patiënten ook bij aan het vergroten van de capaciteit. Wanneer artsen niet wachtten tot hun middagronde voor het uitschrijven van ontslagbrieven komen bedden eerder vrij en kunnen deze sneller doorgegeven worden aan nieuwe patiënten. Hierdoor brengen patiënten minder tijd door in wachtkamers (Smith, 2003). Wanneer de statussen van bedden en patiënten digitaal bijgehouden worden kunnen vrije bedden ook eerder ontdekt worden (Smith, 2003). Ook de doorlooptijd van een patiënt is belangrijk voor de capaciteit. Hierbij is de verblijftijd, de operatietijd en de classificatie van de patiënten belangrijk (Garg, McClean, Barton, Meenam & Fullerton, 2012; Harper, 2002). De verblijftijd van een patiënt kan erg verschillen tussen verschillende specialismen (Harper, 2002). Een ziekenhuis heeft verschillende tools nodig om de capaciteit te kunnen meten (Harper, 2002). Door een goede planning te maken van de capaciteit en middelen kunnen kosten, maar ook wachttijden gereduceerd worden (Garg et al., 2012).

Aantal specialisten

Het aantal specialisten op een polikliniek hangt samen met de capaciteit van de polikliniek (Burdett & Kozan, 2016). Hierbij is het van belang om op te merken dat steeds meer professionals ingezet worden bij het management van het ziekenhuis (Abernethy & Stoelwinder, 1991). Doordat specialisten managementtaken op zich nemen zijn zij minder inzetbaar bij het onderzoeken of

behandelen van patiënten. Een van de managementtaken die specialisten vaak op zich nemen is bijvoorbeeld het Human Resource Management (HRM), het managen van personeel. Hier hebben de specialisten vaak geen ervaring mee (Kellner, Twonsend, Wilkinson, Lawrence & Greenfield, 2016). Kellner et al. (2016) geven aan dat zorgprofessionals vaak niet de technische en operationele vaardigheden hebben om dit uit te voeren. Goede HRM draagt bij aan zowel de individuele prestaties als de prestaties van de organisatie (Kellner et al., 2016).

Aantal verpleegkundigen

Ook het aantal verpleegkundigen op een polikliniek hangt samen met de capaciteit van de polikliniek (Burdett & Kozan, 2016). Wanneer meer verpleegkundigen ingezet worden kan de doorlooptijd van een patiënt verkort worden (Borghans, Kool, Lagoe & Westert, 2012). Kreindler (2008) geeft aan dat lange wachttijden niet altijd liggen aan het tekort aan personeel. Het gaat er om op welke manier personeel ingezet wordt. Zij geeft aan dat sommige professionals veel mensen op hun wachtlijst hebben en sommigen juist niemand. Wanneer je personeel efficiënt inzet zouden afdelingen of poliklinieken zonder wachtlijst patiënten kunnen zien van afdelingen of poliklinieken met een wachtlijst. De poliklinieken met korte wachttijden kunnen personeel misschien tijdelijk over dragen aan andere poliklinieken. Hiervoor is het wel belangrijk dat deze verpleegkundigen breed opgeleid zijn of, zoals Kreindler (2008) aangeeft, de werkzaamheden overeenkomen. Daarnaast geeft Kreindler (2008) ook aan dat specialisten zeer specialistisch werk leveren en daardoor bijvoorbeeld maar twee operaties op een dag kunnen uitvoeren. Door meer assistenten aan te nemen die delen van de operaties kunnen overnemen zouden deze specialisten meer operaties op een dag uit kunnen voeren. Wanneer er meer patiënten op een dag geholpen worden zullen de wachttijden verkorten. Het goed inzetten van personeel valt onder HRM. Hiervoor zijn managers nodig met expertise in HRM (Kellner et al., 2016).

Middelen voor aanpak van de wachttijden

Middelen die nodig zijn voor het verkorten van de wachttijden hangen samen met de andere factoren. De factoren die bijdragen aan de lange wachttijden van de poliklinieken moeten worden aangepakt. Er is bijvoorbeeld meer budget nodig, meer capaciteit of meer efficiëntie in het zorgproces van de patiënt. Voor vrijwel alle factoren is extra geld nodig. Hierdoor zijn de extra middelen voor de aanpak van wachttijden te herleiden naar financiële middelen. Op de poliklinieken met lange wachttijden zal dan ook onderzocht worden of er extra financiële middelen beschikbaar zijn om de lange wachttijden aan te pakken. Daarnaast kunnen eventueel ook middelen die reeds in het bezit van het ziekenhuis zijn bijdragen aan het aanpakken van wachttijden. Dit kan in de vorm van kennis of apparatuur zijn.

Lengte van de wachtlijst

Schut & Varkevisser (2013) geven aan dat het meest voorkomende beleid rondom wachttijden het stellen van een maximale wachttijd is. In Nederland zijn daarom sinds 2000 de Treeknormen opgesteld. Hierbij is de maximaal aanvaardbare wachttijd voor poliklinieken vier weken, voor diagnostiek ook vier weken en voor behandeling acht weken. De wachttijd is het aantal weken dat zich bevindt tussen het maken van de afspraak en het eerste zorgmoment (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015-a). Sinds 2009 zijn ziekenhuizen verplicht om hun wachttijden digitaal te publiceren (Schut & Varkevisser, 2013). Dit gebeurt door een maandelijkse update op de website. Door deze wachttijden door de jaren heen te bekijken wordt bekend of er schommelingen door de jaren heen plaatsvinden, of dat er sprake is van een structureel probleem. Wanneer er sprake is van schommelingen wordt gekeken naar de omstandigheden tijdens de pieken en welke factoren hier invloed op hebben gehad. Daarnaast werd door de wachttijden te publiceren werd transparantie gecreëerd. Hierdoor kunnen patiënten kiezen voor het ziekenhuis met de kortste wachttijd. Ook zorgverzekeraars spelen hier een actieve ondersteunende rol in (Schut & Varkevisser, 2013).

Competitie tussen ziekenhuizen

Het is aannemelijk dat competitie tussen ziekenhuizen zorgt voor kortere wachttijden (Siciliani et al., 2009). Schut & Varkevisser (2013) geven aan dat de invoering van competitie tussen ziekenhuizen in 2006, met de zorgverzekeringswet, de wachttijden omlaag heeft gebracht. Zelf zo laag dat in 2012 de wachttijden in de zorg niet meer op de politieke agenda stonden. Beleidsmakers maken zich nu meer zorgen om de toenemende kosten in de zorg (Schut & Varkevisser, 2013). Maar wanneer de kosten de kop in worden gedrukt, bijvoorbeeld door minder productie, ontstaan weer wachtlijsten (Schut en Varkevisser, 2013). Wachttijden werden ook gebruikt om de competitie tussen ziekenhuizen te bevorderen. Doordat sinds 2009 de wachttijden gepubliceerd moeten worden kunnen patiënten kiezen voor het ziekenhuis met de kortste wachttijden. Hiermee concurreren ziekenhuizen door de wachttijd zo laag mogelijk te houden.

Ziekteverzuim op de afdeling

Voor het ziekteverzuim binnen de zorgsector worden verschillende oorzaken genoemd. Reijenga, Zwinkels & van Vuuren (2004) benoemen een aantal persoonskenmerken waarbij meer ziekteverzuim optreedt. Zo zouden jongeren tot 35 jaar en vrouwen vaker verzuimen. Daarnaast benoemen zij ook werk gerelateerde oorzaken, zoals een gebrek aan intrinsieke motivatie en het uitvoeren van eentonig werk. Medewerkers die lange dagen maken hebben ook een verhoogd risico op ziekteverzuim (Reijenga et al., 2004). Van Deursen en Van Binnendijk (2001) geven aan dat binnen de ziekenhuiszorg de fysieke belasting en de hoge werkdruk de grootste risicofactoren zijn voor

ziekteverzuim. Doordat medewerkers ziek zijn worden minder patiënten geholpen wanneer geen vervanging beschikbaar is en hierdoor lopen de wachttijden op.

Efficiëntie van het zorgproces

Een uitgebreide aanpak van meer efficiëntie van de doorlooptijd van een patiënt leidt tot 25 % meer efficiëntie in de capaciteit in een gemiddeld ziekenhuis (Smith, 2003). Vele actoren zijn betrokken bij het zorgproces van de patiënt. Om het zorgproces zo efficiënt mogelijk te maken is dan ook de inzet van al deze actoren nodig (Smith, 2003). Wanneer het zorgproces efficiënter vormgegeven wordt is het belangrijk om veel aandacht te hebben voor de patiënt zodat hij zich niet opgejaagd voelt (Smith, 2003). Om te zorgen voor een efficiënt zorgproces op de polikliniek is het belangrijk dat de doorstroom naar andere poliklinieken of afdelingen goed verloopt (Zimmerman, 2004). Zimmerman (2004) geeft hierbij aan dat een afdeling een patiënt soepel door het hele systeem moet leiden en niet alleen door een bepaalde stap of gebied van het proces. Wanneer er een hoge mate van efficiëntie in het zorgproces is zal de verblijfsduur van een patiënt afnemen. Borghans et al. (2012) dragen een aantal manieren aan om de verblijftijd van patiënten in een ziekenhuis te verkorten. Poliklinieken zijn gericht op dagbehandeling en komen eventueel (een) extra dag(en) terug. Toch zijn er een aantal manieren die Borghans et al. (2012) aandragen mogelijk ook bruikbaar voor poliklinieken. Bij de opname is het bijvoorbeeld belangrijk dat bij opname zo snel mogelijk met de behandeling wordt gestart. Daarnaast moet er voor gezorgd worden dat patiënten meteen bij het juiste specialisme terecht komen. Ook preventie is in deze fase belangrijk om de toestroom van patiënten te voorkomen. Het inzetten van meer gespecialiseerde verpleegkundigen kan ook bijdragen aan het verkorten van de doorlooptijd (Borghans et al., 2012). Om de behandeltijd te verkorten wordt aangeraden om meer assistenten in te zetten om uitslagen van testen sneller te verkrijgen. Wanneer er toch lang gewacht moet worden op een uitslag kan de patiënt gevraagd worden om een ander moment hiervoor terug te komen. Daarnaast is communicatie tussen de personen die betrokken zijn bij het zorgproces van de patiënt belangrijk (Borghans et al., 2012). Ook op het gebied van ontslag zijn verbeterpunten mogelijk. Zo is het belangrijk om familie te betrekken voor eventuele nazorg (Borghans et al., 2012).

Logistieke problemen

Harper (2002) geeft aan dat de doorstroom van patiënten soms bemoeilijkt wordt door verschillende problemen van verschillende afdelingen. Het kan zo zijn dat een patiënt door moet stromen naar een andere afdeling, maar dat deze afdeling geen bedden meer beschikbaar heeft. Hierdoor moet op zoek gegaan worden naar een vrij bed, eventueel op een andere afdeling. Wanneer deze patiënt niet door kan stromen houdt hij namelijk een bed bezet op de huidige afdeling, waardoor hier geen

nieuwe patiënt opgenomen kan worden. Dit resulteert in langere wachttijden voor nieuwe patiënten. Borghans et al. (2012) geef aan dat het belangrijk is dat patiënten direct bij het juiste specialisme terecht komen. Binnen poliklinieken wordt niet over bedden gesproken, omdat hier sprake is van een dagbehandeling. Wel kan een patiënt een behandelkamer voor diagnostiek of dagbehandeling bezet houden wanneer hij bij een verkeerd specialisme zit. Hierdoor zal vervolgens op een andere polikliniek nogmaals onderzoek verricht moeten worden.

Mate van doorstroming

Deze factor hangt samen met de logistieke problemen, zoals hierboven genoemd. Harper (2002) geeft hier aan dat de mate van doorstroming samenhangt met andere afdelingen. Wanneer patiënten niet door kunnen stromen houden zij bedden bezet, waardoor geen nieuwe patiënten binnen kunnen stromen.

Voor het inplannen van patiënten kunnen verschillende methoden gehanteerd worden. Harper (2002) beschrijft de 'first come first served', 'longest operation time first', 'shortest operation times first' en de 'longest time first followed by shortest first'. Naar de poliklinieken vertaald kan gekeken worden bij de intake welke onderzoeken lang of kort duren en op basis daarvan een planning worden gemaakt. In dit onderzoek wordt echter gekeken naar de wachttijden zoals die binnen de Treeknormen gehanteerd worden, dus vanaf het moment van bellen voor een afspraak en de daadwerkelijke afspraak. Om die reden wordt gekeken naar de methode die hiervoor gehanteerd wordt. De vraag hierbij is of degene die telefonisch afspraken inplant een voorselectie maakt.

3.4. Organisatietheorie

Om een beeld te krijgen van de organisatie en de factoren waar de organisatie effect op heeft wordt gebruik gemaakt van de organisatietheorie. Hierbij worden verschillende perspectieven en niveaus van diverse en complexe organisaties bekeken (Tompkins, 2005). Deze organisatietheorie is op te delen in drie grote subcategorieën die met elkaar samenhangen. Allereerst de *organisation theory*, een macro level perspectief, dat kijkt naar de structuur, grootte, doelen en strategieën van de organisatie. Daarnaast de *organisation behavior*, een micro level perspectief, waarbij wordt gekeken naar de mensen in de organisatie en hun attitude, motivatie en performance. Als derde wordt gekeken naar de *management theory*, een meer praktisch perspectief, dat kijkt naar de management processen. Hierbij wordt geprobeerd de organisatie prestaties te verbeteren door middel van het verbeteren van management processen (Tompkins, 2005). Door deze drie velden met elkaar te combineren wordt duidelijk op welke manier er interdependentie is tussen de verschillende factoren die invloed hebben op de wachttijden.

De verschillende factoren die in dit onderzoek meegenomen worden kunnen onderverdeeld worden in deze drie subvelden.

Organisation theory:

- Bepaling ziekenhuisbudget
- Bepaling budget per patiëntencategorie
- Beschikbare capaciteit per patiëntencategorie
- Aantal specialisten
- Aantal verpleegkundigen
- Middelen voor de aanpak van de wachtlijsten
- Lengte van de wachtlijst
- Competitie tussen ziekenhuizen

Organisation behavior:

- Ziekteverzuim op de afdeling

Management theory:

- Efficiency van het zorgproces
- Logistieke problemen
- Mate van doorstroming

3.5. Conclusie

De gezondheidszorg is als gevolg van NPM steeds meer gericht op marktwerking en concurrentie (Hood, 1991; 1995). Daarnaast hebben zich in Nederland nog meer ontwikkelingen afgespeeld binnen de gezondheidszorg die invloed hebben op de wachttijden, zoals de bevolkingsgroei en vergrijzing (Garssen, 2011; Van Dijk & Stoeldraijer, 2012), maar ook de technologische ontwikkelingen (Have, Meulen & Leeuwen, 2009) en de medicalisering (Coolen van Brakel & van Eijk, 2011; Reijnder, 2011; Westendorp, 2011; Zaat, 2011). Dit zijn echter ontwikkelingen waar ziekenhuizen zoals het CWZ geen invloed op heeft. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren moeten de ziekenhuizen onder anderen hun wachttijden onder de gestelde Treeknormen houden. Hierbij kunnen zij inspelen op meer efficiëntie en effectiviteit bij factoren waar zij wel invloed op hebben. Daarom worden in dit onderzoek de verschillende factoren die Kenis (2001) noemt en de 'competitie tussen ziekenhuizen' waar Siciliani (2009) over spreekt meegenomen in dit onderzoek. Dit zijn de factoren waar het CWZ daadwerkelijk invloed op uit kan oefenen. Deze factoren worden geordend aan de hand van de *organisation theory* om op een overzichtelijke manier deze factoren tussen de

verschillende poliklinieken van het CWZ met elkaar te vergelijken, zie figuur 1 voor het conceptueel model. Door poliklinieken met lange en korte wachttijden, op basis van deze factoren, te vergelijken kan de invloed van de factoren op de wachttijden bepaald worden. Vervolgens worden aanbevelingen gedaan voor het CWZ om de wachttijden te verkorten.



Figuur 1: Conceptueel model

3.6. Resume

De literatuur beschrijft verschillende factoren die invloed hebben op wachttijden bij poliklinieken. De geselecteerde poliklinieken van het CWZ worden geanalyseerd op basis van de factoren waar het ziekenhuis invloed op heeft, zoals weergegeven in het conceptueel model in figuur 1.

4. Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode die gebruikt wordt voor het uitvoeren van het onderzoek nader besproken. Bij enkele van deze factoren gaat het om kwantitatieve gegevens, zoals de lengte van de wachtlijsten. De andere factoren worden met behulp van kwalitatieve onderzoeksmethoden verkregen. Allereerst wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de onderzoeksstrategie. Vervolgens worden in paragraaf twee de onderzoekseenheden besproken. Dan wordt in paragraaf drie de manier van dataverzameling uiteengezet. In paragraaf vier worden de begrippen geoperationaliseerd en de bijbehorende vragen voor de interviews weergegeven. Vervolgens wordt in paragraaf vijf beschreven op welke manier de data analyse plaats vindt. In de laatste paragraaf wordt aangegeven op welke manier omgegaan wordt met de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

4.1. Onderzoeksstrategie

4.1.1. Case study

In dit onderzoek worden vijf poliklinieken van het CWZ onderzocht. Hierbij wordt gekeken waarom de wachttijden in de ene situatie langer zijn dan in een andere situatie. Een onderzoeksmethode die hier goed bij past en een holistisch beeld geeft van de situatie is een case study. Omdat in dit onderzoek meerdere situaties met elkaar vergeleken worden spreken we van een meervoudige case study (Baarda, De Goede & Teunissen, 2009). Doordat de factoren in een bepaalde casus onderzocht worden moet hier rekening mee gehouden worden wanneer andere poliklinieken of ziekenhuizen ook met de aanbevelingen willen werken.

4.1.2. Kwalitatief onderzoek

In dit onderzoek wordt een verklaring gezocht voor de lengte van de wachttijden op de verschillende poliklinieken. Om die reden is sprake van een verklarend onderzoek. Ondanks dat er enkele kwantitatieve data verzameld wordt is dit onderzoek voornamelijk kwalitatief van aard. Gekeken wordt naar de mate van invloed die de factoren hebben op de wachttijden. Hierdoor is meer diepgang nodig dan enkel kwantitatieve data. Door middel van kwalitatieve onderzoeksmethoden, zoals een documentanalyse, observaties en interviews, wordt antwoord gegeven op de hoofd- en deelvragen.

4.2. Onderzoekseenheden

Het CWZ geeft eens per maand een update van de wachttijden van de verschillende poliklinieken. Aan de hand van deze gegevens zijn poliklinieken geselecteerd die voor dit onderzoek in aanmerking kwamen. Daarnaast is in overleg met het CWZ gekeken naar praktische aspecten voor onderzoek op de poliklinieken. Zodoende zijn vijf poliklinieken geselecteerd voor dit onderzoek. De poliklinieken oogheelkunde, neurologie en urologie zijn de drie poliklinieken met lange wachttijden die

meegenomen worden. De poliklinieken interne geneeskunde en dermatologie zijn de afdelingen met korte wachttijden die meegenomen worden in dit onderzoek. Doordat de polikliniek oogheelkunde een dermate lange wachttijd heeft, was er weinig ruimte om uitgebreid onderzoek te doen. Omdat de lange wachttijd van oogheelkunde wel interessant is voor dit onderzoek is daarom toch één interview gehouden met de manager bedrijfsvoering, die tevens ook waarnemend hoofd van de polikliniek is. Hierdoor zijn nog twee poliklinieken met een langere wachttijd meegenomen in dit onderzoek. De verhouding is hierdoor drie om twee, drie poliklinieken met een langere wachttijd en twee poliklinieken met een korte wachttijd.

4.3. Dataverzameling

De data die gebruikt wordt voor dit onderzoek wordt verkregen door middel van een documentanalyse, observaties en interviews.

4.3.1. Documentanalyse

Binnen de documentanalyse worden ook een aantal kwantitatieve data geanalyseerd. Hierbij wordt voornamelijk gekeken naar de factoren die vallen onder de organisation theory, zoals in hoofdstuk drie genoemd. Daarnaast wordt ook gekeken naar kwalitatieve data uit documenten. Hierbij wordt gekeken naar processen die op de afdelingen plaatsvinden en op welke manier wordt samengewerkt met andere afdelingen en organisaties. De poliklinieken oogheelkunde en urologie hebben zelf al een analyse uitgevoerd om wachttijden te verkorten. Deze analyses zijn meegenomen in de documentanalyse.

4.3.2. Observaties

Om een beeld te krijgen van de gang van zaken op de poliklinieken wordt per polikliniek één observatie uitgevoerd. Hierbij is meegekeken bij het inplannen van patiënten en personeel en het uitvoeren van beleid rondom de wachttijden op de poliklinieken. Daarnaast zijn ook al enkele vragen gesteld om richting te geven in de interviews. Op die manier wordt een beeld verkregen bij de gang van zaken op de poliklinieken zodat bij de interviews vragen beter gespecificeerd worden en gericht doorgevraagd wordt. Op de polikliniek urologie is meegekeken met de medisch manager en de doktersassistente. Op de polikliniek neurologie met senior doktersassistente. Op de polikliniek interne geneeskunde met het hoofd van de polikliniek. En op de polikliniek dermatologie ook met het hoofd van de polikliniek. Wegens drukte op de polikliniek oogheelkunde heeft hier geen observatie plaatsgevonden voorafgaand aan het interview.

4.3.3. Interviews

Om er voor te zorgen dat alle gekozen factoren die mogelijk invloed hebben op de wachttijden bij de

geselecteerde poliklinieken van het CWZ aan bod komen wordt gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews. Hierbij worden de vragen ingedeeld naar de gekozen factoren. Bij de factoren waarvan reeds cijfers zijn opgezocht wordt gevraagd naar een verklaring of reden. Bij de andere factoren wordt meer gevraagd naar processen om eerst een beeld te krijgen van de situatie en vervolgens zal pas naar een verklaring of toelichting gevraagd worden.

Om een goed beeld te verkrijgen van de factoren die invloed hebben op de wachttijden bij de poliklinieken worden de interviews niet beperkt tot de poliklinieken zelf. Aanvullend worden ook interviews gehouden met een functionaris van zorgverzekeraar CZ, een medewerker van de Nederlandse Zorgautoriteit, het hoofd van de afdeling Klant, Markt & Innovatie van het CWZ, het hoofd van de afdeling Financiën & Administratie van het CWZ en een huisarts.

Om de medewerkers van de polikliniek niet dubbel te belasten is er voor gekozen om de medewerkers waar de observatie heeft plaatsgevonden niet te vragen voor een interview. Wel is hen een aantal vragen gesteld tijdens de observaties. De informatie is verwerkt in de verslagen van de observaties. De volgende personen zijn geïnterviewd:

Polikliniek oogheelkunde:

- Manager bedrijfsvoering en tevens ook waarnemend hoofd.

Polikliniek urologie:

- Manager bedrijfsvoering
- Hoofd van de polikliniek
- Projectleider

Polikliniek Neurologie:

- Manager bedrijfsvoering
- Hoofd van de polikliniek

Polikliniek Interne geneeskunde:

- Doktersassistente
- Medisch manager
- Manager bedrijfsvoering

Polikliniek dermatologie:

- Doktersassistente
- Manager bedrijfsvoering

Een functionaris van zorgverzekeraar CZ

Een medewerker van de Nederlandse Zorgautoriteit

Hoofd afdeling Klant, Markt en Innovatie

Hoofd afdeling Financiën & Administratie

Een huisarts

4.4. Operationalisering

In deze paragraaf worden de factoren die mogelijk invloed hebben op de wachttijden geoperationaliseerd. Vervolgens worden ook indicaties gegeven om de informatie te achterhalen. Deze operationalisering wordt gebruikt ter ondersteuning van de documentanalyse, interviews en interpretatie van de resultaten. Op die manier ontstaat geen verwarring over de definitie van bepaalde begrippen en zijn de resultaten beter bruikbaar voor eventueel vervolgonderzoek. De vragen die voortvloeien uit de operationalisatie worden gebruikt voor de interviews met de medewerkers van de poliklinieken. De operationalisatie en interviewvragen zijn weergegeven in tabel 2. Voor de interviews met een functionaris van zorgverzekeraar CZ, een medewerker van de Nederlandse Zorgautoriteit, het hoofd van de afdeling Klant, Markt & Innovatie van het CWZ, het hoofd van de afdeling Financiën & Administratie van het CWZ en een huisarts worden afwijkende vragenlijsten gebruikt. Deze zijn terug te vinden in de bijlagen.

Tabel 2 Operationalisatie en interviewvragen

| Begrip | Definitie | Indicaties |
|--|--|---|
| Bepaling ziekenhuisbudget | Prijzen die zorgverzekeraars betalen voor zogenoemde DBC's. Hier wordt jaarlijks over onderhandeld tussen de zorgaanbieder en individuele zorgverzekeraars (Hendrikse & Schut, 2004) | <ul style="list-style-type: none">- Zijn de budgetten passend voor de situatie in het CWZ?- Wijken de budgetten wel eens af van de jaarlijkse afspraken?- Op welke manier wordt er omgegaan met deze afwijkingen? |
| Bepaling budget per patiëntencategorie | Hierbij wordt het deel van de totale inkomsten van DBC's bedoeld dat het ziekenhuis beschikbaar stelt voor de | <ul style="list-style-type: none">- In hoeverre zijn de budgetten voor de polikliniek toereikend?- Op welke manier wordt er |

| | | |
|---|--|---|
| | polikliniek. | omgegaan met tekorten of overschotten? |
| Beschikbare capaciteit per patiëntencategorie | De capaciteit van de poliklinieken wordt gemeten aan de omvang, het bereik en het aantal ziekenhuisbedden (in dit geval aantal spreekkamers/mogelijkheden) (Dutch hospital data, 2016) | <ul style="list-style-type: none"> - Hoeveel patiënten kunnen per dag op de polikliniek geholpen worden? - Wat is het bereik van de polikliniek? - Verandert de capaciteit van de polikliniek mee met de vraag naar zorg? |
| Aantal specialisten | Medisch specialisten staan ingeschreven bij de MSRC onder het betreffende onderdeel van de geneeskunde en voldoet daarmee aan de daarvoor gestelde criteria (NZa, z.j.) | <ul style="list-style-type: none"> - Hoeveel medisch specialisten zijn er op de polikliniek werkzaam? - Is dit volgens u onvoldoende of juist wel toereikend? - Hoe worden tekorten of overschotten opgelost? - In hoeverre worden management functies door de specialisten opgepakt. - Op welke manier worden specialisten hier voor opgeleid of begeleidt? - In hoeverre wordt personeel efficiënt ingezet? |
| Aantal verpleegkundigen | Hiermee wordt het aantal verpleegkundigen bedoeld dat beschikbaar per polikliniek. | <ul style="list-style-type: none"> - Hoeveel verpleegkundigen zijn er op de polikliniek werkzaam? - Is dit volgens u onvoldoende of juist toereikend? - Hoe worden tekorten of overschotten opgelost? |
| Middelen voor de aanpak van de | Hiermee worden voornamelijk financiële middelen bedoeld. | <ul style="list-style-type: none"> - Welke middelen stelt het ziekenhuis beschikbaar voor |

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| wachlijsten | Daarnaast kan dit ook bestaande kennis en apparatuur binnen het ziekenhuis zijn. | de polikliniek om de wachttijden aan te pakken? Hierbij kan gedacht worden aan financiële middelen, maar ook kennis of apparatuur die reeds in het bezit van het ziekenhuis is. |
| Lengte van de wachtlijst | De lengte van de wachtlijst is het aantal patiënten dat een geldige indicatie heeft, maar de zorg nog niet gekregen heeft (kenis, 2001). | <ul style="list-style-type: none"> - Op de website van het CWZ staat dat de huidige wachttijd op de polikliniek .. weken is. Is dit altijd al zo geweest of zijn er door de jaren heen pieken en dalen zichtbaar geweest? - Kunt u een verklaring geven voor de lengte van de wachtlijst? |
| Competitie tussen ziekenhuizen | Wachttijden van ziekenhuizen in de omgeving kunnen een reden zijn voor patiënten om voor een bepaald ziekenhuis te kiezen. | <ul style="list-style-type: none"> - In hoeverre houdt u rekening met wat andere ziekenhuizen in de omgeving doen? - Merkt u dat patiënten bij u op de polikliniek bewust voor het CWZ kiezen? - Houden zij hierbij rekening met de wachttijden bij andere ziekenhuizen uit de omgeving? |
| Ziekteverzuim op de afdeling | Hier rekent het CBS (z.j.) een formule uit die het ziekteverzuimpercentage aanduidt. In dit onderzoek wordt het aantal dagen geteld dat een personeelslid een werkdag | <ul style="list-style-type: none"> - Wat is het ziekteverzuimpercentage op de polikliniek? - Hoe wordt omgegaan met ziekteverzuim? - Zijn er voldoende |

| | | |
|--------------------------------|--|---|
| | verzuimt. | medewerkers om ziekteverzuim op te vangen? |
| Efficiëntie van het zorgproces | Hierbij is de doorlooptijd van een patiënt belangrijk. Hoe korter deze doorlooptijd is hoe meer patiënten geholpen kunnen worden en hoe korter de wachttijden zullen zijn. | <ul style="list-style-type: none"> - Hoe ziet het zorgproces van een patiënt op de polikliniek er uit? - Op welke manier wordt bijgedragen aan het efficiënt inrichten van dit zorgproces? - Op welke manier wordt met andere poliklinieken of afdelingen in het ziekenhuis samen gewerkt om het zorgproces van de patiënt zo efficiënt mogelijk te maken? |
| Logistieke problemen | Logistiek management wordt gedefinieerd als 'de analyse, ontwerp, planning en controle van al deze stappen die nodig zijn voor het verlenen van de service voor een cliënt' (Vissers & Beech, 2005). Hier kunnen problemen bij ondervonden worden. | <ul style="list-style-type: none"> - Wie coördineert het zorgproces van de patiënten? - Welke problemen worden hierbij op de polikliniek ondervonden? - Op welke manier wordt met deze problemen omgegaan? |
| Mate van doorstroming | De polikliniek is bedoeld voor consultatie en kleine behandelingen. Soms kan het voorkomen dat patiënten langer moeten blijven en dus een bed in het ziekenhuis nodig hebben. | <ul style="list-style-type: none"> - In hoeverre komt het voor dat patiënten na de polikliniek toch langer moeten blijven in het ziekenhuis? - Hoe wordt hier mee omgegaan? |

4.5. Data-analyse

Eerst vindt de documentanalyse plaats. Hierbij wordt in documenten gezocht naar informatie over de verschillende factoren. Door middel van codering zal de informatie per factoren geordend worden.

Deze informatie wordt meegenomen in de analyse. Daarnaast wordt de informatie uit de documenten gebruikt om de interviewvragen aan te scherpen.

Vrijwel gelijktijdig vinden ook de observaties plaats. Bij de observaties worden ook notities gemaakt van datgene dat waargenomen is. Hierbij worden processen binnen de poliklinieken zichtbaar waardoor hier bij de interviews beter op ingegaan kan worden. Ook kunnen antwoorden op de interviewvragen die technisch van aard zijn beter begrepen worden door de onderzoeker.

Het is belangrijk dat de interviews zorgvuldig uitgevoerd worden. Wanneer informatie tijdens de analyse blijkt te ontbreken is het lastig om hier op terug te komen. Om die reden worden na de documentanalyse en observaties de interviewvragen al meer genuanceerd of aangevuld. Om te voorkomen dat punten uit het interview gemist worden of verkeerd worden geïnterpreteerd worden de interviews opgenomen en getranscribeerd.

Per polikliniek, met uitzondering van de polikliniek oogheelkunde, worden meerdere personen geïnterviewd. De antwoorden van deze personen zullen per factoren naast elkaar gelegd worden voor de analyse.

Omdat er bij de interviews direct contact is en het doel en de werkwijze van dit onderzoek beter uitgelegd kan worden, wordt tijdens de interviews om aanvullende documenten gevraagd mocht dit ter spraken komen. Hiermee wordt de documentanalyse aangevuld waar nodig.

Wanneer de documentanalyse, observaties en interviews per factor geanalyseerd zijn wordt per factor een conclusie gegeven van de bevindingen. Vervolgens zal een algehele conclusie gegeven worden op de deelvragen en de hoofdvraag van dit onderzoek '*Hoe kunnen de wachttijden van de poliklinieken oogheelkunde, urologie, neurologie, interne geneeskunde en dermatologie van het CWZ worden verklaard?*'

4.6. Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid betekent dat wanneer je het onderzoek op precies dezelfde wijze uitvoert je precies dezelfde resultaten zou moeten krijgen (Baarda et al., 2009). Echter is dit voor kwalitatief onderzoek vrij lastig. Je onderzoekt een bepaalde situatie die zich zeer waarschijnlijk geen tweede keer in dezelfde omstandigheden voordoet. Om die reden duidt betrouwbaarheid bij kwalitatief onderzoek op de controleerbaarheid en inzichtelijkheid (Baarda et al., 2009).

Om die reden wordt er bij de documentanalyse gewerkt met codering. Op die manier worden stukken tekst letterlijk overgenomen voor de analyse en is er tussentijds geen interpretatie van de tekst mogelijk. Echter zal uiteindelijk, wanneer de stukken tekst per factor geordend zijn, toch een interpretatie plaats moeten vinden.

Bij de interviews wordt ook gewerkt met een letterlijke overname van de tekst door middel van het opnemen en transcriberen van de interviews. Op die manier kunnen woorden van de geïnterviewde niet verdraaid of verkeerd geïnterpreteerd worden. Ook wordt hiermee bijgedragen aan de volledigheid. Stukken tekst die bij de analyse gemist worden kunnen later nog terug gezocht worden.

Zowel bij de documentanalyse als bij de interviews wordt gebruik gemaakt van notities. Hierin wordt aangegeven wanneer er sprake is van subjectiviteit en wordt een toelichting gegeven op de keuze voor een bepaalde interpretatie. Op die manier wordt subjectiviteit in kaart gebracht.

Binnen kwalitatief onderzoek wordt bij de validiteit gesproken over de geldigheid van de bevindingen. Dus of de gegevens een juiste afspiegeling zijn van de gebeurtenis. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen interne en externe geldigheid (Baarda et al., 2009).

Met interne geldigheid wordt naar de onderzoeksopzet gekeken. In dit geval worden meerdere casussen, namelijk de vijf poliklinieken, met elkaar vergeleken en wordt een verklaring gezocht voor een bepaald verschijnsel. Hierbij is geen sprake van een experiment waarin de onderzoekseenheden gemanipuleerd worden. Om die reden is een case study de meest geschikte onderzoeksmethode voor dit onderzoek. De combinatie van meerder onderzoeksstrategieën is dan ook passend bij een case study om zo een volledig beeld te krijgen van de situatie.

Met de externe geldigheid wordt gekeken vanuit het gezichtspunt van de betrokkenen en wordt de situatie zo veel mogelijk intact gelaten. De onderzoeksstrategieën die hier gebruikt worden zijn documentanalyse en interviews. De documenten zijn opgesteld door de betrokkenen en de antwoorden in de interviews worden door de betrokkenen zelf gegeven. Op die manier wordt het standpunt van de betrokkenen bekeken. De onderzoeker neemt alleen waar en verandert zelf niets aan de situatie. Op die manier blijft de situatie in tact.

4.7. Resume

In dit onderzoek vindt een case study plaats. Door een triangulatie van onderzoeksmethoden te gebruiken worden de geselecteerde poliklinieken binnen het CWZ nauwkeurig onderzocht. Om de diepte in te gaan wordt zowel een documentanalyse als observaties en interviews uitgevoerd. Uit de resultaten van deze drie onderzoeksmethoden worden conclusies getrokken, de hoofd-, en deelvragen beantwoord en aanbevelingen gedaan voor de praktijk.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de observaties, documentanalyse en interviews uiteengezet. Hierbij worden per factor de verschillende poliklinieken beschreven. Iedere factor wordt afgesloten met een korte conclusie. Omdat in de verschillende onderzoeksmethoden ook de maatschappelijke trends veel naar voren zijn gekomen is er voor gekozen om deze ook te beschrijven in de resultaten, ondanks dat het CWZ hier geen directe invloed op uit kan oefenen, zoals eerder benoemd is. Tijdens het onderzoek is de wachttijd van de polikliniek neurologie gedaald tot onder de Treeknorm. Om die reden is de polikliniek neurologie veranderd van een polikliniek met een lange wachttijd, naar een polikliniek met korte wachttijd. Wel is extra aandacht geschonken aan deze daling van de wachttijd in de interviews. Buiten de interviews met medewerkers van de poliklinieken zijn er ook gesprekken met een functionaris van zorgverzekeraar CZ, een medewerker van de Nederlandse Zorgautoriteit, het hoofd van de afdeling Klant, Markt & Innovatie van het CWZ, het hoofd van de afdeling Financiën & Administratie van het CWZ en een huisarts. Deze gesprekken worden alleen benoemd wanneer deze relevant waren voor de factor.

5.1. Bepaling ziekenhuisbudget

Deze factor wordt niet beschreven aan de hand van de poliklinieken, omdat dit een factor op ziekenhuis niveau betreft.

Jaarlijks vinden onderhandelingen plaats tussen het CWZ en de zorgverzekeraars over de contractering van zorg. Het hele jaar door vinden hier gesprekken over plaats. Voor 1 april presenteert het CWZ een offerte aan de zorgverzekeraars. Deze offerte is opgebouwd vanuit de verschillende specialismen. 'Het CWZ kent ongeveer 28 specialismen'. Hierbij wordt gekeken naar resultaten uit voorgaande jaren en wordt rekening gehouden met eventuele ontwikkelingen. Daarnaast moet deze offerte ook voldoen aan bepaalde beleidslijnen van de zorgverzekeraars. In deze offerte staan prijzen voor zogenoemde DBC's. Over deze offertes vinden vervolgens nog verdere onderhandelingen plaats. Hierbij worden mogelijk ook DBC's opgedeeld in zwaardere en lichtere varianten. Hiervoor moeten vervolgens ook de prijzen opgesplitst worden naar redelijke verhoudingen. Op 1 november moeten de contracten rond zijn.

Door het jaar heen worden de begrotingen gemonitord. Door interne sturing wordt geprobeerd om niet over de begroting heen te gaan. Mocht het zo zijn dat specialismen over hun begroting heen gaan dan moet dit mogelijk op andere specialismen verhaald worden. Het CWZ moet dit achter de voordeur regelen. Mocht het zo zijn dat het CWZ over de gehele begroting heen zou gaan dan moet er worden bijgecontracteerd. Het CWZ moet kunnen aantonen dat er extra geld nodig is. Dit is een regeling waar de zorgverzekeraar liever geen gebruik van maakt. Bij het CWZ is er echter nog nooit sprake geweest van bijcontracteren.

Binnen het CWZ worden de specialisten op twee manieren gefinancierd. Sommige specialisten zijn in loondienst, zoals de neurologen en urologen. Anderen vormen een maatschap, zoals de oogartsen, internisten en dermatologen. Sinds een nieuwe financiering in 2012 zijn alle maatschappen samengevoegd tot één Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Het MSB krijgt een deel van de omzet van het ziekenhuis. Hiervan moet het MSB vervolgens zelf zijn specialisten betalen. Dit komt er dus op neer dat wanneer de specialisten van het MSB meer productie draaien, en daarmee dus meer omzet genereren, ze ook meer betaald krijgen. Daarnaast is het MSB ook verantwoordelijk voor het aannemen van extra specialisten indien nodig.

De keuze voor een maatschap of loondienst is gebaseerd op historie. Voorheen vormden alle specialisten een maatschap. In de jaren '90 zijn enkele specialisten in loondienst gegaan. Het CWZ moest hen uitkopen, maar op lange termijn zou dit goedkoper zijn voor het ziekenhuis. Anderen zijn een maatschap gebleven. De manager van de afdeling Financiën en Administratie geeft aan dat vanuit het bestuur van het CWZ voor zowel voor een maatschap als loondienst zowel voor- als nadelen te benoemen zijn. Een maatschap is zelf functionerend en gericht op goede productie, maar tegelijkertijd ook minder goed te controleren door de Raad van Bestuur. Op specialisten in loondienst heeft de Raad van Bestuur meer controle. Echter krijgen zij een maandelijks salaris, ongeacht de productie die zij draaien.

5.2. Bepaling budget per patiëntencategorie

Oogheelkunde

De polikliniek oogheelkunde geeft aan dat het budget dat zij hebben gekregen voor alsnog voldoende is. 'Het is voor nu nog steeds toereikend'. Wel geeft de manager bedrijfsvoering aan dat door het afstoten van tweedelijns zorg door het Radboud er een grote patiëntenstroom naar het CWZ plaatsvindt. Hiervoor zou de polikliniek graag meer geld willen. De zorgverzekeraar CZ geeft aan dat in deze situatie de meest ideale oplossing zou zijn dat het Radboud budget overhevelt naar het CWZ. Hiervoor moet in kaart gebracht worden om hoeveel budget dit zou gaan. Op dit moment is deze situatie aangekaart bij de zorgverzekeraar en vinden gesprekken plaats tussen het CWZ, het Radboud en CZ. Er zijn echter nog geen concrete stappen ondernomen.

Urologie

Het hoofd van de polikliniek urologie geeft aan dat de productie van de polikliniek door de jaren heen vrij stabiel is en dat zij vrijwel nooit over hun budget heen gaan. Toch kampt de polikliniek urologie met lange wachttijden. Op de polikliniek is een analyse uitgevoerd naar de capaciteit en efficiëntie. De projectleider van dit onderzoek geeft aan dat door efficiënter om te gaan met de uren van de urologen, de wachttijden weggewerkt kunnen worden. De urologen gaan hierdoor niet meer

werken en hoeven daarom ook niet meer betaald te worden. De urologen worden betaald vanuit het ziekenhuisbudget, omdat zij in loondienst zijn.

Neurologie

Aan het begin van het jaar is op de polikliniek neurologie een neuroloog langdurig ziek geweest. Hierdoor is minder productie gedraaid dan de begroting beoogde. Door de tijd van de neurologen anders in te delen en meer spreekuurtijd in te plannen wordt meer productie gedraaid om dit recht te trekken. De manager bedrijfsvoering geeft aan: 'Ons streven is wel, en de mogelijkheden zijn er ook, om de productiebegroting te halen'. Door de tijd van de neurologen anders in te richten werken de neurologen niet meer uren. Hierdoor zullen de kosten niet oplopen. De neurologen zijn in loondienst en worden dus uit het budget van de polikliniek betaald.

Interne geneeskunde

De manager bedrijfsvoering ziet in de begroting van de polikliniek interne geneeskunde weinig schommelingen. 'Algemene interne blijft ongeveer gelijk'. Qua productie loopt interne geneeskunde iets achter. 'Daar hebben we wat wachttijden en stops gehad op de SEH. Interne geneeskunde heeft daar als specialisme bovenmatig last van' geeft de manager bedrijfsvoering aan. Ook de medisch manager beaamt dit. 'We zitten dit jaar qua poli productie wat onder vorig jaar'. De extra spreekuren die de polikliniek inzet wanneer de wachttijd oploopt zorgen niet voor extra kosten omdat deze uren zo veel mogelijk in rustige tijden weer opgenomen worden. De kosten voor de internisten drukken niet op het budget van de polikliniek omdat de internisten vanuit het MSB betaald worden. Voor het overige personeel geldt dit wel. De doktersassistenten maken dit jaar wel iets meer overuren. 'Die draaien nu overuren, maar heeft vooral te maken met de invoering van het EPD', aldus de manager bedrijfsvoering.

Dermatologie

Qua budget geeft de manager bedrijfsvoering aan geen problemen te ondervinden. 'Altijd gewoon netjes beneden de begroting. Wij zijn echt de goedkoopste poli volgens mij van het hele ziekenhuis'. Het inzetten van extra spreekuren bij een olopende wachttijd hoeft ook geen extra geld te kosten. Uren die extra gewerkt worden in drukke tijden worden op rustigere momenten weer opgenomen. In het geval van de polikliniek dermatologie is het zo dat de dermatologen vanuit het MSB betaald worden. Het overige personeel wordt echter wel vanuit het budget van de polikliniek betaald. De manager bedrijfsvoering geeft aan dat wanneer de polikliniek een tekort aan capaciteit, bijvoorbeeld in de zomervakantie, op wilt vangen door middel van een medisch student vanuit het flexbureau dit alleen mogelijk is wanneer hier budget voor is.

Conclusie

De poliklinieken blijven vrijwel allemaal binnen hun budget. Ook de poliklinieken met langere wachttijden. Oplossingen worden gezocht in bestaande middelen. Er wordt efficiënter omgegaan met de tijd die het personeel heeft en waarvoor zij al betaald worden. Hierdoor ontstaan geen extra kosten wanneer de polikliniek extra productie draait. Bij de polikliniek oogheelkunde speelt het budget wel een rol. Hierover zijn gesprekken gaande om budget over te hevelen van het Radboud naar het CWZ. Wellicht dat hiermee dit probleem opgelost wordt. Een verklaring voor de aan- of afwezigheid van wachttijden kan dus niet worden gevonden in het beschikbare budget.

5.3. Beschikbare capaciteit per patiëntencategorie

Oogheelkunde

De polikliniek oogheelkunde heeft op jaarbasis ongeveer vijftig duizend contacten met patiënten blijkt uit eigen analyse van de polikliniek. Dit zijn zowel nieuwe patiënten, controle patiënten en patiënten die in behandeling zijn. Om al deze patiënten goede zorg te bieden zijn er vijftig medewerkers werkzaam op de afdeling. Dit is een team van oogartsen, doktersassistenten, verpleegkundigen, optometristen, orthoptisten, Technisch Oogheekundig Assistenten (TOA), en secretaresses. Via de website is te achterhalen dat dit acht oogartsen, vier optometristen, zeven orthoptisten, en vier TOA's zijn. De overige 27 medewerkers zijn dus de doktersassistenten, verpleegkundigen en secretaresses. Op de polikliniek zijn negentien behandelkamers beschikbaar voor dit team. Naar aanleiding van een analyse die de polikliniek heeft uitgevoerd hebben zij van de Raad van Bestuur de ruimte gekregen om extra ondersteunend personeel aan te nemen. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'we zijn dan straks weer op formatie met de oogartsen. En in principe hebben we toereikende ondersteuning, dus dat is voldoende'.

Urologie

Binnen de polikliniek urologie zijn sinds 1 juli dit jaar zes urologen werkzaam. Daarnaast zijn er nog vijf arts-assistenten, waarvan twee een specialisatie doen en drie niet in opleiding zijn. Verder wordt de polikliniek ondersteund door twee verpleegkundig specialisten en één co-assistent per week. Deze medewerkers hebben in totaal vijf kamers tot hun beschikking. De urologen geven zelf aan dat ze te weinig capaciteit hebben om de toestroom aan patiënten aan te kunnen. De analyse die op de polikliniek is uitgevoerd geeft echter aan dat dit wel toereikend is. De projectleider van de analyse geeft aan: 'We hebben aangetoond met de cijfers dat dat dus niet nodig is'. Er zouden zelfs een aantal uren over blijven. Deze kunnen gebruikt worden om de wachtlijsten, waar de polikliniek mee te maken heeft, weg te werken. Hiervoor moet wel efficiënter omgegaan worden met de uren van de urologen en moeten zij ook de 45 uur, zoals in hun contract vermeld, aanwezig zijn. Wel wordt

erkend dat één van de urologen langdurig ziek is geweest en hier geen vervanging voor was, waardoor de wachttijden zijn opgelopen. Qua beschikbare kamers moet wel een strakke planning aangehouden worden, maar ook dit zou toereikend moeten zijn.

Neurologie

Op de polikliniek neurologie zijn 11 neurologen en ongeveer vijf arts-assistenten werkzaam. Daarnaast is er ook nog ondersteunend personeel. Het ondersteunend personeel beheert de balie en verwerkt de dossiers, maar is niet werkzaam in de behandelkamer, zoals de doktersassistentes op andere poliklinieken. Zij hebben 17 kamers tot hun beschikking. De manager bedrijfsvoering en het hoofd van de polikliniek geven aan dat de hoge wachttijden aan het begin van het jaar te verklaren zijn door capaciteitsproblemen op de polikliniek. 'Begin van het jaar hadden we zieke neurologen en minder inzet van de arts assistenten'. Het tekort aan arts assistenten is te verklaren door de keuzes die de arts-assistenten mogen maken binnen hun opleiding. De polikliniek is dus afhankelijk van die keuzes voor hun planning. Op dit moment is de zieke neuroloog weer terug en zijn er ook meer arts-assistenten, waardoor de wachttijd weer onder de Treeknorm zit.

Interne geneeskunde

In totaal telt de polikliniek negentien internisten, vijf arts-assistenten, drie administratief medewerkers, 18 doktersassistenten en twee hoofden. De medewerkers hebben 18 kamers tot hun beschikking. In totaal worden 200 patiënten per dag op de polikliniek gezien. Hiervoor zijn 12 spreekuren per dagdeel beschikbaar, per dag dus 24. In principe is dit voldoende voor de polikliniek. Wel wordt aangegeven door de manager bedrijfsvoering: 'Gebouwtijd zitten we krap'. 'Kijk voor optimale inzet van dokters en doktersassistentes is gebouwtijd enige flexibiliteit nodig'. 'Die zijn er nu niet en uitwijkmogelijkheden naar andere plekken zijn er niet'. Dit probleem wordt opgelost door het openen van een spoedpoli op de spoedeisende hulp, waar kamers over zijn. In december gaat het CWZ over op een Elektronisch patiënten Dossier (EPD). De manager bedrijfsvoering geeft aan 'Dan wordt duidelijk wat voor een capaciteit we echt nodig hebben om in het papierloze tijdperk met een elektronisch patiëntendossier ons werk te kunnen doen. En de verwachting is dat dat met minder kan dan nu en dat is ook gerechtvaardigd'. In de vakantieperiode is er minder personeel aanwezig op de polikliniek. De doktersassistentes geeft aan 'We krijgen als het goed is een medisch student die komt ons helpen. En we hebben een stagiaire doktersassistentes en die blijft bij ons in de zomermaanden werken. En het personeel, dus alle doktersassistentes, gaan twee dagen extra werken'.

Dermatologie

Op de polikliniek dermatologie zijn vier dermatologen, één arts-assistent in opleiding en twee of drie

co-assistenten werkzaam. Daarnaast zijn er tien doktersassistentes en twee stagiaires die de dermatologen ondersteunen. De polikliniek wordt aangestuurd door een hoofd, die waar nodig ook mee werkt op de polikliniek. Onlangs is de polikliniek verhuisd naar een nieuwe locatie. Op de nieuwe locatie zijn zes spreekonderzoekskamers en twee behandelkamers. Daarnaast is er een backoffice waar medewerkers research kunnen doen of rapporten uit kunnen werken. Dermatologen zien gemiddeld 27 patiënten per spreekuur, dus per dagdeel op een regulier spreekuur. Doordat de polikliniek gebruik maakt van een algemeen meldpunt binnen het CWZ heeft de polikliniek slechts één medewerker nodig per dag voor de telefoon. Deze capaciteit is voor de polikliniek voldoende. De doktersassistente geeft aan 'Iedere arts heeft, als ze echt spreekuur hebben, echt de polisprekuren, dan hebben ze allemaal twee kamers, soms drie als er een dokter afwezig is, dan hebben we een luxe zeg maar'. Wanneer de wachttijden oplopen wordt direct extra capaciteit ingezet. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'Iedereen is hartstikke flexibel. En op het moment dat wachttijden dus gaan toenemen dan gaan we ook altijd starten met avondpoli's'. De uren die extra gemaakt worden door het personeel worden in rustigere tijden weer opgenomen. 'Bijvoorbeeld januari, februari zijn rustige maanden en dan hebben we minder spreekuren', aldus de doktersassistente. Op deze manier kan de polikliniek goed inspelen op de vraag naar zorg. Door de verhuizing heeft de polikliniek ook enige achterstand opgelopen. Hiervoor is een typiste van de heilkunde ingezet om de polikliniek te ondersteunen in het schrijven van bijvoorbeeld brieven. Het is ook mogelijk om een medisch student van het flexbureau extra in te zetten. De manager bedrijfsvoering geeft wel aan 'Maar dan moet je wel binnen je begroting blijven'. Ook op deze manier wordt de capaciteit tijdelijk vergroot.

Conclusie

De meeste poliklinieken kunnen de toestroom van patiënten goed aan met de huidige capaciteit. Wel zie je dat bij sommige poliklinieken de wachttijden oplopen wanneer medewerkers langdurig ziek zijn, zoals op de polikliniek neurologie. Dit wordt hersteld wanneer de polikliniek weer op formatie is. Dit laat wel zien dat er weinig speling mogelijk is in de capaciteit en niet voldaan wordt aan de zogenoemde standby capaciteit. Dit is ook terug te zien bij de polikliniek interne geneeskunde. Zij lopen tegen een ruimtegebrek aan. De polikliniek oogheilkunde heeft door middel van een analyse kunnen aantonen dat zij daadwerkelijk capaciteit tekort kwam. Om die reden hebben zij ook extra personeel gekregen. Een analyse geeft hierin veel inzicht. Zo toont dit bij de polikliniek urologie juist aan dat de capaciteit toereikend is. De polikliniek oogheilkunde en urologie hebben beiden lange wachttijden. Hiermee wordt aangetoond dat bij een gebrek aan capaciteit, al dan niet tijdelijk, de wachttijden kan oplopen, zoals bij de poliklinieken neurologie en oogheilkunde. Toch is dit niet altijd de verklaring voor een lange wachttijd, zoals bij de polikliniek urologie.

5.4. Aantal specialisten

Oogheelkunde

De manager bedrijfsvoering van de polikliniek oogheelkunde geeft aan 'We hebben vijftig medewerkers en wij hebben zowel doktersassistentes, secretaresses en verpleegkundigen, TOA's, optometristen en orthoptisten, dus er zit een heel greemium aan personeel'. Via de website is te achterhalen dat dit acht oogartsen, vier optometristen, zeven orthoptisten, en vier TOA's zijn. De overige 27 medewerkers zijn dus de doktersassistenten, verpleegkundigen en secretaresses. Naar aanleiding van een analyse is er al een personele uitbreiding geweest. Hierbij is het team uitgebreid met een TOA en een doktersassistent.

Urologie

Op de polikliniek urologie werken zes urologen, vijf arts-assistenten, twee verpleegkundig specialisten en één co-assistent. De urologen willen graag een extra uroloog in hun team. Uit de analyse die op de polikliniek is uitgevoerd blijkt dat dit niet nodig is. Wel moeten de urologen efficiënter omgaan met hun tijd en de volledige 45 uren in hun week benutten. Het hoofd van de polikliniek was voorheen medisch secretaresse.

Neurologie

Op de polikliniek zijn 11 neurologen en ongeveer vijf arts-assistenten werkzaam. Het aantal arts-assistenten wisselt door het jaar heen. Dit is afhankelijk van keuzes die zij maken over de indeling van hun studie. In het begin van dit jaar was één van de neurologen langdurig ziek. Daarnaast waren er ook minder arts-assistenten. Dit heeft er voor gezorgd dat de wachttijden op zijn gelopen. Wanneer de polikliniek op formatie is, is het aantal specialisten voldoende. Hier blijkt echter wel uit dat wanneer de formatie iets minder is de wachttijden oplopen. Bij een grotere zorgvraag zou het kunnen zijn dat de huidige formatie niet toereikend is. Hier is voor alsnog geen sprake van.

Interne geneeskunde

Op de polikliniek interne geneeskunde werken 19 internisten en vijf arts-assistenten, dus 24 specialisten in totaal. De doktersassistente geeft aan 'En dan hebben we ook nog de diabetes verpleegkundigen en die draaien hier ook spreekuur en die hebben dus hun eigen administratieve kracht'. De medisch specialist geeft aan 'Specialisten en AIOS hebben lange tijd wel op goede hoeveelheid gezeten. De laatste paar maanden zitten we wat krap zeg maar'. Er zijn echter niet voldoende kamers om alle specialisten hun werk te laten doen, laat staan extra personeel aan te nemen. Op dit moment zijn de wachttijden van de polikliniek onder de Treeknorm. Hieruit kan opgemaakt worden dat het aantal specialisten voor alsnog toereikend is. Bij een grotere zorg vraag kunnen echter geen extra specialisten aangenomen worden wegens gebrek aan ruimte. De hoofden

spelen goed in op wachttijden. Ook werken zij zelf mee wanneer er een tekort is aan personeel. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'Als er iemand ziek is en ze komen personeel tekort, dan gaan de afdelingshoofden gewoon achter de telefoon zitten als dat nodig is'.

Dermatologie

Op de polikliniek dermatologie werken vier dermatologen, één dermatoloog in opleiding en twee of drie co-assistenten. Dit is toereikend. De manager bedrijfsvoering geeft aan dat het hoofd van de polikliniek erg strak op de planning zit. Wanneer iemand ziek is, wordt hier gelijk op geanticipeerd.

Conclusie

Het aantal specialisten op een polikliniek heeft invloed op de capaciteit. In sommige gevallen heeft dit ook invloed op de wachttijd. De polikliniek oogheelkunde heeft door middel van een analyse aan kunnen tonen dat extra ondersteunend personeel nodig waren. Dit is door de Raad van Bestuur ook gehonoreerd. Bij de polikliniek urologie is juist uit analyse gebleken dat extra specialisten niet nodig waren om de wachttijden weg te werken. Na de personele uitbreiding van de polikliniek oogheelkunde zijn alle vijf de poliklinieken op formatie. Wel laat de polikliniek interne geneeskunde zien dat bij een grotere zorgvraag er geen ruimte is qua kamers om extra personeel aan te nemen. Ook de polikliniek neurologie laat zien dat er bij een grotere zorgvraag wellicht niet voldoende personeel is, omdat bij uitval van personeel de wachttijd oploopt. Dit kan problemen opleveren in de toekomst. Ook de zorgverzekeraar merkt dit op. 'Er zijn geen werkloze medisch specialisten in Nederland'. Bij de poliklinieken dermatologie en interne geneeskunde, met korte wachttijden, zijn de hoofden erg bedreven, anticiperen op ziekte van personeel en springen waar nodig bij op de polikliniek.

5.5. Aantal verpleegkundigen

Oogheelkunde

Op de polikliniek oogheelkunde werken vier optometristen, zeven orthoptisten, en vier TOA's zijn. De overige 27 medewerkers zijn dus de doktersassistenten, verpleegkundigen en secretaresses. Dit personeel is ter ondersteuning van de acht oogartsen. Oogheelkunde is een specialisme waarbij landelijk veel vraag is naar zorg. In Nederland zijn al verschillende pilots gestart, zo ook in Bernhoven, waarbij optometristen een eerste screening doen bij patiënten. Door een optometrist in de eerste lijn te zetten wordt de instroom van patiënten naar de polikliniek gereguleerd. Veel patiënten kunnen daardoor in de eerste lijn blijven. Oogheelkunde is een dermate complex specialisme dat een huisarts wellicht niet toereikend is om de grote vraag naar oogheelkundige zorg aan te kunnen. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'Optometristen zijn natuurlijk wel heel erg gewend om naar ogen te kijken'. De polikliniek oogheelkunde van het CWZ wilt hier nu ook mee starten. De polikliniek

hoopt hiermee de toestroom van patiënten te kunnen remmen. ‘Dus je ziet ook dat zo dra je een optometrist als poortwachter naast een huisarts zet, dat 60% van de zorg zoals die nu in het ziekenhuis plaats vindt eigenlijk in de eerste lijn kan blijven’, aldus de manager bedrijfsvoering. Naar aanleiding van de analyse die is uitgevoerd op de polikliniek is extra ondersteunend personeel aangenomen. Het gaat hierbij om een TOA en een doktersassistent.

Urologie

Het hoofd van de polikliniek geeft aan dat er voldoende ondersteunend personeel is. Wel zijn de assistentes voor het draaien van spreekuren afhankelijk van de urologen. De assistentes zijn er gedreven om de wachtlijsten weg te werken. De manager bedrijfsvoering geeft aan ‘Die zeiden laat ons alsjeblieft extra spreekuren draaien om die wachttijden weg te werken, want het regent aan klachten aan de telefoon’.

Neurologie

Op de polikliniek neurologie zijn ongeveer 12 doktersassistentes werkzaam. Vrijwel allemaal parttime. Dit komt neer op ongeveer 7 fte. Opvallend aan de polikliniek neurologie is dat de doktersassistentes niet ondersteunen in de spreekkamers. Hierdoor hebben zij geen invloed op de het verloop van de spreekuren en dus ook de wachttijd. De manager bedrijfsvoering en het hoofd geven aan ‘Maar doktersassistentes hebben geen invloed op de toegangstijden’. De doktersassistentes beheren de balie en de telefoon en zorgen dat de patiëntendossiers verwerkt worden.

Interne geneeskunde

In totaal zijn er 18 doktersassistentes, twee hoofden en drie administratieve krachten werkzaam op de polikliniek. De medisch manager geeft aan: ‘Qua doktersassistenten denk ik dat er daar veel te weinig van zijn’. Eén van de doktersassistentes geeft echter aan dat dit wel voldoende is. Zeker voor het aantal kamers dat op de polikliniek beschikbaar is. De internisten op de polikliniek zijn afhankelijk van de doktersassistentes voor het draaien van spreekuren, ‘Je hebt doktersassistenten en andere ondersteuners nodig om er voor te zorgen dat die specialisten de patiënten kunnen zien’, aldus de medisch manager.

Dermatologie

‘We zijn met tien doktersassistenten, met senior erbij dan, dus puur voor het werk zijn wij met tien’ geeft de doktersassistent aan. Daarnaast zijn er ook twee stagiaires die de doktersassistentes ondersteunen.. De doktersassistentes zijn erg belangrijk in de ondersteuning van de dermatologen. Een dermatoloog heeft twee of drie kamers tot zijn beschikking. De doktersassistentes bereiden de

patiënten voor en wanneer de dermatoloog is geweest doen zij ook de nazorg. De doktersassistente geeft aan 'Dan ga ik de afspraken maken, eventueel extra uitleg geven, een hechting verwijderen, net wat nodig is'.

Conclusie

Doktersassistenten en ondersteunend personeel zijn erg belangrijk voor het draaien van de spreekuren. Op de polikliniek dermatologie wordt door een goede inzet van de doktersassistenten efficiënt omgegaan met de tijd van de dermatologen. Opvallend is dat de doktersassistenten op de polikliniek neurologie niet ondersteunen in de behandelkamer. De reden hiervoor is niet bekend. Na de personele uitbreiding op de polikliniek oogheelkunde geven alle poliklinieken aan dat er voldoende ondersteunend personeel is. Doordat er landelijk veel vraag is naar oogheelkundige zorg gaat de polikliniek oogheelkunde nu ook ondersteunend personeel in de eerste lijn plaatsen om de toestroom van patiënten naar de polikliniek af te remmen. In de pilots die onder anderen in Bernhoven plaatsvinden, lijkt dit goed te werken. Of dit ook geldt voor de polikliniek oogheelkunde van het CWZ moet nog blijken, maar dit is wel aannemelijk.

5.6. Middelen voor de aanpak van de wachttijden

Oogheelkunde

De polikliniek oogheelkunde is op verschillende manieren bezig met het aanpakken van de wachttijden. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'Wat je nu ziet in het land is dat er een aantal pilots plaatsvinden waarin de optometrist naast de huisarts wordt gezet. Een soort nieuwe poortwachter voor de oogheelkundige zorg'. Hiermee wordt geprobeerd om de toestroom van patiënten naar de polikliniek te reduceren. Zo is er laatst ook een pilot gestart in Bernhoven, het ziekenhuis in Uden. De polikliniek hoopt hiermee minder nieuwe patiënten op de wachtlijst te krijgen. 'Dus je ziet ook dat zodra je een optometrist als poortwachter naast een huisarts zet, dat 60% van de zorg zoals die nu in het ziekenhuis plaatsvindt eigenlijk in de eerste lijn kan blijven', aldus de manager bedrijfsvoering. Daarnaast zou dit tevens ook de kosten reduceren, doordat de optometristen goedkoper zijn dan oogartsen. De zorgverzekeraar geeft ook aan dat er meer taakherschikking en substitutie plaats moet vinden. Naast deze substitutie van zorg geeft de polikliniek ook aan extra spreekuren te gaan draaien om de huidige wachtlijst weg te werken. 'De oogartsen gaan echt vrije dagen terugkomen om toch die wachtlijst toch weg te werken eigenlijk'. Daarnaast is ook een analyse op de polikliniek uitgevoerd waaruit is gebleken dat er extra personeel nodig was.

Urologie

Het belangrijkste middel dat is ingezet om de wachttijden aan te pakken is de analyse geweest die op

de polikliniek urologie is uitgevoerd. De urologen waren van mening dat er een extra uroloog aangenomen moest worden. Uit de analyse bleek dat dit niet het geval is. Door efficiënter om te gaan met de tijd van de urologen kunnen meer patiënten gezien worden. Daarnaast moesten de urologen de werkuren in hun contract ook optimaal benutten. Dit zijn echter permanente veranderingen die plaats moeten vinden. De projectleider van de analyse geeft aan dat wanneer deze veranderingen structureel doorgevoerd worden er slechts een aantal extra spreekuren gedraaid hoeven te worden om de wachttijden te reduceren.

Neurologie

In het begin van het jaar is één van de neurologen langdurig ziek geweest. Daarnaast waren er op dat moment minder arts-assistenten. Hierdoor is de wachttijd opgelopen. Om de wachtlijsten weg te werken worden extra spreekuren gedraaid. De neurologen zijn in loondienst en hebben een vast aantal uren in hun werkweek. Door deze uren anders in te delen wordt extra tijd gecreëerd om spreekuren te draaien. Hierbij worden de taken geprioriteerd. De manager bedrijfsvoering en het hoofd geven aan 'Ze doen dat dan vaak op momenten waar ze andere taken hadden'. Voorgaande jaren werden ook de spreekuurtijden per patiënt verkort om zo meer patiënten te kunnen zien en zo de wachttijden weg te werken. Daar was nu geen sprake van.

Interne geneeskunde

Wanneer wachttijden op de polikliniek oplopen worden meer nieuwe patiënten ingepland. De doktersassistente geeft aan 'Ja want op een gegeven moment als het te lang op gaat lopen gaan artsen dus zelf in hun schema's kijken. Dan zeggen ze nou we gaan allemaal een extra nieuwe patiënt zien op de dag dat ze eigenlijk 's morgens geen spreekuur hebben'. In de zomervakantie is minder personeel aanwezig. Tegelijkertijd zijn ook veel patiënten op vakantie. De maanden hier omheen zijn wat drukker. 'September is echt een hele drukke maand dan altijd. En juni ook want dan willen ze nog voor de vakantie toch even bij de dokter langs', aldus de doktersassistente. Onder het personeel is ook veel bereidheid en flexibiliteit. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'Het is een heel enthousiast gedreven team'. 'Als er iemand ziek is en ze komen personeel tekort, dan gaan de afdelingshoofden gewoon achter de telefoon zitten als dat nodig is'. 'Voldoende flexibiliteit is wezenlijk om goed in te kunnen spelen op dingen die spelen'. Vanuit het management van het CWZ worden weinig middelen beschikbaar gesteld. De medisch manager geeft aan 'Ja middelen voor aanpak van de wachtlijst, daar worden we vooralsnog onvoldoende in ondersteund'.

Dermatologie

Wanneer de wachttijd op de polikliniek dermatologie oploopt worden extra spreekuren ingezet. De doktersassistente geeft aan 'Wij proberen dan toch [de wachttijd] wat te verminderen door extra

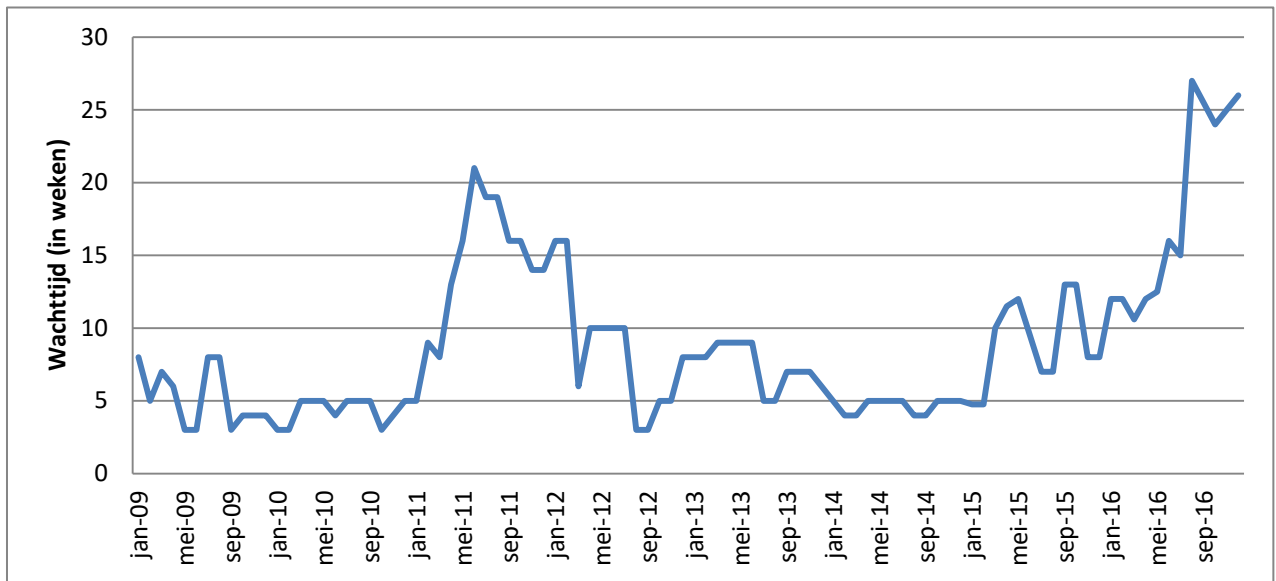
spreekuren in te zetten'. De manager bedrijfsvoering geeft aan dat het personeel erg flexibel inzetbaar is hiervoor. 'Iedereen is harstikke flexibel. En op het moment dat wachttijden dus gaan toenemen dan gaan we ook altijd starten met avondpoli's. En iedereen draait daar dan de hand niet voor om'. Daarnaast wordt ook extra capaciteit ingezet door bijvoorbeeld de typiste van de polikliniek heelkunde of een medisch student van het flexbureau in te zetten. Deze extra middelen zijn voor de polikliniek toereikend.

Conclusie

Voor de poliklinieken met korte wachttijden is het voldoende om extra spreekuren te draaien wanneer hun wachttijd oploopt. Opvallend is dat bij de poliklinieken met specialisten in loondienst de huidige uren anders ingevuld worden. Bij de poliklinieken waarbij de specialisten een maatschap zijn wordt extra tijd vrijgemaakt om extra spreekuren te draaien. Deze tijd wordt vaak op rustige momenten weer opgenomen. In beide gevallen worden er op jaarbasis geen extra kosten gemaakt. Bij de poliklinieken oogheelkunde en urologie, met langdurige lange wachttijden, is een uitgebreide analyse gemaakt. Bij oogheelkunde werd aangetoond dat er extra personeel nodig was. Bij urologie was meer efficiëntie in het gehele zorgproces nodig. Hierbij was alleen het inzetten van extra spreekuren niet toereikend. Door een analyse kon achterhaald worden welke middelen nodig waren. De wachttijden op de polikliniek oogheelkunde waren dermate hoog, wat ook een landelijk probleem is, dat hier extra maatregelen genomen moesten worden. Om die reden wordt nu onderzocht of meer substitutie naar de eerste lijn mogelijk is door hier extra optometristen te plaatsen. De zorgverzekeraar geeft ook aan dat op lange termijn ook meer substitutie plaats moet vinden naar de eerste lijn en taakherschikking nodig is, waarbij ondersteunend personeel taken van de specialisten overnemen. Dit zou een oplossing zijn voor het tekort aan specialisten dat de zorgverzekeraar in de toekomst voorziet. Daarnaast geeft de zorgverzekeraar aan dat zij specialismen wijzen op voorbeelden elders in Nederland waar het goed verloopt. De NZa en zorgverzekeraar geven beide ook aan dat zorgbemiddeling belangrijk is bij het reduceren van wachttijden. Dit is een taak van de zorgverzekeraar om patiënten te wijzen op zorginstellingen met kortere wachttijden waar zij eerder geholpen kunnen worden. Dit gebeurt wel alleen als de patiënt hier om vraagt.

5.7. Lengte van de wachttijden

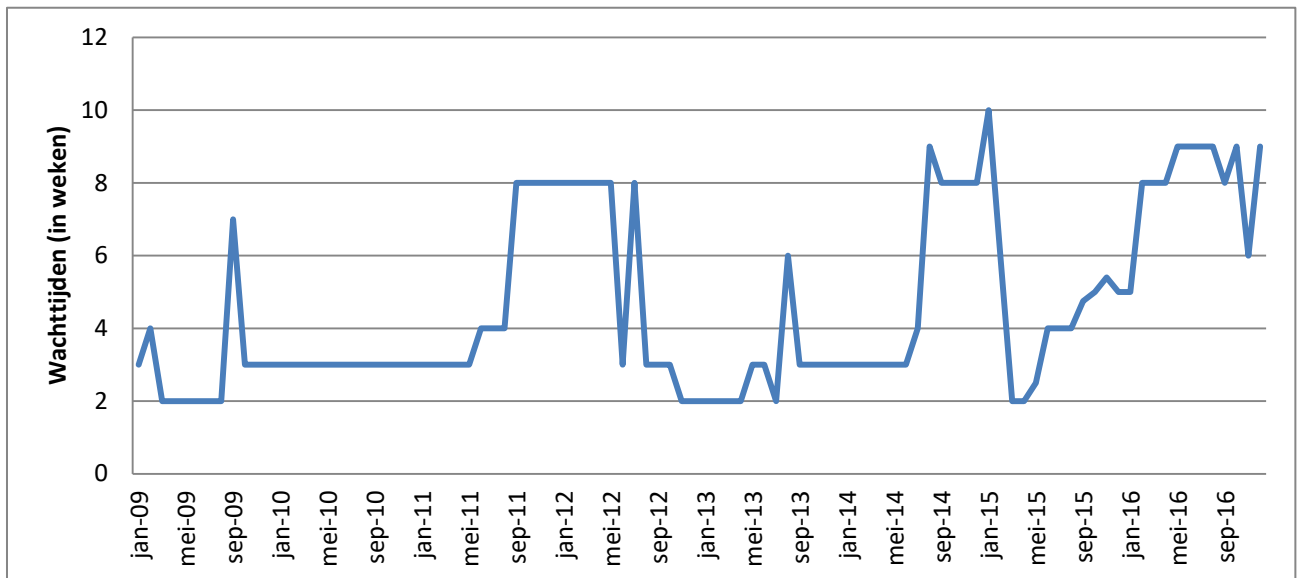
Oogheelkunde



Figuur 2 Wachttijden polikliniek oogheelkunde

De manager bedrijfsvoering geeft aan 'Het feit dat we een lange toegangstijd hebben heeft te maken met het Radboud in feite geen verwijzing meer accepteert van huisarts, dus ze doen echt alleen nog maar derdelijns zorg'. De zorgverzekeraar CZ geeft aan dat dit inderdaad een probleem is dat bij hen is aangekaart. Zij zijn echter nog aan het onderzoeken of dit daadwerkelijk invloed heeft gehad op de wachttijden van de polikliniek oogheelkunde in het CWZ. Daarnaast merkt de polikliniek ook op dat hun lange wachttijden consequenties hebben voor hun marktpositie. 'Je ziet nu wel dat mensen weglopen. Dat willen we voorkomen', aldus de manager bedrijfsvoering. Toch kent ook dit zijn grenzen. 'Maar het gros van de mensen komt wel gewoon naar het ziekenhuis in de regio, zo werkt het wel'. De wachttijden van de polikliniek oogheelkunde zijn weergegeven in figuur 2. Hierin is zichtbaar dat de wachttijden vanaf 2015 erg oplopen.

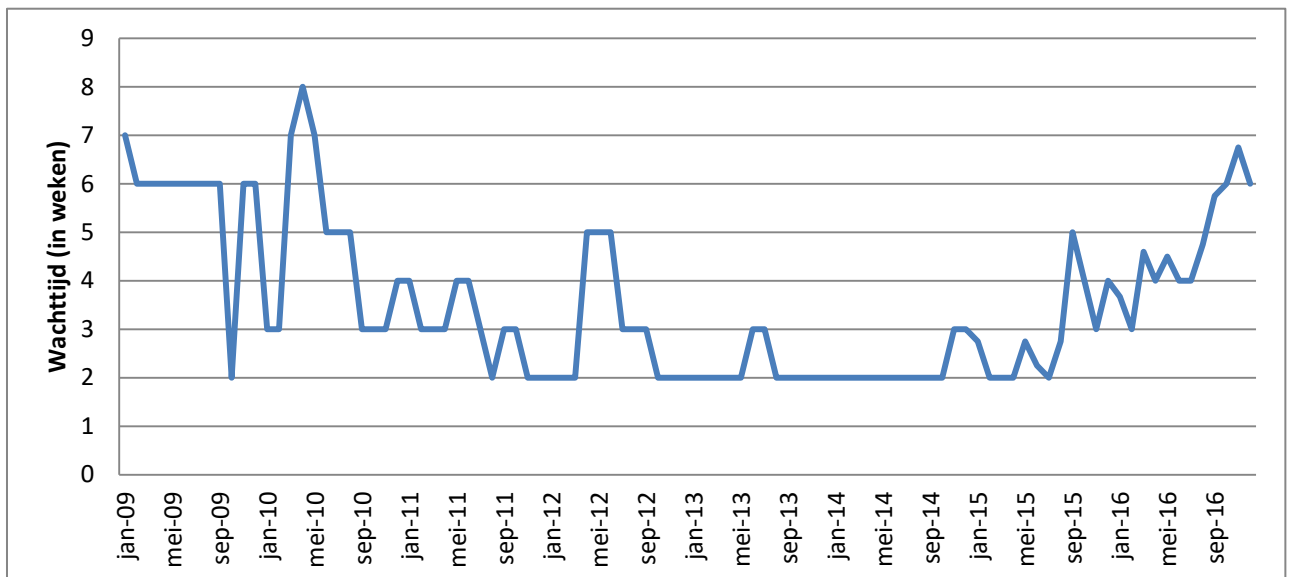
Urologie



Figuur 3 wachttijden polikliniek urologie

De polikliniek kampt al lange tijd met lange wachttijden, zoals zichtbaar in figuur 3. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'gigantische lange wachttijden, die spelen al zeker 6, 7 jaar'. Wel zijn in die jaren een aantal momenten te zien waarop de wachttijden wel onder de Treeknormen zitten.

Neurologie

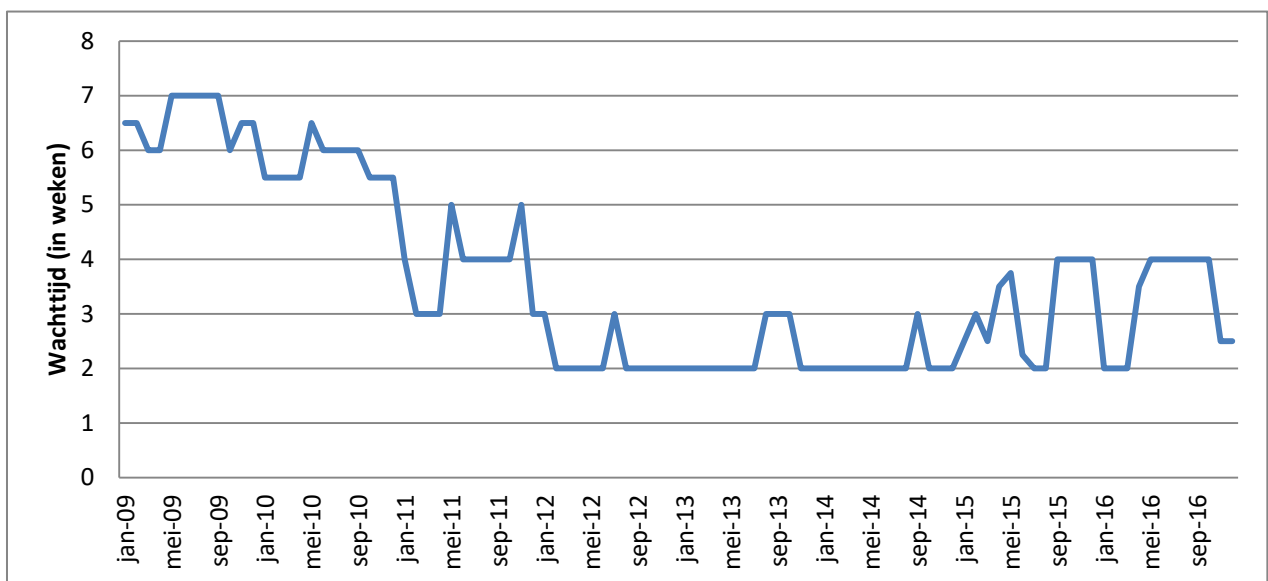


Figuur 4 Wachttijden polikliniek neurologie

De manager bedrijfsvoering en het hoofd van de polikliniek neurologie geven aan over de wachttijd 'Dat is eigenlijk altijd op of onder de Treeknorm. En als er rare dingen gebeuren zoals zieken of zo

dan stijgt die tot een week of vier of vijf'. Dit is ook zichtbaar in figuur 4. Wel is het zo dat begin dit jaar een arts langdurig ziek is geweest. Daarom is de wachttijden opgelopen tot boven de Treeknorm. Nu de polikliniek weer op formatie is zijn de wachttijden weer gereduceerd tot onder de treeknormen. In augustus 2017 is de wachttijd 4 weken. Daarnaast hebben lange wachttijden ook invloed op de patiënten toestroom. 'Als de wachttijden te ver laat oplopen, dan gaan er mensen naar de burens', aldus de manager bedrijfsvoering en het hoofd. Toch blijven sommige patiënten wel graag bij hetzelfde ziekenhuis. 'Mensen komen dan weer graag terug naar het CWZ'.

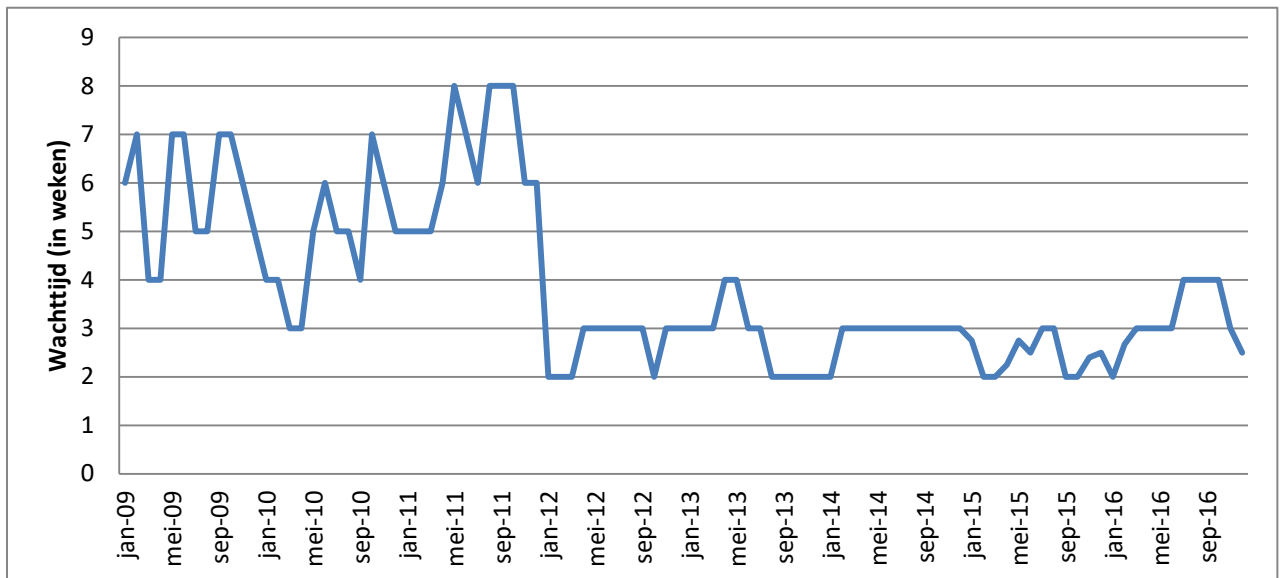
Interne geneeskunde



Figuur 5 Wachttijden polikliniek interne geneeskunde

De polikliniek interne geneeskunde blijft al jaren onder de treeknorm van vier weken, zoals zichtbaar in figuur 5.. De doktersassistente geeft aan 'Dan zien we dat en dan trekken we aan de bel en dan gaan we kijken of we toch eerder iets kunnen doen'. De polikliniek is hier zelf alert op 'Maar de leiding zit daar wel heel erg achterheen. Dus die zien dat ook snel. En wij geven ook aan jongens de wachttijd loopt op', aldus de doktersassistente. 'Er is natuurlijk wel een vakantieperiode, dat heeft natuurlijk wel invloed op de wachttijden. Als er meer artsen weg zijn, wordt het vaak wat langer'.

Dermatologie



Figuur 6 Wachtijden polikliniek dermatologie.

De doktersassistente geeft aan '30 dagen ofzo staat er geloof ik. Ik weet het niet precies. Maar dat is echt, voor ons doen is dat echt heel lang. We zijn gewend aan twee weken'. De reden die hiervoor gegeven wordt is dat huidkanker veel in het nieuws komt. De polikliniek ziet daardoor een grotere toestroom. 'En ook in de regio, iedereen heeft langere wachtlijden', aldus de doktersassistente. Daarnaast wordt ook de vakantie periode genoemd als oorzaak. De manager bedrijfsvoering noemt hierin ook 'de achterstand die we hebben opgelopen door de verhuizing'. Door het jaar heen zijn ook schommelingen zichtbaar in de wachttijd, zoals in figuur 6 wordt weergegeven. De doktersassistente geeft aan 'Januari, februari zijn hele rustige maanden'. 'En dan ineens vanaf maart denkt iedereen, oh ja eigen risico, laat ik toch maar gaan. En dan schiet ie ineens omhoog naar een week of twee'. Hierin speelt ook de vakantieperiode mee. 'vanaf september gaan we weer kijken van goh hoe is het dan met de wachttijd. Want dan is de volle bezetting er weer'.

Conclusie

Doordat de wachttijden sinds 2009 verplicht vermeld moeten worden door de poliklinieken wordt inzichtelijk hoe de wachttijden zich ontwikkelen door de jaren heen. Zo wordt zichtbaar dat vrijwel alle poliklinieken door de jaren heen fluctueren in hun wachttijd. De poliklinieken interne geneeskunde en dermatologie zitten al jaren onder de Treeknorm. Bij de polikliniek neurologie komt de wachttijd eind 2016 en begin 2017 boven de Treeknorm. Dit is te verklaren door een langdurig zieke medewerker. De polikliniek oogheelkunde en urologie zitten vaker boven de Treeknorm dan daar onder. De polikliniek oogheelkunde loopt zelfs op naar 25 weken. Hiermee wordt aangetoond dat de wachttijden bij de poliklinieken urologie en oogheelkunde een structureel probleem zijn en bij

de polikliniek slechts een eenmalige uitschieter, door personeelstekort in die periode. Wanneer de huisarts een patiënt naar een polikliniek verwijst neemt hij ook de wachttijden mee in zijn overweging. Een hoge wachttijd kan dus betekenen dat patiënten naar poliklinieken gaan waar zij eerder geholpen worden. Toch geven de poliklinieken wel aan dat mensen graag naar het CWZ komen. Hierdoor lijkt een hoge wachttijd van een polikliniek niet altijd invloed te hebben op de keus van de patiënt.

5.8. Competitie tussen ziekenhuizen

Oogheelkunde

De polikliniek oogheelkunde geeft aan dat een deel van de lange wachttijden op hun polikliniek te verklaren is door het sluiten van de tweedelijns zorg van het Radboud. Dit vond ongeveer eind 2015 plaats. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'Het feit dat we een lange toegangstijd hebben heeft te maken met het Radboud, dat in feite geen verwijzing meer accepteert van de huisarts, dus ze doen echt alleen nog maar derdelijns zorg'. Hierin komt ook de competitie rondom budget naar voren. Doordat patiënten in de tweedelijns zorg van het Radboud naar het CWZ gaan, zou hiervoor ook budget overgeheveld moeten worden. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'Ziekenhuizen zitten daar natuurlijk niet op te wachten dat ze minder budget krijgen, dus dat is een heel moeilijk spanningsveld eigenlijk'. De zorgverzekeraar CZ geeft aan op de hoogte te zijn van deze situatie. Zij monitoren dit nu. Er is nog geen duidelijke aanwijzing dat hier ook sprake zou moeten zijn van het overhevelen van budget. Het meest ideale zou zijn wanneer ziekenhuizen hier zelf uitkomen. Ziekenhuizen en poliklinieken kunnen elkaar ook ondersteunen. Zo gebruikt de polikliniek oogheelkunde de pilots die onder anderen bij Bernhoven op dit moment lopen om hun eigen netwerk aan optometristen neer te zetten die zullen functioneren als poortwachters voor de polikliniek oogheelkunde van het CWZ.

Urologie

De manager bedrijfsvoering van de polikliniek urologie geeft aan zelf goed contact te hebben met de leidinggevende van de polikliniek urologie van het Radboud door eerdere werkervaring bij het Radboud. De polikliniek is op dit moment bezig met het opzetten van een prostaatcentrum samen met het Radboud en het Catharina ziekenhuis in Eindhoven. Op dit gebied werkt de polikliniek van het CWZ samen met andere ziekenhuizen. Wel geeft de manager bedrijfsvoering aan dat eerst de wachttijd van de polikliniek van het CWZ omlaag moet voordat aan het prostaatcentrum gewerkt kan worden. 'Als je pretendeert een prostaatcentrum te zijn voor het Radboud en het Catharina ziekenhuis, dan moet je gewoon zorgen dat je wachttijden 2 weken zijn'.

Neurologie

De polikliniek neurologie geeft aan dat sinds een jaar of twee, drie geleden het Radboud geen MS patiënten meer aanneemt. Dit heeft invloed gehad op de polikliniek van het CWZ.

Interne geneeskunde

De doktersassistente geeft aan weinig contact te hebben met ziekenhuizen uit de omgeving. 'Nee eigenlijk nooit'. De medisch manager geeft aan dat dit op beleidsniveau iets meer is. 'We werken wel samen, met name op beleidsmatig daar zeg maar'. Ook de manager bedrijfsvoering geeft aan dat het contact met ziekenhuizen in de omgeving goed is. Wel lijkt de polikliniek interne geneeskunde een streepje voor te hebben bij huisartsen. 'De huisartsen hier die verwijzen eerder naar het CWZ door dan naar het Radboud of er moet iets apart zijn'. De polikliniek merkt verschillen in het soort patiënten dat bij de verschillende ziekenhuizen komen. 'De echt Nijmegenaar, die komt hier', aldus de doktersassistente.

Dermatologie

Niet alleen de polikliniek dermatologie van het CWZ kampt met iets langere wachttijden. De doktersassistente geeft aan 'Ook in de regio, iedereen heeft langere wachttijden. We zijn nog steeds degenen in de regio met de kortste wachttijden, op de mauritskliniek na. Maar dat is ook een stukje privékliniek'. Ze geven aan dat huidkanker de laatste tijd veel in het nieuws is en dat daardoor de toestroom van patiënten oploopt. Er is ook samenwerking met bijvoorbeeld het Radboud. 'En dan zijn er bepaalde behandelingen die wij niet uitvoeren en die worden dan in het Radboud wel gedaan. Dus dan hebben we toch wel een kort lijntje met het Radboud', aldus de doktersassistente. Daarnaast vindt ook overleg plaats tussen dermatologen van het CWZ en het Radboud over bepaalde aandoeningen. De doktersassistente geeft aan 'Dus dan hoeven die mensen niet per se naar het Radboud om daar gezien te worden'. Op management niveau is minder sprake van samenwerking. De manager bedrijfsvoering geeft wel aan 'De lijnen met het Radboud zijn voor mij wel kort omdat ik zelf bij het Radboud gewerkt heb'. Verder is er op management niveau weinig behoefte nog aan samenwerking. Er wordt ook een verschil aangeduid in het soort patiënten dat de ziekenhuizen bezoekt. Het CWZ is daarin kleinschaliger en laagdrempelig. De doktersassistente geeft aan 'Radboud staat daar ook wat meer om bekend dat ze wat meer het academische en wat ingewikkeldere problemen zien'.

Conclusie

Het Radboud is duidelijk het ziekenhuis waarmee het CWZ de meest intensieve relatie heeft. Het Radboud ligt ook geografisch gezien het dichtst bij het CWZ. Veel poliklinieken hebben echter geen direct contact met poliklinieken van het Radboud. Hierdoor lijken ze niet te concurreren in

efficiëntie, kostenbesparing of het verkorten van de wachttijd. Dit is dus geen reden waardoor wachttijden verkort worden. Wanneer het CWZ bepaalde tweedelijns zorg afstoot, is dit merkbaar bij het CWZ. Ook de manager Financiën en Administratie, het hoofd Klant, Markt en Innovatie en de huisarts erkennen dit.

5.9. Ziekteverzuim op de afdeling

Oogheelkunde

Het ziekteverzuim op de polikliniek is een tijd lang erg hoog geweest. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'Het is natuurlijk een hoge turn over polikliniek. Er komen heel veel patiënten op een dag', 'mensen ervaren het ook allemaal als hoge werkdruk'. Om dit ziekteverzuim terug te dringen is meer ondersteunend personeel aangenomen. Hiermee zou de werkdruk van de medewerkers afnemen.

Urologie

Het ziekteverzuim op de polikliniek urologie wordt vrijwel niet aangekaart in de data. Het lijkt er op dat dit geen invloed heeft op de polikliniek. Wel geeft het hoofd van de polikliniek aan dat de werkdruk is toegenomen doordat er meer vraag is naar complexe zorg.

Neurologie

Aan het begin van het jaar was één van de neurologen langdurig ziek. Dit heeft effect gehad op de wachttijd. Daarnaast waren nog meer medewerkers ziek. Het ziekteverzuim lag daardoor boven hun streefgetal. De oorzaken van dit ziekteverzuim heeft echter niet te maken met de werkdruk. De manager bedrijfsvoering en het hoofd geven aan 'Nee volgens mij hebben we geen ziekteverzuim dat daaraan gerelateerd is'. Wanneer ondersteunend personeel ziek is wordt een extra kracht via het flexbureau opgeroepen. Wanneer een neuroloog ziek is wordt dit anders opgelost. 'Eén dag wordt opgevangen door een collega, dezelfde dag van ziek melden. En de dag erop gaan we kijken of we patiënten kunnen verzetten', aldus het hoofd.

Interne geneeskunde

De manager bedrijfsvoering geeft aan dat het ziekteverzuim op de polikliniek oploopt en op dit moment boven de norm ligt. De reden die hij hier voor geeft is onder andere de hoge werkdruk. De medisch manager geeft ook aan 'Tot nu toe waren er een paar zieken, zwangerschapsverlof'. De internisten moeten bij ziekte hun eigen spreekuren inhalen. De doktersassistente geeft aan 'Stel dat de arts door belt dat de hij ziek is en er hebben al twee patiënten zich aangemeld, dan ziet één van de andere artsen ze. Maar we proberen zo veel mogelijk af te bellen en dan houden we dat spreekuur apart voor als de arts er weer is'.

Dermatologie

De manager bedrijfsvoering geeft aan 'Toevallig hebben we nu wel een langdurig zieke. Ja dan zie je gelijk dat het ziekteverzuim 10% is bij wijze van spreken, omdat je één zieke hebt op zo'n klein team'. Dit ziekteverzuim wordt opgevangen door het inzetten van extra personeel van de polikliniek dermatologie, of eventueel een andere polikliniek zoals de polikliniek heelkunde, of een medisch student vanuit het flexbureau. Voordat deze medewerker langdurig ziek werd was het ziekteverzuim altijd erg laag. 'Altijd 0, 0,5%. Het laagste ziekteverzuim van het ziekenhuis', aldus de manager bedrijfsvoering. Wanneer één van de dermatologen zich ziek meldt worden alle spreekuren van die dag afgezegd. Vervolgens gaan de andere dermatologen kijken of zij de patiënten kunnen overnemen.

Conclusie

Op de poliklinieken oogheelkunde en urologie, met lange wachttijden, word aangegeven dat er een hoge werkdruk is. Op de polikliniek oogheelkunde wordt aangegeven dat deze hoge werkdruk ook invloed heeft op het ziekteverzuim. Ook op de andere poliklinieken is ook sprake van langdurig zieken. Echter wordt hierbij aangegeven dat dit niet te maken heeft met de werkdruk op de polikliniek, maar met andere gebeurtenissen, zoals zwangerschapsverlof. Het is dus aannemelijk dat een hoge werkdruk zorgt voor een hoger ziekteverzuim. De polikliniek neurologie laat zien dat een hoog ziekteverzuim bijdraagt aan langere wachttijden. Zo kwamen zij begin dit jaar boven de Treeknorm onder anderen doordat één van hun neurologen langdurig ziek was. Toch zijn er ook poliklinieken, zoals interne geneeskunde en dermatologie, die ook te maken hebben met ziekteverzuim, maar die toch de wachttijd onder de Treeknorm kunnen houden.

5.10. Efficiëntie van het zorgproces

Oogheelkunde

Voorafgaande aan het zorgproces wordt de patiënt geïnformeerd over wat hem te wachten staat. Hiermee worden verwachtingen geschept over het zorgproces. Vervolgens loop de patiënt verschillende 'stationnetjes' door. De manager bedrijfsvoering geeft aan dat erg op gelet wordt om zo min mogelijk herhaalbezoeken uit het zorgproces te halen. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'Dus daar zit niet veel winst te halen'. De polikliniek oogheelkunde is veel bezig met de transitie van zorg. Zo vindt taakherschikking plaats naar de eerste lijn, maar ook binnen de tweede lijn. Door meer zorg te laten doen door de eerste lijn of ondersteunend personeel in de tweede lijn kunnen de oogartsen efficiënt omgaan met hun tijd. Daarnaast zijn de oogartsen heel flexibel en spelen in op veranderingen op de polikliniek, wat de efficiëntie ten goede komt.

Urologie

Uit de analyse die dit jaar op de polikliniek urologie is uitgevoerd komt naar voren dat het meest heikele punt van de polikliniek de efficiëntie in het zorgproces is. Zo moet beter gebruik gemaakt worden van de beschikbare kamers. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'Sommige mensen zitten iedere dag op de kamers terwijl ze gewoon administratie aan het doen zijn. Ja die kamers moeten worden ingezet voor extra spreekuren'. Daarnaast moeten de spreekuren van de urologen anders gepland worden. Door bijvoorbeeld voor een langere tijd dezelfde taak uit te voeren, zoals spreekuur lopen, kunnen meer patiënten gezien worden dan wanneer een uroloog in korte tijd vaak moet wisselen van taak. Wel kwam naar voren in de analyse dat veel consulten uitliepen. Door middel van een berekening zouden de consulten van 10 minuten naar 15 minuten kunnen gaan en ook dan zou dit in de capaciteit moeten passen. Er zijn wel voldoende spoedplekken in de spreekuren. Wel is de herhaalfactor van de patiënten op de polikliniek erg hoog. Vaak staat in het dossier 'geen bijzonderheden', maar wordt vervolgens toch een controle afspraak ingepland. Daarnaast heeft de polikliniek ook last van 'no shows'. De oorzaak hiervan ligt niet altijd bij de patiënt. Soms canceled een uroloog ook een spreekuur. Ook moet er meer standaardisatie van het werk plaatsvinden op de poliklinieken. Zo moeten kamers standaard aangevuld worden, uniformen beschikbaar zijn en papierwerk op een vaste plek liggen. Hierover moeten afspraken gemaakt worden. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'Toen die urologen over zijn gegaan naar loondienst, zijn daar op dat moment geen goede afspraken gemaakt. Van hoeveel dagen verwachten we nu van jullie dat je werkt. Hoe gaan we dat indelen'. Uit de analyse blijkt namelijk dat de urologen de uren die in hun contract staan niet allemaal benutten. Ook is er geen transparantie in de werktijden van de medewerkers. Hiervoor zou gebruik gemaakt moeten worden van Harmony, een programma waar al het personeel in loondienst ingepland staat. Daarnaast moeten de medewerkers op de polikliniek ook flexibel ingezet kunnen worden. 'Voordat die presentatie gegeven werd hadden we niet zo veel committent om extra spreekuur te draaien', aldus de manager bedrijfsvoering. Hiervoor is de cultuur op de polikliniek van belang. De projectleider geeft ook aan 'Je kunt een cultuur niet zo maar veranderen'. Dit gaat zeker enige tijd kosten.

Neurologie

Voor een anamnese heeft een neuroloog gemiddeld 30 minuten nodig en een assistent gemiddeld 45 minuten. De neurologen hebben ieder een eigen specialisatiegebied, waardoor niet iedere neuroloog iedere patiënt kan zien. Een huisarts kan patiënten regulier of met spoed doorverwijzen naar de polikliniek. Spoedpatiënten worden gezien door de co-assistenten. Voor de spoedpatiënten zijn voldoende plekken beschikbaar in de spreekuren. Wanneer geen gebruik gemaakt wordt van de spoedplekken worden deze opgevuld met reguliere patiënten. Opvallend is dat het ondersteunend

personeel op de polikliniek neurologie niet ondersteunt in de behandelkamer, maar slechts administratieve taken uitvoert. Het is niet bekend of ondersteuning in de spreekkamer mogelijk is. De doorlooptijd van een patiënt is erg wisselend op bij neurologie. Sommige patiënten komen slechts voor één consult, anderen blijven levenslang. De manager bedrijfsvoering en het hoofd geven aan dat het bij de polikliniek neurologie niet mogelijk is om terug te verwijzen naar de huisarts, door de gespecialiseerde zorg die zij leveren. Wanneer de wachttijden oplopen op de polikliniek worden de uren van de neurologen anders ingedeeld. Er wordt meer ruimte gemaakt voor spreekuren en taken die langer kunnen wachten worden doorgeschoven naar een later moment.

Interne geneeskunde

Voor een eerste consult wordt een half uur ingepland bij de internist en drie kwartier bij een arts-assistent. Een controle patiënt wordt door de internist in 10 minuten gezien en door een arts-assistent in een kwartier. Patiënten worden door de huisarts doorverwezen naar de polikliniek interne geneeskunde. De huisarts kan er voor kiezen om de patiënten regulier in te sturen of gebruik te maken van één van de spoedplaatsen. Hiervoor neemt de huisarts telefonisch contact op met de dienstdoend internist om te bepalen of de patiënt met spoed gezien moet worden. De doktersassistente geeft aan 'We hadden voorheen altijd twee spoedplekken op een dag, maar de assistentes die kijken vaak de spoedpatiënten na. En die hebben dus plaatsen vrij en tot drie dagen van tevoren houden we die vrij voor de spoedplaatsen en pas dan gaan we ze opvullen met reguliere patiënten'. Daarnaast wordt er ook gewerkt aan een spoedpoli naast de spoedeisende hulp. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'De dienstdoend arts die heeft in het oude systeem de keus, een gewone spoedplek binnen de poli of de SEH. Het enige wat we nu doen is daar nog een vorm tussen zetten'. Nieuwe patiënten worden vaak eerst door de arts-assistent gezien en krijgen vervolgens een vaste internist waar ze vrijwel het gehele traject bij blijven. De doktersassistente geeft aan 'Bij de assistent komen ze natuurlijk de eerste keer als nieuwe patiënt, dan komen ze nog twee keer terug op controle en dan wijst de assistente een internist aan waar ze dan naartoe gaan'. De spreekuren van de internisten worden zo efficiënt mogelijk ingepland. 'Soms heb je wel eens een spreekuur bijvoorbeeld controles openstaan, drie controles. En drie controles is natuurlijk ook een half uur. Dus dan gaan we sommige mensen even verplaatsen', aldus de doktersassistente. Een patiënt kan ook ingestuurd worden door de huisarts voor een bepaald protocol, bijvoorbeeld een nier protocol. 'Dan laten we eerst een nierprotocol doen. Dat sturen we op naar de patiënt. Dan wordt er eerst bloed geprikt, urine onderzocht, bloeddruk gemeten, noem maar op. [...] Ongeveer duurt dat twee weken dat hele onderzoek en dan komen ze pas daarna als nieuwe patiënt'. Een probleem waar de polikliniek nog wel mee kampt is de 'no shows' bij patiënten. 'We hebben vrij veel uitval vind ik. Dus

dat patiënten ook niet op komen dagen, controle patiënten en gewone patiënten. Daar moeten we wel iets me doen'.

Dermatologie

De dermatologen op de polikliniek hebben geen individuele specialismen. Iedere dermatoloog kan in principe iedere patiënt zien. De doktersassistente geeft aan 'Tenzij mensen vragen van goh heeft u voorkeur voor een arts of maakt het u niet uit'. Wanneer een patiënt bij een dermatoloog in behandeling is 'dan proberen we ze ook zo veel mogelijk bij dezelfde dermatoloog op controle te laten komen'. De verwijzingen naar de polikliniek dermatologie worden gedaan door de huisarts. De huisarts kan eventueel een patiënt met spoed insturen. Hierover heeft de huisarts telefonisch contact met de dienstdoende dermatoloog van die dag om te bepalen wanneer de patiënt terecht kan. De polikliniek dermatologie houdt één plek per spreekuur vrij voor spoed patiënten. Mocht deze plek al vergeven zijn, 'dan wordt er een toevoeging in het spreekuur gemaakt'. De spreekuren worden zo efficiënt mogelijk ingericht. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de co-assistenten. 'Zo is het spreekuur ook ingericht. Dat we nieuwe patiënten hebben en daarachter twee controlepatiënten. Dat is omdat de co-assistent dan rustig kan kijken en de klachten uitvraag kan doen', aldus de doktersassistente. Voor het zien van nieuwe patiënten en controle patiënten wordt 10 minuten ingepland. Omdat nieuwe patiënten hier net iets boven zitten en controle patiënten vaak iets lager worden deze patiënten wisselend ingepland. Voor een behandeling wordt gemiddeld 20 minuten ingepland. Een dermatoloog gebruikt in zijn spreekuur twee spreekonderzoekkamers. De assistent vraagt de patiënt de kamer in te komen en doet het voorbereidend werk. Nadat de dermatoloog het onderzoek heeft gedaan en de behandeling heeft bepaald gaat de dermatoloog door naar de andere spreekkamer waar weel een nieuwe patiënt wacht. In de vorige kamer is de assistent nog bezig met de nazorg en het inplannen van de nieuwe afspraak. Op die manier wordt efficiënt omgegaan met de tijd van de dermatoloog. Wanneer wachttijden oplopen op de polikliniek wordt ook efficiënt omgegaan met ondersteunend personeel. Zo wordt ondersteunend personeel uitgewisseld tussen de poliklinieken, bijvoorbeeld een typiste van de polikliniek heelkunde. Om de toestroom van patiënten te reguleren wordt ook goed samengewerkt met de huisarts. De huisartsen worden ondersteund door dermatologen in hun beoordeling van bepaalde aandoeningen. De doktersassistente geeft aan 'We hebben bijvoorbeeld ook teledermatologie, dat is dat huisartsen foto's maken en via een beveiligd programma door kunnen sturen, dan kan de dermatoloog dat inzien, die kan dar op reageren, adviezen geven en dat kan ook weer retour'.

Conclusie

De poliklinieken zijn allen anders ingedeeld qua zorgproces. Het efficiënt omgaan met het zorgproces

is dus ook voor alle poliklinieken anders. De poliklinieken oogheelkunde en urologie, beiden met lange wachttijden, hebben een analyse uitgevoerd om dit zorgproces te evalueren. Bij de polikliniek oogheelkunde bleek dat er weinig extra efficiëntie in het zorgproces mogelijk was. Hier kwam naar voren dat een tekort aan ondersteunend personeel de oorzaak was. Bij de polikliniek urologie kwam juist naar voren dat er nog veel winst te behalen valt in de efficiëntie van het zorgproces. Dit lag aan verschillende aspecten van het proces. Door de analyse kan hier de vinger op worden gelegd en kunnen verbeteringen worden aangebracht. Op de polikliniek urologie heeft de inefficiënte van het zorgproces dus bijgedragen aan de lange wachttijden. De poliklinieken neurologie, interne geneeskunde en dermatologie, die allen op dit moment korte wachttijden hebben, hebben ieder op hun eigen manier efficiëntie aan weten te brengen in hun zorgproces. Wanneer wachttijden oplopen worden extra spreekuren ingezet. Het personeel is hierin erg flexibel. De poliklinieken dermatologie en interne geneeskunde maken goed gebruik van ondersteunend personeel. Opvallend is dat de polikliniek neurologie geen gebruik maakt van ondersteunend personeel in de spreekkamers. Veel van de poliklinieken kampen met 'no shows', waarbij de patiënten niet op komen dagen. Hierdoor kunnen spreekuren niet optimaal benut worden. In verschillende interviews komt de sfeer onder het personeel, de afdelingscultuur, naar voren. Wanneer de wachttijden niet dermate hoog zijn, zoals bij de polikliniek dermatologie, kan door middel van flexibiliteit van het personeel snel geanticipeerd worden en worden door middel van extra spreekuren de wachttijden zo nodig omlaag gebracht. De poliklinieken kunnen echter niet benoemen hoe deze cultuur is ontstaan. Opvallend is dat deze cultuur niet heerst op de polikliniek urologie. Wel zijn zij hier mee bezig, maar dit kost enige tijd.

5.11. Logistieke problemen

Oogheelkunde

Op de polikliniek oogheelkunde is vrij weinig sprake van een opname op de verpleegafdeling. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'mensen worden hier geopereerd en staan en gaan weer naar buiten'. Een zeer klein percentage wordt wel opgenomen, maar hier is altijd voldoende ruimte voor. 'Die doorstroom is wel snel'. Ook voor de instroom van spoed patiënten is voldoende plaats. Voor het reguleren van de instroom van patiënten is de polikliniek bezig met het inzetten van optometristen naast de huisarts. Op die manier komen alleen de patiënten op de polikliniek die in aanmerking komen voor de tweedelijns zorg. Voor alsnog verwijst de huisarts patiënten door.

Urologie

Op de polikliniek urologie komen patiënten binnen op verwijzing van de huisarts. Dit kan regulier of met spoed. Bij de uitstroom van patiënten zijn nog verbeterpunten mogelijk. Uit de analyse van de polikliniek blijkt dat de herhaal factor erg hoog is. Het hoofd geeft aan 'Maar ja dat is heel lastig om

die in beeld te krijgen. Want dan moet je eigenlijk je hele wachtlijst afgaan, iedereen die daar nog op staat, om te kijken staat die er nou onnodig op of niet’.

Neurologie

De polikliniek krijgt verwijzingen van de huisarts. Dit kan regulier of met spoed. Op de polikliniek zijn voldoende spoedplekken beschikbaar. Sommige patiënten blijven hun leven lang op de polikliniek komen. Anderen hebben aan één consult genoeg. Vervolgens worden de patiënten behandeld of doorgestuurd. Veel patiënten worden doorverwezen naar de neurochirurgie. Op dat moment zijn zij niet meer in behandeling op de polikliniek neurologie. De manager bedrijfsvoering en het hoofd van de polikliniek geven aan dat patiënten niet terug gestuurd worden naar de huisarts, omdat de zorg te specialistisch is of dat er slechts één consult nodig is.

Interne geneeskunde

De polikliniek interne geneeskunde ondervindt problemen doordat de SEH niet goed verloopt. De instroom van patiënten via de spoedeisende hulp is hierdoor minder. Ook is er oponthoud bij de röntgen afdeling, door een wachtlijst. ‘Röntgen afdeling is het soms nog wel een probleem’. Wanneer een patiënt klaar is met de behandeling wordt hij weer terug gestuurd naar de huisarts. De doktersassistente geeft aan ‘Nou ze proberen wel weer een patiënt binnen een bepaalde termijn terug naar de huisarts te doen. Maar we hebben gewoon chronische nierpatiënten, die blijven gewoon hun leven lang komen’. De medisch manager geeft ook aan hier actief mee bezig te zijn. ‘We zijn wel natuurlijk wel heel actief bezig met transitie naar eerste lijn. Dus we proberen zo veel mogelijk patiënten terug te sturen’. ‘We hebben ook voor een aantal ziektebeelden, diabetes en nierziekten, hebben we daar ook afspraken over gemaakt met de huisartsen, dus de makkelijke patiënten die door de huisarts gezien kunnen worden, die verwijzen we allemaal terug’. Voor de complexe patiënten hebben we wel meer tijd nodig, omdat die patiënten categorieën die makkelijker zijn terug gestuurd worden naar de huisarts’, aldus de medisch manager.

Dermatologie

Ook bij de polikliniek dermatologie worden patiënten via de huisarts ingestuurd. Dit kan regulier of met spoed. De verblijfsduur van de patiënten verschillen. De doktersassistente geeft aan ‘Ja we hebben ook mensen die komen één keer en daarna halen we een plekje weg of nemen we een stukje huid af en daar is niks mee aan de hand, nou ja die hoeven dus niet meer terug te komen. Ja dus je hebt mensen die komen misschien twee keer, maar ook mensen die echt al jaren hier zijn’. Patiënten worden in sommige gevallen weer terug gestuurd naar de huisarts. Die kan de patiënt monitoren of de patiënt kan bij het terugkomen van klachten weer contact opnemen met de huisarts. Huisartsen worden hier in ondersteund door de dermatologen door middel van ‘teledermatologie’. Huisartsen

kunnen foto's via een beveiligd systeem insturen en advies vragen aan de dermatologen. Op die manier wordt de instroom van patiënten gereguleerd.

Conclusie

Vrijwel alle patiënten die binnen komen op de poliklinieken worden doorgestuurd door de huisarts. Alleen de polikliniek interne geneeskunde benoemt de instroom van patiënten via de SEH. De poliklinieken hebben alleen genoeg spoedplekken beschikbaar. Doordat op de poliklinieken vrijwel alleen dagbehandelingen plaatsvinden is de doorstroom naar de verpleegafdelingen minimaal. De poliklinieken reguleren op verschillende manieren de instroom van patiënten. Zo ondersteunen de dermatologen de huisartsen bij hun onderzoek. De polikliniek oogheelkunde gaat extra specialisten naast de huisartsen plaatsen ter ondersteuning. De NZa geeft aan dit een goede ontwikkeling te vinden. Of dit bij gaat dragen aan het verkorten van de wachttijd moet nog blijken. Ook de zorgverzekeraar geeft aan dat huisartsen extra scholing zouden moeten krijgen om beter in te kunnen schatten of een verwijzing naar een polikliniek noodzakelijk is. De polikliniek interne geneeskunde zorgt voor regulering van instroom van patiënten door er te zorg voor een extra instroommogelijkheid voor spoed patiënten. Dit zijn allen ontwikkelingen die nog gaande zijn en de invloed hiervan op de wachttijden moet nog blijken.

5.12. Mate van doorstroming

Oogheelkunde

De huisarts stuurt patiënten in. De polikliniek werkt hierin met drie tredes. 'Dit betreft ten eerste de spoedinstroom volgens de afspraken met de IGZ, ten tweede de instroom binnen 2-3 weken na overleg tussen huisarts en poli oogheelkunde en ten derde de reguliere instroom op basis van beschikbaarheid' komt uit de analyse naar voren. Voor spoedpatiënten zijn voldoende plaatsen beschikbaar. Wanneer een patiënt met spoed ingestuurd wordt bepaald een dienstdoend arts binnen welke termijn de patiënt gezien moet worden. Om wille van kostenbesparing en vermindering van belasting van de polikliniek wordt geprobeerd zo veel mogelijk zorg naar de eerste lijn te verplaatsen. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'Maar de huisarts zegt natuurlijk weer ja ik heb ook maar een bepaald budget'. De oogheekundige zorg is ook erg specialistische zorg. Om die reden worden optometristen als poortwachters naast de huisarts geplaatst. Zo verloopt de instroom van patiënten beter.

Urologie

Ook op de polikliniek worden patiënten doorgestuurd door de huisarts. Hierbij wordt een keuze gemaakt voor een reguliere verwijzing of spoed. Door middel van telefonisch contact tussen de

huisarts en een uroloog wordt bepaald binnen welke termijn een spoedpatiënt gezien moet worden. Daarnaast zijn er nog verschillende zorgpaden waar een huisarts een patiënt op in kan sturen.

Neurologie

Op de polikliniek neurologie worden patiënten alleen ingestuurd via een huisarts. Dit kan regulier of met spoed. Een dienstdoend neuroloog bepaalt binnen welke termijn spoedpatiënten gezien worden. Voor spoedpatiënten zijn voldoende plekken op de polikliniek. Daarnaast kan een huisarts ook contact opnemen om te beoordelen of een verwijzing wel nodig is. Daarnaast kent de polikliniek enkele zorgpaden waar patiënten op ingestuurd kunnen worden.

Interne geneeskunde

Ook op de polikliniek interne geneeskunde worden patiënten doorverwezen door de huisarts, regulier of met spoed. Er zijn voldoende spoedplaatsen beschikbaar op de polikliniek. In overleg met de SEH is een spoedpoli op de SEH ontwikkeld. De dienstdoend internist heeft zo een extra optie om patiënten die tussen de SEH en een spoedplek vallen toch op te kunnen nemen. 'De dienstdoend arts die heeft in het oude systeem de keus, een gewone spoedplek binnen de poli of de SEH. Het enige wat we nu doen is daar nog een vorm tussen zetten'. Door de stop op de patiëntenstroom van de SEH heeft ook de polikliniek interne geneeskunde minder patiënten binnen gekregen. Door de spoedpoli wordt geprobeerd dit probleem te verhelpen.

Dermatologie

Patiënten worden door de huisarts doorverwezen naar de polikliniek. Dit kan met spoed of regulier. Op de polikliniek zijn voldoende spoedplaatsen. Een dienstdoend arts bepaalt wanneer een patiënt in aanmerking komt voor een spoedplek. Daarnaast zijn er ook bepaalde combinatie spreekuren met andere specialismen, bijvoorbeeld met gynaecologie een spreekuur voor vrouwen of de spatader poli met heelkunde. Op die manier hoeft een patiënt niet steeds bij de verschillende disciplines langs. De doktersassistente geeft aan 'Ja nou sommige mensen waren gewoon bijna een jaar onderweg voordat ze weer bij ons terug kwamen voor het laatste behandeling van de spatader'. De huisarts kan vooraf al aangeven of een patiënt op één van deze spreekuren thuis hoort of een ander zorgpad nodig heeft om zo de doorstroming te verbeteren.

Conclusie

Bij vrijwel alle poliklinieken komen patiënten binnen door middel van een verwijzing van de huisarts. De polikliniek interne geneeskunde kent ook een instroom via de SEH. De huisarts kan kiezen voor een reguliere verwijzing of een spoedverwijzing. In sommige gevallen kan ook verwezen worden naar een specifiek zorgpad. Voor spoedpatiënten hebben alle poliklinieken voldoende plekken. Wel vindt

vooraf telefonisch contact plaats tussen de huisarts en de dienstdoend arts om te bepalen of een patiënt in aanmerking komt voor zo'n spoedplek. Doordat alle spoedpatiënten opgevangen kunnen worden is hierbij geen sprake van een oplopende wachttijd. Doordat dit geen probleem is bij één van de poliklinieken kan ook niet aangegeven worden wat de invloed van de mate van doorstroming is op de wachttijd. De huisarts geeft wel aan dat het soms lastig is om te bepalen of een patiënt nu spoed is of regulier. Hier is een tussenvorm gewenst. De polikliniek oogheelkunde kent al zo'n tussenvorm en ook de polikliniek interne geneeskunde is hier mee bezig.

5.13. Maatschappelijke trends

Oogheelkunde

Op de polikliniek worden ook maatschappelijke veranderingen opgemerkt, zo komt in hun eigen analyse naar voren. De manager bedrijfsvoering geeft aan 'Voor oogheelkunde wordt een toename van patiënten verwacht door veroudering en vergrijzing van de bevolking'. Daarnaast verandert ook de zorgvraag van de patiënten. 'Mensen worden veeleisender en dat maakt ook dat we meer ingreep krijgen'. De polikliniek oogheelkunde merkt zowel een toename in de vraag naar zorg als een toename in de complexiteit van de zorgvraag. 'Vroeger accepteer je gewoon dat je oud werd en wat slechter zag. Mensen accepteren het eigenlijk ook gewoon niet', aldus de manager bedrijfsvoering.

Urologie

Ook de polikliniek urologie geeft aan maatschappelijke trends op te merken. Hierin zien zij eerder een verandering in de vraag naar zorg dan echt een toename in de vraag. Patiënten hebben complexere ziektebeelden en vragen meer aandacht.

Neurologie

De manager bedrijfsvoering en het hoofd van de polikliniek geven aan de bevolkingsgroei en vergrijzing op te merken. Echter kunnen zij niet aantonen door middel van cijfers dat hier daadwerkelijk sprake van is. Daarnaast wordt ook opgemerkt dat de patiënt meer inzicht heeft in zijn eigen ziektebeeld, waardoor zij meer tijd vragen van de neurologen. Eén van de neurologen heeft een onderzoek uitgevoerd waaruit is gebleken dat wanneer meer tijd aan een patiënt besteed wordt in het eerste consult je sneller klaar bent met het zorgproces van die patiënt. De manager bedrijfsvoering en het hoofd geven aan de consulten echter niet te verlengen omdat hier nog geen aanleiding voor is.

Interne geneeskunde

Op de polikliniek interne geneeskunde worden ook maatschappelijke trends opgemerkt, zoals meer vraag naar zorg. De medisch manager geeft aan 'We zien wel een algehele trend dat het drukker wordt. Dat is gewoon, langzaam steeg de hoeveelheid patiënten de afgelopen jaren. Hoewel dat ook

fluctueert'. Daarnaast wordt ook de vergrijzing erkend. 'Van ouderen. Ja. Beslist'. De medisch manager en manager bedrijfsvoering zien beiden dat de complexiteit van de zorg ook toeneemt. 'Dat de complexiteit van de patiënt gewoon aan het toenemen is de afgelopen jaren en dat zal alleen ook maar meer worden'. Daarnaast worden patiënten ook steeds mondiger. De doktersassistente geeft aan 'Veel meer uitleg. Ze nemen het niet meer zomaar klakkeloos aan'. De medisch manager heeft hier minder last van. 'Misschien zou het wel goed zijn als we daar als artsen wat meer last van zouden krijgen. Dat patiënten ook meer betrokken zijn bij hun eigen behandeling'. Bij deze maatschappelijke trends worden echter nog geen problemen opgemerkt of oplossingen voor bedacht. 'Hebben we geen mogelijkheid eigenlijk voor om daar op een andere manier op te reageren', aldus de medisch manager. De manager bedrijfsvoering geeft wel aan 'we zijn aan het nadenken om die spreektijd per patiënt te verlengen. Alleen als je de spreektijd per patiënt verlengd dan betekent dat dat je minder patiënten op een ochtend kunt zien en dat betekent ook iets voor je bedrijfsvoering'.

Dermatologie

De grootste groei die zichtbaar is op de polikliniek is die in de groep huidkankerpatiënten. De doktersassistente geeft aan 'Die groep groeit heel hardst. En dat soort dingen zijn ook allemaal in het nieuws geweest. Over 20 jaar dan is die groep nog vijf keer zo groot'. Verder wordt er nog weinig gemerkt op de polikliniek van de bevolkingsgroei in ons land. 'Misschien dat vergrijzing inderdaad wel een stukje meespeelt. Zeker in het verhaal huidkanker is dat natuurlijk heel erg. Want ja die mensen hebben juist al heel veel zon gehad, dus ook meer kans op die huidkanker', aldus de doktersassistente. Wel wordt opgemerkt dat patiënten sneller naar de huisarts gaan waardoor aandoeningen als melanomen eerder opgemerkt worden en vervolgens met een lichtere ingreep behandeld kunnen worden.

Daarnaast merken ook de NZa, de zorgverzekeraar, de huisarts, het hoofd klant, markt en innovatie en de manager financiën en administratie allen op dat er maatschappelijke ontwikkelingen spelen. Hierbij wordt zowel de bevolkingsgroei en vergrijzing als de complexiteit van de zorgvragen en de technologische ontwikkelingen opgemerkt. Bij de technologische ontwikkelingen kaart de manager financiën en administratie ook een ethisch probleem aan. De vraag is of je patiënten de dure technologische ontwikkeling mag ontzeggen vanwege kosten of andere redenen. Een belangrijke ontwikkeling die plaatsvindt, om de grote vraag naar zorg aan te kunnen, is de transitie van zorg naar de eerste lijn. De huisarts geeft aan zelf ook meer vraag naar zorg te ervaren. Maar ook meer tijd per patiënt kwijt te zijn per patiënt doordat patiënten zich inlezen en meer uitleg vragen. De huisarts geeft daarom aan juist minder patiënten in een spreekuur te willen plannen. De zorgverzekeraar

geeft aan dat daarom ook taakherschikking plaats moet vinden bij de huisarts. Dus meer inzet van ondersteunend personeel bij de huisarts. De huisarts ziet dit ook in, maar geeft aan de andere kant aan dat kleine, simpele behandelingen nodig zijn om een patiënt te leren kennen. Hierdoor kan een huisarts de zorgvraag en zwaarte van de patiënt beter inschatten. 'Dat kan alleen maar als een huisarts zijn patiënt kent. En om een patiënt te kennen, moet die huisarts een patiënt ook vaak genoeg treffen'. Ook het CWZ heeft een beleid ontwikkeld om in te spelen op de maatschappelijke ontwikkelingen. In 2004 werd het beleid 'werken zonder wachtlijst' ingezet. Hierbij werden acht principes beschreven om wachttijden te verkorten. In verschillende interviews werd dit beleid ook benoemd. Echter lijkt er geen sprake van te zijn dat dit beleid nog steeds aangehouden wordt. Op dit moment wordt het beleid 'beter beter worden' uitgevoerd. Dit beleid bestaat uit vier speerpunten. Het eerste speerpunt is 'patiëntbetrokkenheid'. Door de patiënt meer bij de behandeling te betrekken wordt de behandeling beter op de patiënt afgestemd op de zorgbehoefte. Het tweede speerpunt is 'doelmatige zorg', waarin gezorgd wordt voor betere uitkomsten voor de patiënt tegen lagere kosten. Het derde speerpunt is 'topzorg'. Het CWZ moet een aantal projecten uitzoeken om in uit te blinken in plaats van overal even veel aandacht aan te besteden. Het laatste speerpunt is 'juiste zorg, juiste plek'. Hierbij moet de zorg dichter naar de patiënt toegeschoven worden. De substitutie van zorg naar de eerste lijn valt hier bijvoorbeeld onder.

Conclusie

Vrijwel iedereen merkt de maatschappelijke ontwikkelingen op. Echter kunnen poliklinieken niet met cijfers aantonen dat deze ontwikkelingen ook daadwerkelijk plaatsvinden. De maatschappelijke ontwikkelingen lijken nog geen invloed te hebben op de wachttijden. Er zijn wel verschillende maatregelen waarmee de zorg bezig is. De poliklinieken maken hier vooralsnog niet altijd gebruik van, zoals de polikliniek neurologie met het verlengen van de consulten, omdat de noodzaak hiervan nog niet zo hoog is. Wellicht dat hier in de toekomst wel sprake van is. Om dit in de toekomst wel aan te kunnen tonen moeten de poliklinieken de ontwikkelingen gaan monitoren. Het CWZ heeft wel een algeheel beleid ontwikkeld voor de maatschappelijke ontwikkelingen.

5.14. Resume

In dit hoofdstuk is de invloed van de factoren op de verschillende poliklinieken beschreven. Vervolgens is iedere factor afgesloten met een conclusie waarin de verschillen en overeenkomsten tussen de poliklinieken beschreven zijn. Waar nodig zijn de resultaten aangevuld met gegevens uit de interviews met een functionaris van zorgverzekeraar CZ, een medewerker van de Nederlandse Zorgautoriteit, het hoofd van de afdeling Klant, Markt & Innovatie van het CWZ, het hoofd van de

afdeling Financiën & Administratie van het CWZ en de huisarts. In het volgende hoofdstuk zullen de deel- en hoofdvragen van dit onderzoek beantwoord worden aan de hand van deze resultaten.

6. Conclusie

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen welke factoren invloed hebben op de wachttijden van de geselecteerde poliklinieken en op welke manier dit gebeurt. Hierin worden de factoren meegenomen waar het CWZ invloed op heeft. Uit de dataverzameling bleken de maatschappelijke ontwikkelingen dermate vaak aan bod te komen dat deze toch zijn meegenomen in de resultaten en de conclusie. De wachttijd van de polikliniek neurologie is tijdens het onderzoek gedaald naar onder de Treeknorm. Om die reden wordt de polikliniek neurologie beschreven als polikliniek met korte wachttijd. Wel is extra aandacht besteedt aan deze daling tijdens de interviews. Daardoor zijn in dit onderzoek uiteindelijk drie poliklinieken met korte wachttijden en twee poliklinieken met lange wachttijden meegenomen.

In dit hoofdstuk wordt in de eerste paragraaf antwoord gegeven op de deelvragen en in de tweede paragraaf wordt de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord.

6.1. Beantwoording deelvragen

Deelvraag 1: Welke mogelijke verklaringen zijn er voor de lengte van de wachttijden in ziekenhuizen volgens de wetenschappelijke literatuur?

Het antwoord op deze vraag is terug te vinden in hoofdstuk drie, het theoretisch kader. In de literatuur worden verschillende factoren beschreven die invloed hebben op de wachttijden van poliklinieken.

Allereerst hebben de *bepaling van het ziekenhuisbudget en het budget per patiëntencategorie* invloed op de wachttijden. Hierin wordt beschreven dat steeds meer zorgprofessionals management taken toebedeeld krijgen. Hierbij is het belangrijk dat zij zich ook richten op het managen van de kosten. Sinds 2005 wordt gewerkt met DBC's. Hierover worden prijsafspraken gemaakt. Deze prijzen zijn vrij onderhandelbaar. Door dit systeem zouden ziekenhuizen niet meer gebonden zijn aan maximale productiecapaciteiten waardoor wachttijden af zouden moeten nemen.

Vervolgens wordt de *beschikbare capaciteit per patiëntencategorie* benoemd. Hier vallen verschillende aspecten onder. Belangrijk is dat de capaciteit passend is bij de vraag naar zorg. Daarnaast wordt de zogenoemde standby capaciteit genoemd. Deze standby capaciteit is bedoeld om eventuele toename in de vraag naar zorg op te kunnen vangen.

Ook het *aantal specialisten en verpleegkundigen* is van belang. Dit hangt samen met de capaciteit. Specialist krijgen steeds meer management taken wat mogelijk ten koste gaat van hun werkzaamheden als specialist. Daarnaast zijn er voldoende verpleegkundigen en ondersteunend personeel nodig om de specialisten te ondersteunen. Verpleegkundigen of ondersteunend personeel kunnen taken van de specialisten overnemen waardoor een specialist meer patiënten kan zien. Dit

ondersteunend personeel moet daar ingezet worden waar nodig.

De *middelen voor de aanpak van de wachttijden* die een polikliniek ter beschikking heeft hebben ook invloed op de wachttijden. Hierbij kan gedacht worden aan meer budget, meer capaciteit of meer efficiëntie. Dit hangt samen met de andere factoren uit dit onderzoek. Veel factoren zijn terug te leiden naar financiële middelen.

De *lengte van de wachtlijst* heeft niet direct invloed op de wachttijd. Wel kunnen schommelingen zichtbaar worden wanneer de wachttijd gemonitord wordt. Dit is sinds 2009 verplicht. Door de schommelingen te analyseren wordt bekeken of er sprake is van een structureel probleem.

De *competitie tussen ziekenhuizen* kan ook invloed hebben op de wachttijd. Hiertussen vindt een wisselwerking plaats. Doordat sinds 2009 transparantie is in de wachttijden wordt competitie bevorderd. Door deze competitie wordt geprobeerd wachttijden zo kort mogelijk te houden om het aantrekkelijk te maken voor patiënten om voor hun ziekenhuis te kiezen.

Het *ziekteverzuim op de afdeling* heeft invloed op de wachttijden. Wanneer er minder personeel is, kunnen minder patiënten gezien worden. Ziekteverzuim kan te maken hebben met persoonlijke factoren of werk gerelateerde factoren, zoals werkdruk.

Een andere factor die invloed heeft op de wachttijd is de *efficiëntie van het zorgproces*. Wanneer het zorgproces van de patiënt goed verloopt is zijn verblijfsduur korter. Hierdoor kunnen meer patiënten gezien worden. Het inzetten van verpleegkundigen en ondersteunend personeel kan de doorlooptijd verkorten.

Ook *logistieke problemen* hebben invloed op de wachttijd. Wanneer de doorstroom van patiënten naar andere afdelingen niet soepel verloopt, kunnen minder nieuwe patiënten instromen.

Als laatste factor wordt de *mate van doorstroming* benoemd. Dit hangt samen met de logistieke problemen bij de doorstroming van patiënten. Daarnaast is het systeem waarmee de instroom behandeld wordt ook van belang.

Daarnaast werden ook maatschappelijke factoren benoemd in de literatuur, zoals de bevolkingsgroei, vergrijzing, technologische ontwikkelingen en medicalisering. Omdat het CWZ hier geen directe invloed op heeft zijn deze factoren in eerste instantie niet meegenomen in dit onderzoek. Tijdens de dataverzameling werd ondervonden dat deze maatschappelijke factoren regelmatig terug kwamen. Om die reden zijn deze factoren toch beschreven in de resultaten.

Deelvraag 2 In welke mate verklaren de factoren, die zijn meegenomen in dit onderzoek, de toenemende wachttijden bij de poliklinieken oogheelkunde, neurologie en urologie en de korte wachttijden bij de poliklinieken dermatologie en interne geneeskunde in het CWZ?

Allereerst moet hier aangegeven worden dat de polikliniek neurologie veranderd is van een polikliniek met lange een wachttijd in een polikliniek met een korte wachttijd. Hiermee verandert

deze deelvraag in *'In welke mate verklaren de factoren, die zijn meegenomen in dit onderzoek, de toenemende wachttijden bij de poliklinieken oogheelkunde en urologie en de korte wachttijden bij de poliklinieken dermatologie, neurologie en interne geneeskunde in het CWZ?'*.

Bepaling van het ziekenhuis budget en bepaling van het budget per patiënten categorie

Dit lijkt weinig invloed te hebben op de wachttijden. Vrijwel alle poliklinieken in dit onderzoek geven aan onder hun budget te blijven.

Beschikbare capaciteit per patiëntencategorie

De beschikbare capaciteit per patiëntencategorie heeft wel invloed op de wachttijd. De polikliniek oogheelkunde heeft een lange wachttijd. Door middel van een analyse is aangetoond dat dit kwam door een tekort aan ondersteunend personeel. De overige poliklinieken hebben voldoende capaciteit. Wel lijkt het er op dat hier niet veel speling in zit.

Aantal specialisten en aantal verpleegkundigen

Het aantal specialisten en verpleegkundigen hangt samen met de capaciteit. In de resultaten komt naar voren dat de inzet van ondersteunend personeel bevorderlijk is voor het zorgproces. Op die manier kan efficiënt omgegaan worden met de tijd van de specialisten, waardoor meer patiënten gezien kunnen worden en de wachttijden dus korter worden.

Middelen voor de aanpak van de wachttijden

De middelen die beschikbaar zijn voor het aanpakken van de wachttijden hebben invloed op de wachttijden. Wel is het zo dat deze middelen niet altijd extra kosten met zich meebrengen. Poliklinieken met korte wachttijden hebben enkel de inzet van extra speekuren nodig. De polikliniek oogheelkunde had extra personeel nodig. En de polikliniek urologie gaat meer efficiëntie aanbrengen in het zorgproces.

Lengte van de wachtlijsten

De lengte van de wachtlijst fluctueert bij alle poliklinieken door het jaar heen. Een aantal poliklinieken geven aan dat bij een hoge wachttijd patiënten naar een ander ziekenhuis gaan. Tegelijkertijd kiezen patiënten ook voor het CWZ vanwege het karakter van het CWZ. Hiermee lijkt de lengte van de wachttijd weinig invloed te hebben op de wachttijd.

Competitie tussen ziekenhuizen

Het ziekenhuis dat de meeste invloed heeft op de wachttijden van de poliklinieken van het CWZ is het Radboud. Verschillende poliklinieken merken op dat het Radboud geen tweedelijns zorg meer doet voor bepaalde specialismen of subspecialismen. Hierdoor is er een toename in de wachttijden

van deze specialismen en subspecialismen bij het CWZ. Het verkorten van de wachttijden door de marktwerking in de zorg lijkt geen invloed te hebben op de wachttijd.

Ziekteverzuim op de afdeling

Vrijwel alle poliklinieken hebben te maken met ziekteverzuim op de afdeling. Dit heeft zowel met persoonlijke als werk gerelateerde redenen, zoals werkdruk, te maken. Bij de polikliniek oogheelkunde was hierdoor behoefte aan meer personeel. Het ziekteverzuim op de poliklinieken heeft invloed gehad op de wachttijden.

Efficiëntie van het zorgproces

Alle poliklinieken hebben een ander zorgproces. Om die reden is het moeilijk hierin een vergelijking tussen de poliklinieken te maken. De poliklinieken oogheelkunde en urologie hebben een analyse uitgevoerd op de polikliniek. Bij de polikliniek oogheelkunde werd duidelijk dat het zorgproces efficiënt is ingedeeld. Bij de polikliniek urologie bleek hier nog veel winst te behalen. Hierdoor is het aannemelijk dat wanneer er minder efficiënt in zorgproces is, dit invloed heeft op de wachttijd.

Logistieke problemen

Op alle poliklinieken vindt vrijwel geen doorstroming plaats naar de verpleegafdelingen. Wel worden problemen ondervonden door de lange wachttijd op de röntgenafdeling. Dit heeft echter geen effect op de wachttijd, zoals in de Treeknormen beschreven wordt, maar dit zorgt voor oponthoud tijdens het zorgproces. Daarnaast heeft dit ook geen invloed op de instroom van nieuwe patiënten doordat patiënten geen bed bezet houden tijdens het wachten op een röntgenfoto. Logistieke problemen lijken hiermee geen invloed te hebben op de wachttijden zoals in de Treeknormen beschreven.

Mate van doorstroming

Alle poliklinieken hebben voldoende ruimte om spoedpatiënten op te vangen. De huisarts geeft wel aan een tussenvariant wenselijk te vinden. Sommige poliklinieken hebben al een tussenvorm of zijn hier mee bezig. Er worden geen problemen ondervonden in de mate van doorstroming door de poliklinieken in dit onderzoek. Hiermee heeft de mate van doorstroming geen invloed op de wachttijd. Of dit mogelijk wel invloed heeft wanneer de mate van doorstroming niet goed verloopt kan niet worden bepaald.

Maatschappelijke trends

Vrijwel alle poliklinieken en geïnterviewde merken de verschillende maatschappelijke trends op. Poliklinieken constateren nog weinig effect op de wachttijd, waardoor zij hier nog niet op anticiperen. De polikliniek oogheelkunde geeft echter wel aan een dermate grotere vraag naar zorg te ervaren dat hier maatregelen voor worden genomen door middel van meer transitie van zorg naar

de eerste lijn. Het CWZ heeft als ziekenhuis een beleid opgesteld om op deze maatschappelijke trends in te spelen.

Resume

Uit de resultaten blijkt dat de bepaling van het ziekenhuisbudget en het budget per patiëntencategorie, de lengte van de wachttijden, de logistieke problemen en de mate van doorstroming geen invloed hebben gehad op de wachttijden van de poliklinieken. De competitie tussen ziekenhuizen heeft gedeeltelijk invloed op de wachttijden. Het afstoten van bepaalde tweedelijnszorg door het Radboud heeft invloed op de wachttijden bij het CWZ. Toch heeft de beoogde marktwerking van de zorgverzekeringswet geen invloed op de wachttijden. Over de maatschappelijke trends kan niet met zekerheid de invloed op de wachttijden worden bepaald. De trends worden wel opgemerkt, maar het kan niet aangetoond worden dat deze invloed hebben op de wachttijden. De capaciteit per patiëntencategorie, het aantal specialisten en verpleegkundigen, de middelen voor de aanpak van wachttijden, het ziekteverzuim op de afdeling en de efficiëntie van het zorgproces hebben wel aantoonbaar invloed op de wachttijden.

Deelvraag 3 Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden voor de poliklinieken in het CWZ om de wachttijden te verkorten?

Uit de resultaten van dit onderzoek blijft dat verschillende factoren invloed hebben op de wachttijden van poliklinieken. Daarnaast wordt ook duidelijk dat de knelpunten per polikliniek verschillen. Dit heeft deels te maken met de verschillende omstandigheden van de poliklinieken. Door middel van een analyse hebben de poliklinieken oogheelkunde en urologie hun vinger op deze knelpunten kunnen leggen. Hierdoor werden extra middelen voor het reduceren van wachttijden onderbouwd en gehonoreerd. Daarnaast vond een gerichte aanpak van de wachttijden plaats. De poliklinieken oogheelkunde en urologie hebben ieder hun eigen analyse uitgevoerd. Eventueel kan hiervoor ook gebruik gemaakt worden van de PERT-methode (Quinn, Faerman, Thompson & McGrath, 1997). Daarmee luidt de eerste aanbeveling als volgt:

Het is van belang om vooraf een analyse uit te voeren om zo te achterhalen welke factoren in welke mate invloed hebben op de betreffende polikliniek om zo een passende aanpak van de wachttijden te hanteren.

Daarnaast wordt ook duidelijk dat niet alleen de middelen invloed hebben op de wachttijden, maar ook het personeel. Wanneer specialisten, doktersassistentes en ondersteunend personeel flexibel ingezet worden kan snel ingespeeld worden op oplopende wachttijden. Hiervoor is een bereidheid van het personeel nodig om waar nodig werktijden anders in te delen of extra uren te draaien in

drukke tijden. Deze bereidheid hangt samen met de cultuur van de polikliniek. De tweede aanbeveling luidt daarom als volgt:

Het verkorten van de wachttijden moet, waar nog nodig, onderdeel worden van de cultuur op de polikliniek.

6.2. Beantwoording van de centrale vraag

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de centrale vraag van dit onderzoek:

Hoe kunnen de wachttijden van de poliklinieken oogheelkunde, urologie, neurologie, interne geneeskunde en dermatologie van het CWZ worden verklaard?

Uit de analyse wordt duidelijk dat verschillende factoren in verschillende mate invloed hebben op de wachttijden van de poliklinieken. Om te achterhalen welke factoren in welke mate invloed hebben op de polikliniek is het dan ook zinvol om hier een specifieke analyse voor uit te voeren.

Bij de polikliniek oogheelkunde konden de hoge wachttijden voornamelijk verklaard worden door capaciteitsproblemen. De analyse toonde aan dat er een personeelstekort was op de polikliniek. Dit werd ook door de Raad van Bestuur erkend en om die reden is er extra personeel aangenomen.

Daarnaast is de polikliniek ook extra spreekuren gaan draaien.

Uit de analyse van de polikliniek urologie bleek dat de wachttijden verklaard konden worden doordat er onvoldoende efficiëntie in het zorgproces en de indeling van de uren van de urologen was.

Daarnaast was ook bereidheid nodig om hier verandering in aan te brengen. Door middel van de analyse is deze bereidheid gecreëerd.

De polikliniek neurologie had een lange wachttijd bij aanvang van dit onderzoek in maart 2017. In die tijd had de polikliniek een langdurig zieke en minder arts assistenten. Nu de polikliniek weer op formatie is zijn de wachttijden gereduceerd tot onder de Treeknormen.

De polikliniek interne geneeskunde heeft een korte wachttijd. De capaciteit van de polikliniek, met name het tekort aan spreekkamers, kan mogelijk in de toekomst voor problemen gaan zorgen. Hier worden al oplossingen voor bedacht door middel van het gebruik van kamers van de SEH.

De polikliniek dermatologie is een zeer efficiënte polikliniek. Doordat huidkanker meer aandacht krijgt in het nieuws wordt de zorgvraag van de polikliniek wel groter. De wachttijden zitten echter nog wel onder de Treeknormen.

7. Discussie

In dit hoofdstuk worden de beperkingen van dit onderzoek en implicaties voor verder onderzoek beschreven. In de eerste paragraaf worden de beperkingen besproken en de tweede paragraaf zal de implicaties voor verder onderzoek beschrijven.

7.1. beperkingen van het onderzoek

Als onderzoeksmethode is gekozen voor een casestudy om een goed beeld te verkrijgen van de situaties op de poliklinieken. Hierbij is de betrouwbaarheid vaak erg laag, doordat een complexe situatie op één bepaald moment bekeken wordt. Mogelijke veranderingen door de tijd heen worden hierdoor niet meegenomen. Het is mogelijk dat de geïnterviewde personen op een later moment van mening zijn veranderd. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te bevorderen zijn alle interviews getranscribeerd en zijn alle data gecodeerd.

Als gekeken wordt naar de interne validiteit kunnen twee punten benoemd worden. Doordat gebruik is gemaakt van semi-gestructureerde interviews loopt de inhoud van de interviews uiteen. Hierbij kunnen factoren in een later interview uitgebreider besproken zijn. Hier kon niet op doorgevraagd worden bij de interviews die al reeds afgenomen waren. Hierdoor ontstond soms een uiteenlopende hoeveelheid aan informatie. Dit heeft mogelijk effect gehad op de interne validiteit.

Omdat de zorgprocessen op de poliklinieken divers en soms ingewikkeld waren zijn observaties uitgevoerd om dit inzichtelijker te maken voor de onderzoeker. Op die manier was meer diepgang in de interviews mogelijk. Deze observaties werden begeleid door medewerkers van de poliklinieken. Dit werd geregeld door het hoofd van de polikliniek of door de medisch manager gedaan. Doordat zowel de observaties als de interviews veel tijd zouden vragen van de medewerkers konden deze hoofden en de medisch manager, die de observatie begeleid hadden, niet meer meedoen bij de interviews. Hierdoor kan informatie verloren zijn gegaan. Dat heeft mogelijk invloed op de interne validiteit.

De diversiteit van de zorgprocessen op de poliklinieken heeft invloed gehad op de generaliseerbaarheid, en daarmee de externe validiteit, van dit onderzoek. De uitspraken in dit onderzoek zijn enkel gericht op de poliklinieken van het CWZ die in dit onderzoek zijn meegenomen. De generaliseerbaarheid is mogelijk groter wanneer poliklinieken van bijvoorbeeld verschillende ziekenhuizen met hetzelfde zorgproces vergeleken worden. Dus bijvoorbeeld de polikliniek oogheelkunde van verschillende ziekenhuizen.

7.2. Implicaties voor verder onderzoek

De factoren in dit onderzoek zijn verkregen uit de literatuur. Daarnaast zijn nog een aantal factoren

tijdens het onderzoek naar voren gekomen, zoals de organisatiecultuur. Om de diversiteit aan factoren in de literatuur aan te vullen zou een inductief onderzoek in de praktijk uitgevoerd kunnen worden. Hierbij worden open interviews afgenomen zodat er meer vrijheid is in het bespreken van mogelijke factoren.

Om poliklinieken optimaal te kunnen vergelijken zouden de omstandigheden van de poliklinieken meer op elkaar moeten aansluiten. De poliklinieken van hetzelfde specialisme binnen Nederland hebben bijvoorbeeld al eenzelfde complexiteit van zorg en een vergelijkbaar zorgproces. Om die reden is het interessant om te onderzoeken welke factoren invloed hebben op poliklinieken van hetzelfde specialisme. Hierbij kunnen poliklinieken van het zelfde specialisme in verschillende ziekenhuizen onderzocht worden. Op die manier is een vergelijking beter mogelijk. Daarnaast zijn de resultaten beter generaliseerbaar naar andere poliklinieken van hetzelfde specialisme.

8. Referenties

- Abernethy, M. A. & Stoelwinder, J. U. (1991) Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: a test of the 'fit' hypothesis in not-for-profit hospitals. *Accounting, organizations and society*, 16 (2) 105-120.
- ACM (z.j.) *Onze organisatie*. Geraadpleegd op 1 mei 2017 van <https://www.acm.nl/nl/organisatie/organisatie/de-autoriteit-consument-en-markt/>
- Baarda, D. B., De Goede, M. P. M & Teunissen, J. (2009) *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/ Houten: Noordhoff Uitgevers
- Batterink, M., Reitsma, J., Bakker, L., Pomp, M. & Plu, R. (2016) *Ziekenhuisfusies en kwaliteit van zorg Onderzoek naar de effecten van ziekenhuisfusies op de kwaliteit van zorg*. ACM. Geraadpleegd van https://www.acm.nl/sites/default/files/old_publication/publicaties/16256_significant-onderzoek-effecten-ziekenhuisfusies-op-kwaliteit.pdf
- Blank, J. L. T. & Valdmanis, V. G. (2010) Environmental factors and productivity on dutch hospitals: a semi-parametric approach. *Health Care Management Science* 13 (1) 27-34
- Blank, J. L. T. & Wats, M. G. (2009) Aanbod ziekenhuiszorg in 2020. *Tijdschrift voor Openbare Financiën*, 41 (3). 141-157.
- Bode, I., Lange, J. & Märker, M. (2017) Caught in organized ambivalence: institutional complexity and its implications in the German hospital sector. *Public Management Review*, 19(4), 501-517, DOI: 10.1080/14719037.2016.1195437
- Borghans, I., Kool, R. B., Lagoe, R. J. & Westert, G. P. (2012) Fifty ways to reduce length of stay: An inventory of how hospital staff would reduce the length of stay in their hospital. *Health policy*, 104(3) 222-233.
- Budett, R. & Kozan, E. (2016) A multi-criteria approach for hospital capacity analysis. *European Journal of Operational Research*, 255(2) 505-521.
- CBS (z.j.) *Begrippen*. Geraadpleegd op 12 april van <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen?tab=z#id=ziekteverzuim-overheid>
- Coolen van Brakel, R. & Van Eijk, M. E. C. (2011) Disease-mongering, ziekten in de aanbidding? *Bijblijven* 27 (6) p 13-24.
- CWZ (2017) Wachttijden geactualiseerd op 10 april 2017. Geraadpleegd op 4 mei van <https://www.cwz.nl/patient/algemene-informatie-patienten/patienteninformatie/wachttijden/>
- Van Deursen, C. & Van Binnendijk, S. (2001) Arbeidsrisico's en langdurig ziekteverzuim in de zorg. *Arbeidsomstandigheden*, 77. 10-13.
- Van Dijk, C. & Stoeldraijer, L. (2012) *Bevolkingsprognose 2012–2060: Langer leven, langer werken*. Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
- Van Duin, C. & Stoeldraijer, L. (2014) *Bevolkingsprognose 2014-2060: Groei door migratie*.

Dutch hospital data (2016) *Kengetallen Nederlandse ziekenhuizen 2014*. Utrecht

Garg, L., McClean, S. I., Barton, M., Meenan, B. J. & Fullerton, K. (2012) Intelligent patient management and resource planning for complex, heterogeneous, and stochastic healthcare systems. *Systems and Humans*, 42(6). 1332-1344

Garssen, J. (2011) *Demografie van de vergrijzing*. CBS: Den Haag / Heerlen.

Goudswaard, K.P. (2007) *Is de vergrijzing erg?* AE Communicatie: Amsterdam

Harper, P. R. (2002) A framework for operational modelling of hospital resources. *Health Care Management Science*, 5(3) 165-173.

Have, H. A. M. J., Meulen, R. H. J. & Leeuwen, E (2009) *Medische ethiek*. Bohn Stafleu van Loghum: Houten.

Hendrikse, G. W. J. & Schut, F. T. (2004) Naar nieuwe beheersstructuren in de Nederlandse gezondheidszorg? *ACTA Hospitalia*, 44(1), 5-20.

Hood, C. (1991) A public management for all seasons? *Public administration*, 69(1). 3-19

Hood, C (1995) The “new public management” in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2–3). 93-109.

Inspectie voor gezondheidszorg (z.j.) *Organisatie*. Geraadpleegd op 1 mei 2017 van <https://www.igz.nl/organisatie/>

Kellner, A., Townsend, K., Wilkinson, A., Lawrence, S.A. & Greenfield, D. (2016) Learning to manage: development experiences of hospital frontline managers. *Human Resource Management Journal* 26(4) 505-522. DOI 10.1111/1748-8583.12119

Kenis, P. N. (2001) ‘...die wachtlijsten is een verhaal apart...’: een organisatiewetenschappelijke beschouwing van het fenomeen wachtlijsten in de Nederlandse zorg. (Oratie Social Science). Tilburg: Tilburg University.

Van Kleef, R., Schut, E. & van de Ven, W. (2014) *Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?* Erasmus universiteit Rotterdam: Instituut beleid en management gezondheidszorg.

Krabbe-Alkemade, Y.J.F.M., Groot, T.L.C.M. & Lindeboom, M. (2017) Competition in Dutch hospital sector: an analysis of health care volume and cost. *The European Journal of Health Economics*, 18(2). 139-153. DOI 10.1007/s10198-016-0762-9

Kreindler, S.A. (2008) Watching your wait: evidence-informed strategies for reducing health care waiting times. *Quality Management in Health Care*, 17(2). 128-135

Mikkers, M (2016) *The Dutch healthcare system in international perspective*. Tilburg University. ISBN: 978-94-6167-287-2

- Van de Most, J. M. (2005) De Zorgverzekeringswet en de zelfverzekerde burger. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, (29) 12-26. DOI 10.1007?BF03056094
- Nederlandse Zorgautoriteit (2009) *Monitor ziekenhuiszorg 2009: Tijd voor reguleringszekerheid*.
- Nederlandse vereniging voor ziekenhuizen (z.j.) *Bekostiging ziekenhuiszorg*. Geraadpleegd op 30 mei 2017 van <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/bekostiging-ziekenhuiszorg#absegment>
- Nederlandse Zorgautoriteit (2013) *Wachttijden in de ziekenhuiszorg nemen af*. Geraadpleegd op 6 maart van <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/nieuws/Wachttijden-in-de-ziekenhuiszorg-nemen-af/>
- Nederlandse Zorgautoriteit (2015-a) *Factsheet wachttijden in de ziekenhuiszorg en ggz*. Geraadpleegd op 6 maart van https://www.nza.nl/1048076/1048181/Factsheet_wachttijden_in_de_ziekenhuiszorg_en_ggz.pdf
- Nederlandse Zorgautoriteit (2015-b) *Marktscan van de Medisch Specialistische Zorg 2015*. Geraadpleegd op 6 maart van https://www.nza.nl/1048076/1048181/Marktscan_medisch_specialistische_zorg_2015.pdf
- Nederlandse Zorgautoriteit (2016) *Brief aan Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport*. Geraadpleegd op 4 mei 2017 van <file:///C:/Users/s4504143/Downloads/treeknormen-ggz.pdf>
- Nederlandse Zorgautoriteit (z.j.) *Definities*. Geraadpleegd op 12 april 2017 van https://www.nza.nl/1048076/1048155/NR_CU_203_Definities_incl_capaciteit_bijlage_2.pdf
- Nederlandse Zorgautoriteit (z.j.-1) *DBC-systematiek*. Geraadpleegd op 25 april 2017 van <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/veelgesteldevragen/dbc-systematiek/>
- Nederlandse Zorgautoriteit (z.j.-2) *Organisatie*. Geraadpleegd op 1 mei 2017 van <https://www.nza.nl/organisatie/>
- Van Ottendijk, Y (2011) *Demografische krimp en ziekenhuiszorg*. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Medisch-specialistische zorg: Den Haag.
- Quinn, R.E., Faerman, S.R., Thompson, M.P. & McGrath, M.R. (1997) *Handboek managementvaardigheden*. Schoonhoven: Academic Service
- Reijenga, F., Zwinkels, W. & van Vuuren, T. (2004) *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector*. TNO Rapport, Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Reijnders, L. (2011) Kritische artsen en onterechte medicalisering rond 1970. *Bijblijven*, 27 (6). 41-46
- Rosenau, P. & Lako, C.J. (2008) An experiment with regulated competition and individual mandates for universal health care: The new Dutch health insurance system. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33(6), 1031- 1055.

- Van Schooneveld, E. (2005) De Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag in vogelvlucht. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* (29) 3-11. DOI 10.1007/BF03056093
- Schut, F.T. & Van de Ven, W.P.M.M. (2005) Rationing and competition in the Dutch health-care system. *Health Economics*, 14(1), 59-74.
- Schut, F.T. & Varkevisser, M. (2013) Tackling hospital waiting times: The impact of past and current policies in the Netherlands. *Health Policy*, 113(1-2). 127-133
- Siciliani, L., Stanciole, A. & Jacobs, R. (2009) Do waiting times reduce hospital costs? *Journal of Health Economics*, 28(4). 771-780
- Smethurst, D. P. & Williams, H. C. (2001) Power Laws: Are hospital waiting lists self-regulating? *Nature*, 410.
- Smith, L.N. (2003) Maximizing hospital capacity: Expenditing patient throughput can provide an immediate solution to capacity shortages. *Health Executive*, 18(1). 58-59
- Tomkins, J. R. (2005) *Organization theory an public management*. USA: Wadsworth
- Tweede Kamer (2004) *Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet, vergaderjaar 2003-2004*, 29763, nr. 3.
- Van de Ven, W. & Schut, E. (2010) Is de zorgverzekeringswet een succes? *TPEdigitaal* 4(1) 1-24
- Vaseva, V., Voynov, L., Donchev, T., Popov, R., Mutafchiyski, V., Aleksiev, L., Kostadinov, K. & Petrov, N. (2016) Outcomes analysis of hospital management model in restricted budget conditions. *Biotechnology & Biotechnological Equipment*, 30(2) 411-417, DOI: 10.1080/13102818.2015.1134276
- Viberg, N., Birger, F.C., Borowitz, M. & Molin, R. (2013) International comparisons of waiting times in health care – Limitations and prospects. *Health Policy*, 112(1-2) 53-61
- Vissers, J. & Beech, R. (2005). *Health operations management: Patient flow logistics in health care*. London: Routledge
- Wassenaar, S. (2017, 16 februari) Spoedeisende hulp CWZ honderd keer op slot. *De Gelderlander*. Geraadpleegd op 6 maart van <http://www.gelderlander.nl/nijmegen/spoedeisende-hulp-cwz-honderd-keer-op-slot~a9ebf47b/>
- Weeks, W. B. & Wadsworth, E. B. (2013) Addressing healthcare complexity. *Healthcare Financial Management*, 67(1). 120-122.
- Westendorp, R. G. J. (2011) Veroudering is een ziekte. *Bijblijven* 27 (6). P25-26
- Zaat, J. (2011) Alledaags medicaliseren. *Bijblijven*, 27 (6). 8-12
- Zimmerman, R. S. (2004) Hospital capacity, productivity and patient safety-It all flows together. *Frontier of Health Services Management*, 20(4). 33-38

9. Bijlagen

9.1. Vragenlijsten interviews

9.1.1. Vragenlijst contactpersoon zorgverzekeraar

Inleiding

Bedanken voor de tijd.

Onderzoek naar wachttijden op poliklinieken in het CWZ en de factoren die hier invloed op hebben. Vanwege uw contacten met de zorgverzekeraars wil ik u graag een aantal vragen stellen.

Persoonlijke achtergrond

Graag zou ik u eerst een aantal vragen willen stellen wat betreft uw werkzaamheden.

Kunt u uw huidige functie omschrijven?

Wat is de omvang van uw aanstelling?

Nu heb ik een aantal vragen wat betreft de onderhandelingen en het contact tussen het CWZ en de zorgverzekeraars.

Inkoop van zorg

Kunt u het proces beschrijven van de onderhandelingen tussen het CWZ en de zorgverzekeraars wat betreft de inkoop van zorg?

Hoe wordt de ingekochte zorg onder de poliklinieken verdeeld?

Wat gebeurt er wanneer het CWZ meer patiënten helpt dan dat er aan zorg is ingekocht door de zorgverzekeraars?

Wachttijden

In hoeverre zijn de wachttijden van de poliklinieken voor de zorgverzekeraar van belang?

Op welke manier is dit terug te zien in het contact of de onderhandelingen tussen het CWZ en de zorgverzekeraars?

Op welke manier gaan zorgverzekeraars om met lange wachttijden?

9.1.2. Vragenlijst zorgverzekeraar

Inleiding

Bedanken voor de tijd.

Onderzoek naar wachttijden op poliklinieken in het CWZ en de factoren die hier invloed op hebben.

Lange wachttijden zijn vervelend voor verzekerden.

Om die reden wil ik u graag een aantal vragen stellen over hoe u als zorgverzekeraar hiermee om gaat.

Persoonlijke achtergrond

Graag zou ik u eerst een aantal vragen willen stellen wat betreft uw werkzaamheden.

Kunt u uw huidige functie omschrijven?

Wat is de omvang van uw aanstelling?

Nu heb ik een aantal vragen wat betreft de onderhandelingen en het contact tussen het CWZ en u als zorgverzekeraar.

Inkoop van zorg

Kunt u het proces beschrijven van de onderhandelingen tussen een ziekenhuis en de zorgverzekeraar wat betreft de inkoop van zorg?

In hoeverre komt dit overeen met de onderhandelingen met het CWZ?

Wat gebeurt er wanneer het CWZ meer patiënten helpt dan dat er aan zorg is ingekocht door de zorgverzekeraars?

Wachttijden

In hoeverre zijn de wachttijden van de poliklinieken voor de zorgverzekeraar van belang?

Op welke manier is dit terug te zien in het contact of de onderhandelingen tussen het CWZ en de zorgverzekeraars?

Hoe ervaren uw verzekerden de wachttijden op de poliklinieken?

Op welke manier gaat u als zorgverzekeraar om met lange wachttijden?

9.1.3. Vragenlijst Nederlandse Zorgautoriteit

Inleiding

Bedanken voor de tijd.

Onderzoek naar wachttijden op poliklinieken in het CWZ en de factoren die hier invloed op hebben.

NZa houdt toezicht op de zorgmarkt.

Lange wachttijden zijn vervelend voor patiënten.

Graag wil ik u een aantal vragen stellen over hoe de NZa toezicht houdt op de wachttijden

Persoonlijke achtergrond

Graag zou ik u eerst een aantal vragen willen stellen wat betreft uw werkzaamheden.

Kunt u uw huidige functie omschrijven?

Wat is de omvang van uw aanstelling?

Nu heb ik een aantal vragen over de ervaringen van de NZa met wachttijden in de ziekenhuiszorg.

Wachttijden op poliklinieken

Wat is de ervaring van de NZa met wachttijden op poliklinieken?

Op welke manier wordt hier door de NZa mee omgegaan?

Welke middelen heeft de NZa om wachttijden te verkorten?

Op welke manier wordt hier door ziekenhuizen op gereageerd?

9.1.4. vragenlijst huisarts

Inleiding

Bedankt voor uw tijd.

Onderzoek naar wachttijden van poliklinieken bij het CWZ.

Als huisarts verwijst u patiënten door naar de poliklinieken.

Om die reden wil ik u graag een aantal vragen stellen.

Persoonlijke achtergrond

Hoe lang bent u al werkzaam als huisarts?

Wat is de omvang van de praktijk waarin u werkt? Qua patiënten en qua medewerkers.

Dan zou ik u nu graag een aantal vragen stellen rondom het doorverwijzen van patiënten naar ziekenhuizen.

Contacten.

Naar welke ziekenhuizen verwijst u patiënten door?

Hoe is uw persoonlijke ervaring met de betreffende ziekenhuizen?

Wat is uw ervaring met het CWZ?

In hoeverre hebben deze ervaringen invloed op het doorverwijzen van patiënten?

Doorverwijzen.

Welke overwegingen neemt u mee bij de keuze voor een ziekenhuis?

In hoeverre houdt u rekening met wachttijden bij andere ziekenhuizen?

Wat is de invloed van de patiënt bij de keuze voor een ziekenhuis?

9.1.5. Vragenlijst Manager Financiën en Administratie

Inleiding

Bedanken voor de tijd.

Onderzoek naar wachttijden op poliklinieken in het CWZ en de factoren die hier invloed op hebben. Graag zou ik u enkele vragen willen stellen vanuit het management van het CWZ.

Persoonlijke achtergrond

Graag zou ik u eerst een aantal vragen willen stellen wat betreft uw werkzaamheden op de polikliniek.

Kunt u uw huidige functie omschrijven?

Wat is de omvang van uw aanstelling?

Nu komen een aantal vragen over de gang van zaken op de polikliniek.

Bepaling ziekenhuisbudget

Jaarlijks worden afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over de inkoop van zorg. Hieruit ontstaan budgetten voor de zorg.

Zijn de budgetten passend voor de situatie in het CWZ?

Wijken de budgetten wel eens af van de jaarlijkse afspraken?

Op welke manier wordt er omgegaan met deze afwijkingen?

Waarop is de keuze voor specialisten in loondienst of maatschap gebaseerd?

Competitie tussen ziekenhuizen

In hoeverre houdt u rekening met wat andere ziekenhuizen in de omgeving doen wat betreft wachttijden? Bijvoorbeeld gehanteerde methoden of maatregelen, het uitwisselen van ideeën en strategieën.

Maatschappelijke trends

Welke maatschappelijke trends merkt het CWZ op?

Op welke manier wordt hier mee omgegaan?