

TER DISCUSSIE

Wachten, zin en zonde

WACHTEN IN DE OOGHEELKUNDIGE PRAKTIJK

Saskia M. Imhof en Peter J. Ringens

Het is een uitdaging om de diverse aspecten van ‘wachten’ te belichten. Voor zorgverleners en voor hen die zorg zoeken is wachten altijd onwenselijk. Wachten in de gezondheidszorg is welhaast een doodzonde: het wordt doorgaans geplaatst in de context van inefficiëntie, onveiligheid, onbetrouwbaarheid of schadelijkheid, verlies van arbeidsuren, of zoals een columnist vanuit de wachtkamer schrijft: ‘Ik word spontaan contactgestoord van wachten.’¹ Maar wachten kan ook veilig, functioneel, effectief en patiënt patiëntvriendelijk zijn. Zo kan wachten ook gezien worden als ‘afwachten’, hetgeen een goed en bekwaam arts ook behoort te doen; hij moet het ‘doen’ weten te laten.

In dit artikel beschrijven wij de zin en zonde van het wachten in de oogheelkundige praktijk.

WACHTEN IS EEN ZONDE

Wachten, wachttijden en wachtlijsten zijn sectoroverstijgende onderwerpen in de zorg en zijn actuele en politiek belangrijke onderwerpen voor alle instanties die participeren in de zorg. Diverse zorgpartijen, waaronder onder andere de KNMG, LHV en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, stelden in 2000 in het zogenaamde Treekoverleg (vernoemd naar een bosgebied in de buurt van Amersfoort) een notitie op over aanvaardbare levertijden in de zorg: de streefnormstelling door en voor Treekpartijen.² In deze notitie zijn streefnormen opgesteld voor aanvaardbare wachttijden voor patiënten met electieve aandoeningen, maar ook voor patiënten in een acute levensbedreigende situatie.

Zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen en medisch specialisten, verzekeraars en beleidsmakers hebben dus hun mening en normen opgesteld over wat aanvaardbare wachttijden zijn. Maar er is weinig informatie over wat de patiënt zélf draaglijk vindt wat betreft de duur van het wachten. Begrip voor deze invalshoek kan een belangrijke overweging zijn in de beleidsmatige en politieke discussie.

WACHTEN IN DE OOGHEELKUNDIGE ZORG

Wat betekent dit voor de oogheelkundige praktijk? De oogpatiënt wacht op zorg in een meetbare tijdsperiode tussen het ontstaan van het oogprobleem en de diagnose en behandeling ervan. Onderwijl ervaart de patiënt onzekerheid en machteloosheid, zich zorgen makend over de gevolgen van de oogziekte: ‘Word ik blind?’. Of: ‘mijn rijbewijs verloopt, mag ik door mijn staar nog autorijden op mijn 85e?’ Dit soort vragen knellen en alle wachten op antwoorden – hoe triviaal de vraag ook moge lijken voor een ander – is ongewenst.

De meest voorkomende operatie voor één diagnose is in de meeste westerse landen de cataractoperatie (Nederland: circa 150.000/jaar). Het is dan ook niet verwonderlijk dat er een aantal studies is gedaan naar de perceptie van patiënten over wachttijden bij deze meestal leeftijdsgebonden oogaandoening. Dit werd onder andere onderzocht in een systematische review naar de consequenties van de wachttijd voor een cataractoperatie. In deze studie wordt geconcludeerd dat patiënten die langer dan 6 maanden wachten op de operatie negatieve effecten ervaren, zoals verder verlies van visus, een verminderde kwaliteit van leven en een toename van het aantal valpartijen, ten opzichte van patiënten die korter dan 6 weken wachten.^{3,4} Het beste bewijs dat de zorg niet alleen geld kost, maar dat ook oplevert. Een cataractoperatie in dagbehandeling onder lokale anesthesie is goedkoper dan een klinisch verrichte heupoperatie na een val als gevolg van slechte visus – daarbij zijn de kosten van thuiszorg bij beperkte invaliditeit niet meegerekend.

OPLOSSING VOOR WACHTLIJSTEN EN LANGE TOEGANGSTIJDEN

In de oogheelkunde zijn een aantal lokale, maar ook nationale beleidsmatige oplossingsrichtingen ingevoerd. Het gebruik van het digitale netwerk biedt een keur aan

*Universitair Medisch Centrum Utrecht,
afd. Oogheelkunde (F.C. Donders Instituut),
Utrecht.*

Prof.dr. S.M. Imhof, oogarts.

*VU Medisch centrum, afd. Oogheelkunde,
Amsterdam.*

Prof.dr. P.J. Ringens, oogarts.

*Contactpersoon: prof.dr. S.M. Imhof
(s.m.imhof@umcutrecht.nl).*

mogelijkheden om patiënten en huisartsen gemakkelijk toegang te bieden tot de polikliniek. Zowel digitaal als via een gratis telefonische service kunnen afspraken gemaakt worden en kan triage plaatsvinden. Met als gevolg efficiënte verwijzing naar de juiste professional.

Voor het probleem van no-shows of voor het last minute informeren van de patiënt van eventuele wijzigingen in de afspraak, kan een herinnering per 'short message service' (sms) verstuurd worden, waardoor suboptimaal gebruik van medische en administratieve staf voorkomen wordt.⁵

Tenslotte zal het opzetten van geïntegreerde oogzorg, waarbij korte en duidelijke verwijzingsafspraken met de eerstelijns gemaakt worden en optimale samenwerking met andere BIG-geregisteerde professionals, zoals orthoptisten en optometristen, georganiseerd wordt in de tweede lijn, er voor zorgen dat patiënten efficiënt en met behoud van kwaliteit direct bij de juiste professional terecht komen.

DE ZIN VAN WACHTEN

VEILIG EN FUNCTIONEEL WACHTEN

In de oncologie geldt de gemiddelde wachttijd tot het moment dat de patiënt door een oncoloog gezien wordt, als een belangrijke graadmeter voor kwaliteit van zorg. Een patiënt met verdenking op kanker zou volgens de 2-wekenregel binnen 2 weken gezien moet worden door een specialist. Het is echter interessant om te weten wat voor de patiënt nu werkelijk de kwaliteit van zorg bepaalt.

In de zorg zijn er 2 uitkomst domeinen gedefinieerd: gezondheidsstatus en kwaliteit van zorg.⁶ Met de focus op kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt blijken er – behalve wachttijd – meerdere factoren een belangrijke rol te spelen. Aspecten zoals het professionele vangnet (het kordon van zorgprofessionals) en de attitude van personeel, informatieverstrekking, privacy, kwaliteit van de ziekenhuisapparatuur en sanitaire voorzieningen, maar ook vooral continuïteit en coördinatie van de zorg, blijken naast wachten het gevoel van hoge kwaliteit van zorg en veiligheid te vergroten.⁷ Daarbij is niet het wachten als zodanig aan de orde, maar juist het object van het wachten: wacht de patiënt op iets vluchtigs of op iets dat tegemoet komt aan al die andere facetten van zorg? Als er recht wordt gedaan aan al die andere zaken, dan krijgt wachten een heel andere dimensie. Het wachten van de patiënt wordt dan ruimte bieden voor een zorgvuldige evaluatie door de professional.

Ter illustratie een voorbeeld uit de oogheelkunde: het retinoblastoom, een maligne tumor van het netvlies die op zeer jonge leeftijd ontstaat, wordt meestal bij zeer jonge kinderen in 1 of beide ogen gediagnosticeerd. In

60-70% van de patiënten met een retinoblastoom van sporadische oorsprong, dat wil zeggen de niet-erfelijke vorm, moet voor het behoud van leven, een enucleatie (verwijdering van de oogbol) plaatsvinden. Dit is een grote schok voor de ouders, die moeten beslissen over deze ingreep bij hun nog zo jonge kind. Het verwerken van de diagnose en het zich neerleggen bij deze beslissing vergt tijd. Daarnaast hebben ouders van deze patiëntjes gedurende het proces van acceptatie ook tijd nodig om zich te informeren, via Google of andere (digitale) bronnen. Het aanbieden van een enucleatie binnen 1 week na diagnose blijkt voor de meeste ouders te snel te zijn. Een functionele wachttijd – of wellicht beter: bedenktijd – kan bij deze groep oncologische patiënten juist van groot belang en zeer functioneel zijn.

EFFECTIEF WACHTEN

In de meeste oogklinieken wordt bij de patiënt eerst de refractie (brilsterkte), de oogdruk en de visus gemeten door een ondersteunende professional, zoals een optometrist, verpleegkundige of technisch oogheelkundig assistent. Daarna gaat de patiënt terug naar de wachtkamer. De oogarts verricht vervolgens oogheelkundig onderzoek en druppelt een mydriaticum in het oog, indien de retina verder onderzocht dient te worden. De patiënt neemt vervolgens weer plaats in de wachtkamer zodat het mydriaticum kan inwerken (de inwerktijd bedraagt ongeveer 10-20 min). Na het onderzoek in mydriasis door de oogarts wordt het oogheelkundig consult afgerond. In de situatie van een goed georganiseerde kliniek zal aanvullend onderzoek, bijvoorbeeld gezichtsveldonderzoek, optische-coherentietomographie, echografie of biometrie, direct aansluitend plaatsvinden.

Dit principe van onestopshopping biedt voordelen, maar impliceert ook wachttijd op de polikliniek. Goed geïnformeerde patiënten zien dit functionele wachten als een groot voordeel en de uitstraling van een dergelijke kliniek wordt als patiëntvriendelijk en efficiënt ervaren. Ook hier heeft wachten dus een wel degelijk een rol in de ogen van de patiënt: hij of zij wordt immers direct geholpen bij een bezoek, ongeacht de episoden van wachten tussendoor.

In de eerder genoemde systematische review over de wachttijd voor een cataractoperatie wordt beschreven dat de meeste patiënten overigens zeer tevreden zijn met een wachttijd van 3 maanden of korter; pas als de wachttijd die periode van 3 maanden verder overschrijdt neemt de ontevredenheid toe.³ Kennelijk bestaat er dus ook een periode van wachten, waaraan de patiënt de behoefte voelt, geheel in strijd met de vaak bepleite houding van 'hoe sneller, hoe beter'.

PATIËNTVRIENDELIJK WACHTEN

Om de klantgerichtheid te optimaliseren, is een goed ontworpen en ingerichte wachtruimte van grote toegevoegde waarde. Niet voor niets zijn architecten en binnenhuisarchitecten zich gaan specialiseren in het ontwerpen van wachtruimtes met een filosofie: 'the art of styling' van de wachtkamer. Uitstraling is zeer belangrijk. De uitstraling van een praktijk moet aansluiten bij de filosofie en de identiteit van de praktijk. De moderne praktijk fungeert als medisch centrum, informatiecentrum en ontmoetingsplaats van lotgenoten tegelijk. Het is daarom van groot belang dat de ambiance en uitstraling van de praktijk zoveel mogelijk is afgestemd op de wensen en verwachtingen van de patiënten of klanten.

CONCLUSIE

Wachten als onderdeel van de hoofdzonde 'traagheid' heeft zowel positieve als negatieve aspecten. Wachtijd tot de medische zorg moet op maat gesneden zijn. Juist die maat impliceert dat dit per definitie niet betekent dat

er dus helemaal geen wachttijd mag zijn. Tevredenheid in het traject van een cataractingreep vraagt bijvoorbeeld juist een vertraging; acceptatie van diagnose en behandeling bij maligniteiten vereist dat eveneens. Goede samenwerking tussen de verschillende disciplines, het gebruik van moderne digitale communicatiemiddelen en de juiste patiënt bij de juiste professional kunnen wachttijd en toegangstijd verbeteren. Maar de zin van wachten in de zorg moet ook niet onderschat worden. Oog voor de functie van wachten is belangrijk vanuit het perspectief van de patiënt. Een designwachtkamer met goede koffie helpt deze hoofdzonde draaglijk te maken.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 20 oktober 2010

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A2877

[➤ Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

LITERATUUR

- 1 Meijer S. Wachtkunst. Huisarts en Wetenschap: 2009;4:205.
- 2 Boven PF van. Het Treekoverleg: streefnormen wachttijden curatieve sector. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. <http://www.zorgatlas.nl/thema-s/wachtlijsten/wachtlijsten-ziekenhuiszorg/het-treekoverleg-streefnormen-wachttijden-curatieve-sector>
- 3 Hodge W, Horsley T, Albani D, et al. The consequences of waiting for cataract surgery: a systematic review. *CMAJ* 2007;176:1285-90.
- 4 Dunn E, Black Ch, Alonso J, Norregaard JC, Anderson GF. Patient's acceptance of waiting for cataract surgery: what makes a wait too long? *Soc Sci Med* 1997;44:1603-10.
- 5 Koshy E, Car J, Majeed A. Effectiveness of mobile-phone short message service (sms) reminders for ophthalmology outpatient appointments: observational study. *BMC Ophthalmology* 2008;8:9. doi:10.1186/1471-2415-8-9. www.biomedcentral.com/1471-2415/8/9
- 6 Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000;51:1611-25.
- 7 Wessels H, de Graeff A, Groenewegen G, et al. Impact of integration of clinical and outpatient units on cancer patient satisfaction. *Int J Qual Health Care* 2010;22:358-64.