



**Evaluation waiting times  
registration system**

❖  
~ Evaluation report ~

**Leonie Rubbens**

**July, 2009**



# Evaluation waiting times registration system in The Netherlands

- Evaluation report -

<b>Name of student</b>	Leonie Rubbens
<b>Student number</b>	1840754
<b>E-mail address</b>	irs370@student.vu.nl
<b>Masters program</b>	Management, Policy-Analysis and Entrepreneurship in Health and Life Sciences
<b>Date</b>	July, 2009
<b>Supervision VU</b>	
<b>First lecturer</b>	Jacqueline Broerse
<b>Second lecturer</b>	Marjolein Zweekhorst
<b>Supervision Dutch Hospital Data</b>	Cees Bor, Jan Jozef Pool
<b>Address</b>	Oudlaan 4 3515 GA Utrecht



## **Acknowledgements**

Very special thanks go out to my two supervisors of Dutch Hospital Data, Cees Bor and Jan Jozef Pool, whose expertise and understanding added considerably to the completion of my report. Furthermore, I want to thank Corien Dekker for her assistance provided at all levels of my internship. Thanks goes also out to Bianca Lascaris for her advice, when I had my doubts about study related things.

I would also like to express my gratitude to Jacqueline Broerse for spending her time to supervise me during my internship, particularly regarding the writing of my evaluation report. Furthermore, I would like to acknowledge Jaap Weltevrede for his suggestions and help in statistics and in developing the online questionnaire. Appreciation also goes out to the members of the Working Party Waiting Times, especially Maarten Looijestijn of VWS and Marieke van de Donk of MediQuest, who both made time for me to answer my questions.

Off course, I would like to thank the participants of this study, both respondents and interviewees from general and academic hospitals, because without their help it was impossible to perform this evaluation study.

Finally, I would like to thank Marjolein Zweekhorst for serving as my second lecturer.

## Abbreviations

Table a : Abbreviations used in this evaluation report

	<b>English</b>	<b>Nederlands</b>
CVZ	Health Care Insurance Board	College Voor Zorgverzekeraars
DBC	Diagnose Treatment Combination	Diagnose Behandeling Combinatie
DHD	Dutch Hospital Data	Dutch Hospital Data
DIS	DBC Information System	DBC Informatie Systeem
DOT	DBCs Towards Transparency	DBC's Op weg naar Transparantie
IGZ	Netherlands Health Care Inspectorate	Inspectie voor de GezondheidsZorg
LMR	National Medical Registration	Landelijke Medische Registratie
NFU	Dutch Federation of University medical centres	Nederlandse Federatie van Universitair medische centra
NPCF	Federation of Patients and Consumer Organisations in the Netherlands	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVZ	Dutch Hospitals Association	Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen
NZa	Dutch Healthcare authority	Nederlandse Zorgautoriteit
OMS	Association of Medical Specialists	Orde van Medische Specialisten
RIVM	National Institute for Public Health and the Environment	Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu
VWS	Ministry of Health, Welfare and Sport	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZIS	Hospital's Information System	Ziekenhuis Informatie Systeem
ZN	Health insurances The Netherlands	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMw	Netherlands organisation for Health research and development	Zorg onderzoek nederland/Medische wetenschappen

## Vocabulary medical terms

Table b: Medical terms used in this evaluation report

English	Nederlands
Acute urinary tract infection	Acute urineweginfectie
Adenoid	Neusamandel
Angiography	Bloedvatonderzoek
Anxiety	Angst
Arthrodesis	Permanente immobilisatie van een gewricht
Arthrosis	Artrose
Audiology	Audiologie
Benigne prostate hypertrophy (BPH)	Benigne prostaathypertrofie
Bicycle ergometry	Fietsergometrie
Bladder carcinoma	Blaascarcinoom
Brain injury surgery	Schedelhersenletsels operatie
Cardiac arrhythmia and conduction defects	Hartritme stoornissen
Cardiology	Cardiologie
Catheter	Katheter
Cerebro vasculair accident (CVA)	Beroerte
Cervical disease	Baarmoederhalsafwijkingen
Childhood celiac disease	Coeliakie (overgevoeligheid voor gluten)
Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)	Chronische obstructieve longziekte
Chronical (rhino)sinusitis	Bijholteontsteking
Circumcision	Besnijden
Colonoscopy	Scopie slijmvlies dikke darm
Crohn and Colitis ulcerosa	Chronische darmontsteking
Cruciate ligament	Kruisband
Cystic fibrosis	Taaislijmziekte
Decompensatio cordis	Hartfalen
Dementia	Dementie
Dentistry	Tandheelkunde
Descensus uteri	Baarmoederverwijdering
Dyspepsia	Maagklachten en andere bovenbuikspijn
Elective cardioversion	Stroomstoot over borstkas
Endocrinology	Endocrinologie
Endoscopic retrograde cholangio pancreatography (ERCP)	Onderzoek galwegen en/of alvleesklier
Festers of stomach duodenum	Zweren van maag en twaalfvingerige darm
Functional endoscopic sinus surgery (FESS)	Onderzoek neus(bijholten)
Gastroenterology	Gastro-enterologie (maag, darm, lever)
Gastroesophageal reflux disease (GERD)	Klachten terugstroom maaginhoud in slokdarm
Gendertransformation	Gendertransformatie
Grummets	Buisjes (oren)
Gynaecological indication childbirth	Gynaecologische geïndiceerde 2 <sup>e</sup> lijns bevalling
Gynaecology	Gynaecologie
Hematology	Hematologie (bloed)
Hemorrhoids	Aambeien
Heterotropia	Strabisme (scheelzien)
Inguinal hernia	Liesbreuk
Internal medicine	Interne geneeskunde
Laparoscopy	Inwendig buikholteonderzoek
Larynx	Strottenhoofd
Lithotripter	Steenvergruizer
Lumbosacral radicular syndrome	Radiculaire pijn in één been

Evaluation new waiting times registration system in the Netherlands

<b>English</b>	<b>Nederlands</b>
Lung diseases	Longziekten
Malignant/benignant diseases	Maligne/Benigne ziekten
Menopause	Menopauze
Multiple sclerosis (MS)	Aandoening centraal zenuwstelsel
Nasal septum correction	Neustussenschotcorrectie
Neurology	Neurologie
Neurosurgery	Neurochirurgie
Non-Hodgkin lymphoma	Lymfeklierkanker
Obesity	Obesitas
Obstetrics	Verloskunde
Obstructive sleep apnoea syndrome (OSAS)	Slaapapneu
Oncology	Oncologie
Opacification	Cataractoperatie voor oog
Ophthalmology	Oogheelkunde
Oral surgery	Kaakchirurgie
Orthodontics	Orthodontie
Orthopedics	Orthopedie
Osteoporosis	Botontkalking
Otorhinolaryngology	Keel, neus, oorheelkunde
Pain in childbirth	Pijn bij de bevalling
Palate	Ghemelte
Paranasal sinus	Neusbijholte
Parotidectomy	Verwijdering oorspeekselklier(en)
Pediatrics	Pediatrie
Peripheral artery occlusive disease (PAOD)	Chronische belemmering van de bloedstroom van het been
Phlebology	Flebologie (o.a. spataderen)
Plastic surgery	Plastische chirurgie
Pneumonia and acute bronchi(oli)tis	Longontsteking en luchtweginfectie
Proctology	Proctologie (aambeien)
Radiology	Radiologie
Radiotherapy	Radiotherapie
Rheumatoid arthritis	Ontsteking van gewrichten
Sexually transmitted disease (STD)	Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA)
Sigmoidoscopy	Scopie laatste deel dikke darm
Skin cancer	Huidkanker
Sleep disorders	Slaapziekten
Sports examination	Sportkeuring
Sports medicine	Sportgeneeskunde
Stenocardia	Angina pectoris
Sterilization	Sterilisatie
Surgery	Chirurgie
Tonsil	Keelamandel
Tonsil and adenoid disease	Ziekten van adenoïd en tonsillen
Transient ischaemic attack (TIA)	Tijdelijke beroerte
Transurethral resection (TUR)	Prostaatoperatie
Urine incontinence	Urine incontinentie
Urology	Urologie
Varicose veins	Spataderen
Vascular medicine	Vaatchirurgie
X-rays	Röntgenfoto's

## Summary

### Introduction

In the nineties the long waiting times in Dutch health care were considered as unacceptable by society. Therefore, several initiatives were established to reduce the waiting times problem. These programs had effect, because in 2005 the time of waiting was indeed much lower. However, the demand for information about public waiting times was still growing. Patients indicated that they need public data in order to make a deliberate choice between several health care providers. To realize transparency a new registration system for waiting times was introduced in September 2008.

The new registration system obliges hospitals to publish waiting times monthly on their own website. These data are subsequently copied by MediQuest and delivered to kiesBeter.nl. In the registration system three new definitions for waiting times are defined: waiting times for polyclinics, treatments and diagnostics. The waiting times must be up-to-date and may not be retrospective anymore.

### Methodology

The aim of this study was to attain more insight in the effectiveness and possibilities for improvement of the new waiting times registration system. The research question was as follows:

*To what extent is the registration system of waiting times in Dutch hospitals effective and how can this system be improved?*

The study questions were:

1. What are the criteria for an effective waiting times registration system?
2. To what extent are the definitions, formulated in the waiting times registration system, appropriate?
3. To what extent are hospitals content with the variables that have to be registered in the waiting times registration system?
4. How valid are the waiting times data in the waiting times registration system?
5. Which improvements are recommended and feasible for the new waiting times registration system?

## **Results**

To answer the study questions an online questionnaire and several interviews were used. The results show that almost 70% of the respondents from general hospitals is positive about the new system and about 51% thinks it is effective as well, while 50% of the respondents from academic centres is positive and thinks that the new system is effective.

### *Criteria effective waiting times registration system*

According to the respondents public waiting times must be reliable, complete and unambiguous. Therefore, it is essential that all hospitals use the same methodology in the determination of waiting times. In addition, the majority of the respondents thinks that online waiting times must be realistic and up-to-date. Furthermore, a waiting times registration system can only be effective when the system is user-friendly.

### *Appropriateness definitions in waiting times registration system*

86% of the respondents consider the definition of waiting times for both polyclinics and for diagnostics to be clear. However, many respondents indicate to have difficulties with the definition of waiting times for a treatment. These problems are caused by the fact that it is generally not known in advance which surgery takes place in which session. After all, this depends on several factors, including the availability of surgeons and facilities. Therefore, an accurate planning cannot be made and it is therefore impossible to determine the third possibility in the register of appointments as well.

### *Satisfaction variables in waiting times registration system*

The majority of the interviewees indicates to be very content with the process of the delivery of waiting times through their own websites. In comparison with the DBC Information System (DIS), no distinction is made anymore between waiting times for a day and a clinical treatment. Diversity in the opinion is seen with regard to this topic. About one half thinks that the distinction is not required, but 36% has the opinion that the publication of both waiting times is still necessary. There are also some comments on the loss of information that occurs when MediQuest reads out the information from hospitals' websites and delivers them to kiesBeter.nl. Many hospitals publish much more data than required, but these are not mentioned on kiesBeter.nl. Therefore, it is thought that quite some information is lost.

*Remarks lists polyclinics*

The opinion is that the publication of waiting times for subspecialisms is not relevant. Furthermore, the majority of the respondents thinks that it is nearly impossible to determine waiting times for traumatology, because these generally involve urgent patients.

*Remarks lists treatments*

According to some respondents it is hard to determine waiting times for an uterus removal and a nasal septum surgery. They think that both treatments are related to several diagnoses. Also, a few respondents indicate to have difficulties with the specialisms mentioned between brackets in the determined lists. Finally, one respondent shows that the lists on kiesBeter.nl are not exactly the same as the determined lists of VWS. On kiesBeter.nl a difference is made between a breast augmentation and reduction, whereas the determined lists of VWS prescribes a distinction between breast correction with and without medical indication.

*Remarks lists diagnostics*

According to the majority of the respondents, the following diagnostics are missed in the determined lists: colonoscopy, mammography and X-rays.

*Validity waiting times data in waiting times registration system*

The results are based on a separate database analysis of MediQuest.

*Waiting times data in time*

The results of a separate database analysis show that approximately 80% of the general hospitals deliver waiting times data in time, for academic centres this percentage is about 60%.

*Reliability waiting times data*

To study the reliability of waiting times data a separate study is required. However, due to the fact that this takes much time, it is chosen to use documents of MediQuest as well. Employees of this organisation, acting as mystery patients, called 107 hospitals. They asked the duration of time they have to wait for an inguinal hernia and compared these data with online waiting times. In 35% of the cases the waiting time corresponds with the online waiting time. For 39% the waiting time that was obtained via telephone was less than mentioned online. 26% of

the cases represents the amount of waiting times that was longer than the published waiting times.

#### *Up-to-date or retrospective waiting times*

The results of the MediQuest database analysis show that academic centres deliver more retrospective data than general hospitals. Furthermore, in course of time an increase is seen in the delivery of retrospective waiting times.

#### *Waiting times according to new system*

By the analysis it is demonstrated that more general hospitals than academic centres stick to the new rules and definitions.

#### *Recommendations for new waiting times registration system*

Based on the results, a number of recommendations is suggested.

#### *Definition waiting times treatment*

The most important recommendation is to allow hospitals to publish retrospective waiting times. This will solve the problem regarding the determination of the third possibility in the register of appointments as well.

#### *Expedient automatic registration*

In one participating hospital an automatic registration system is already in use. It is desired to apply this system to other hospitals. Such application has to be regulated on a national level by an independent organisation.

#### *Differences waiting times day treatment and clinical treatment*

Respondents recommend to set up a separate study that evaluates whether there are significant differences in waiting times for day and clinical treatment. When it appears that these data differ considerably, it is certainly wise to publish both waiting times data.

#### *Frequency actualisation*

A number of respondents indicates that the frequency of actualisation of once a month is too less. However, about 20% of the general hospitals does not update her website monthly. Therefore, it is wise to pursue first 100% of timeliness and then, when it appears

that all hospitals refresh their waiting times data more than once a month, it is useful that kiesBeter.nl goes along with this as well.

#### *Publication on kiesBeter.nl*

KiesBeter.nl only publishes those waiting times that are requested by VWS. Therefore, a lot of information is lost. It is recommended here to make patients aware of this fact. This can be done by referring to a very clear link of the hospital's websites on kiesBeter.nl.

#### *Separate or additional lists*

Especially respondents from academic centres are irritated by the fact that not all waiting times data are published on kiesBeter.nl. Therefore, it is advised to develop separate or additional lists with polyclinics, treatments and diagnostics for these centres.

#### *Lists polyclinics, treatments and diagnostics*

For the list with polyclinics it is suggested to delete traumatology. In addition, oncology and hematology have to be mentioned as separate main specialisms.

For the lists with treatments it should be tried to join these with the DBC systematic and in the future to DBC Towards Transparency (DOT). Also, the information on kiesBeter.nl has to correspond with the determined lists by VWS.

The recommendation for the lists with polyclinics includes adding colonoscopy, mammography and X-ray to the determined lists.

#### *Definitions new system mental health institutes*

Per September 2009 all mental health institutes are also obliged to publish waiting times according to new definitions. These have to be linked, if possible, to the definitions of the new registration system for general and academic hospitals.

### **Discussion and conclusion**

The most important recommendation includes the suggestion to change or adapt the definition for waiting times for a treatment. Also, the development of an automatic application that facilitates the registration of waiting times data is required. Dutch Hospital Data can play an important role in the management of this. Future research is needed to study the reliability of public waiting times data. Furthermore, it could be of interest to examine the use of public waiting times by patients in more detail.

## Content

<b>Acknowledgements</b>	I
<b>Abbreviations</b>	II
<b>Vocabulary medical terms</b>	III
<b>Summary</b>	VI
<b>1. Introduction</b>	1
1.1. Waiting times registration system	1
1.2. Working Party Waiting Times	4
1.3. Purpose of research	4
1.4. Set of report	4
<b>2. Theoretical background</b>	5
2.1. Causes of waiting times	5
2.2. Reducing waiting times	6
2.3. Treek standards	7
2.4. Data collection waiting times	7
2.5. New registration system waiting times	8
2.6. Publication of waiting times	9
<b>3. Methodology</b>	
3.1. Research methods	
3.2. Sample group	
3.3. Data analysis	
3.3.1. Quantitative analysis	
3.3.2. Qualitative analysis	
3.4. Bias	
<b>4. Results</b>	
4.1. Criteria for effective waiting times registration system	
4.2. Appropriateness of definitions in waiting times registration system	
4.3. Satisfaction variables registered in waiting times registration system	
4.3.1. Comparison old and new registration system	
4.3.2. KiesBeter.nl	
4.3.3. Remarks on lists	
4.3.4. Remarks on list polyclinics	
4.3.5. Remarks on list treatments	
4.4. Remarks on list diagnostics	
4.5. Validity waiting times data in waiting times registration system	
4.5.1. Waiting times data in time	

- 4.5.2. Reliability waiting times data
- 4.5.3. Retrospective or up-to-date waiting times
- 4.5.4. Waiting times data according to new lists
- 4.6. Recommendations for waiting times registration system
  - 4.6.1. Recommendations for waiting times registration system
  - 4.6.2. Adapt definition waiting times treatment
  - 4.6.3. Develop expedient for application registration waiting times
  - 4.6.4. Study differences waiting times day and polyclinic treatment
  - 4.6.5. Awareness actualisation
  - 4.6.6. Make note of lists kiesBeter.nl
  - 4.6.7. Develop separate or additional lists
  - 4.6.8. Adapt lists with polyclinics, treatments, diagnostics
  - 4.6.9. Adapt definitions new system for mental health institutes

## **5. Discussion and conclusion**

- 5.1. Limitations of studies
- 5.2. Future studies

## **Literature**

## **Appendices**

- I New lists (Dutch)
- II Letter for general and academic hospitals (Dutch)
- III Questionnaire
- IV Interview guideline
- V Mode per statement
- VI Retrospective and up-to-date waiting times
- VII According to old/new system
- VIII Transparent Care
- IX Chi-square test
- X Pearson product-moment correlation coefficient (overall)
- XI Pearson product-moment correlation coefficient (two statements)
- XII Suggestions for calculation waiting times (Dutch)
- XIII Nederlandse samenvatting

Evaluation new waiting times registration system in the Netherlands

## **1. Introduction**

Approximately 15 years ago the average time of waiting for patients in Dutch health care lasted so long that this was considered as unacceptable by both patients and doctors. Also society became very worried, which resulted in a huge commotion in The Netherlands. This was rather remarkable since the phenomenon of waiting times already existed for many years. During the nineties several initiatives were established to reduce and to deal with the problems of waiting times in Dutch health care. Examples are the ‘Wachlijstbrigade sector verpleging en verzorging’ and ‘Taskforce aanpak wachtlijsten’ in 2000 (Kenis, 2003).<sup>1</sup> Also a waiting times fund was founded that provided 295 million euro for Dutch health care between 1997 and 2000.

In contrast to the nineties, the troubles around waiting times seemed to decrease after 2005. However, the demand for information about waiting times that were publicly available grew. After all, public waiting times are important sources of information to patients, because they enable them to make deliberate choices about the options available for treatment. To meet this growing demand an adequate waiting times registration system was required.

### **1.1 Waiting times registration system**

Since September the first, 2008 new rules have been defined for the registration of waiting times in The Netherlands. The regulations are meant for elective care in both general and academic hospitals and are defined by several parties including the Dutch Hospitals Association (NVZ), the Dutch Federation of University Medical Centres (NFU) and the Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS). The main rule of the new registration system is that all Dutch hospitals are obliged to publish their waiting times once a month on their website, according to prescribed definitions. Next, these data are collected by the research firm MediQuest (VWS, 2008).<sup>2</sup> This company developed a database that composes lots of data per Dutch health care provider, in which information can be compared, interpreted and evaluated.<sup>1</sup> Subsequently, the waiting times data are published on kiesBeter.nl and delivered to the Dutch Healthcare authority (NZa) (figure 1).

<sup>1</sup> MediQuest. <http://www.mediquest.nl/>; Last accessed on February the 2<sup>nd</sup>, 2009

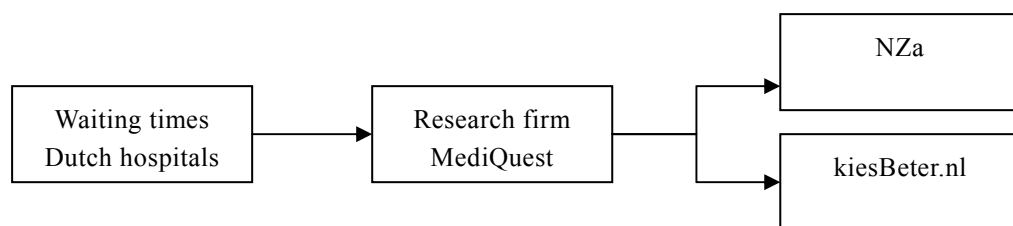


Figure 1: Pathway of delivery waiting times since September 1<sup>st</sup>, 2008 (VWS, 2008)<sup>2</sup>

It is thought that the new way of publication gives patients a complete overview of waiting times in Dutch health care. By the created transparency, the patient has the possibility to compare different health care providers before the start of his treatment.

The new registration system for waiting times includes four main rules that will be explained separately below.

*Rule 1:* In the new system three categories of waiting times are defined, including waiting times for polyclinics, for specific treatments and for diagnostics.

- Waiting times polyclinics: The waiting time for a polyclinic refers to the number of days between the moment that a patient makes an appointment and the moment that the patient visits the polyclinic. Hereby is chosen for the third possibility in the register of appointments. For all main specialisms at least one waiting time must be published. Hospitals are allowed to decide on their own which subspecialism is published. Waiting times for polyclinics include cardiology, dermatology, orthopaedics et cetera.
- Waiting times treatments: The waiting time for a specific treatment refers to the number of days between the moment that a patient receives the indication for a specific surgery until the moment of the intake or surgery takes place. Hereby is chosen for the third possibility in the register of appointments. These waiting times include treatments of varicose veins, hernia and amygdalas et cetera.
- Waiting times diagnostics: Waiting times for diagnostics refer to the number of days between the moment that the patient makes an appointment for the use of a diagnostic technique until the moment of the real application of the diagnostics. Hereby is chosen for the third possibility in the register of appointments. Waiting times for diagnostics include MRI-scans, CT-scans and gastroscopy (VWS, 2008).<sup>2</sup>

These three definitions are combined in figure 2.

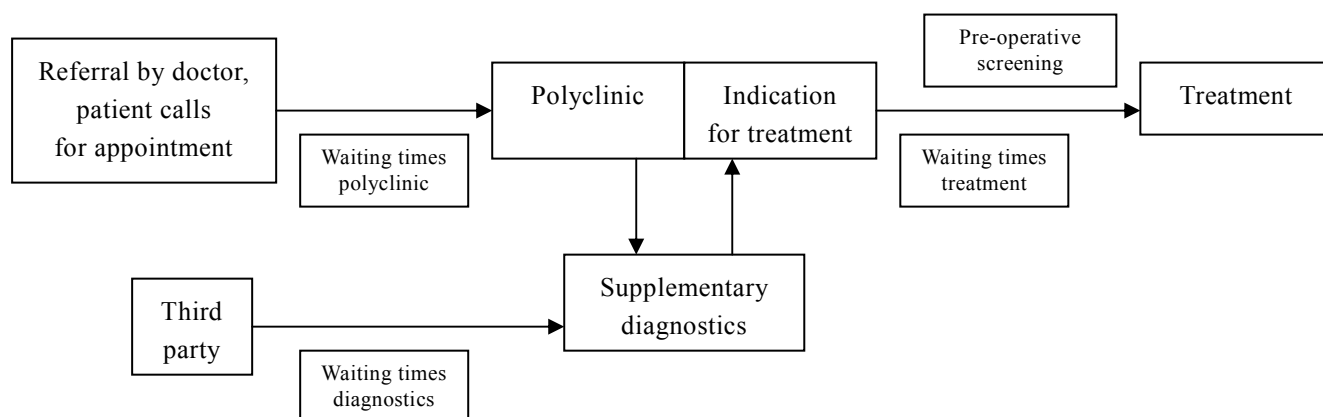


Figure 2: Definitions waiting times combined in one figure

In the new registration system no difference is made between waiting times for day treatment and treatment in a clinic. It is thought that these terms can be interpreted too broadly and it would not make any difference for a patient in choosing between several health care providers. Furthermore, according to the new rules, hospitals do not have to include the number of waiting patients anymore. This is no loss of information to the patient, because the patient is generally interested in how long he has to wait, not in the number of patients that is waiting for the same treatment. Moreover, this results in less administrative burden.

*Rule 2:* The new registration system includes a list of treatments of which waiting times have to be registered. This record is compared with previous lists and subsequently adapted and completed with (sub)specialisms, treatments and diagnostic measures (VWS, 2008).<sup>2</sup> This list can be found in Appendix I.

*Rule 3:* The new registration system obliges hospitals to publish their waiting times monthly. These data have to be made public on the hospital's website before the tenth day of the month (VWS, 2008).<sup>2</sup> The waiting times in weeks are rounded off upwards. Furthermore, the hospitals have to report whether these data are up-to-date or retrospective. The latter means that the average of waiting times is calculated over the previous three months. However, per July 1<sup>st</sup> 2009 hospitals will be not allowed anymore to publish these retrospective waiting times. From that point waiting times data should be up-to-date. The publication of waiting times have to be published as follows: [up-to-date / retrospective] waiting times per [date realization].

*Rule 4:* The NZa will supervise the hospital's obligation to publish their waiting times on their websites. However, it can happen that patients do not have access to internet. In this case, waiting times will be provided to a patient oral or by letter if requested (VWS, 2008).<sup>2</sup>

## **1.2 Working Party Waiting Times**

The new registration system is realised by the Working Party Waiting Times that consists of representatives of NVZ, NFU, VWS, the Association of Medical Specialists (OMS), the Federation of Patients and Consumer Organisations in the Netherlands (NPCF) and Health insurances The Netherlands (ZN). The main goal of this Working Party was to obtain more transparency, because this is in the interests of patients, insurance companies and policy makers. The Working Party Waiting Times monitors, evaluates and adjusts all aspects of the registration system frequently.

## **1.3 Purpose of research**

The aim of this study is to investigate to what extent the registration system of waiting times in Dutch hospitals is effective in order to provide advice for improvements. This results in the following research question:

*To what extent is the registration system of waiting times in Dutch hospitals effective and how can this system be improved?*

## **1.4 Set up of report**

This evaluation report first starts with a description of the theoretical background regarding waiting times registration systems. This chapter is followed by the methodology, including an explanation of the research methods and sample group used in this research. The study questions are formulated here as well. Then, the results are shown on the basis of the five study questions. This report ends with a final discussion.

## 2. Theoretical background

The waiting time in health care refers to the time interval between the moment at which a patient asks for specific health care and the moment that the patients receive this care in fact. Normally, waiting times are distinguished in actual and normative waiting times. The actual time is the time that is measured *afterwards*, contrary to the normative waiting time that involves the time that is determined *in advance*.

A delay of care is often considered as an undesirable fact of health care systems and therefore, waiting times are frequently used in a negative context. However, they could have some beneficial effects as well. For instance, waiting times can be seen as a hospital's working list or order book. They are necessary for hospitals to plan their production processes and they constitute a means of prioritising care. In other words, waiting times provide an estimation of known demand for treatment to assist the planning of hospital's resources (Council of Europe, 1999).<sup>3</sup> Patients can experience certain advantages of waiting times as well. The period of waiting gives them time to prepare for the treatment. Besides, the patient can think about other alternatives for treatment during this period. However, problems can arise when the time of waiting is experienced as unacceptable (Damen, 2006).<sup>4</sup> This can be the case when the actual waiting time crosses the normative waiting time (KWF Kankerbestrijding, 2006).<sup>5</sup> A delay caused by waiting can contribute to a decrease of probability to survival. A study of Oudhoff *et al* (2004) showed that waiting times could result in anxiety, uncertainty and stress among patients. Consequently, a long period of waiting can lead to deterioration in health and loss of utility (Oudhoff *et al*, 2004).<sup>6</sup>

### 2.1 Causes of waiting times

When the demand for medical care exceeds available supply, waiting times arise (Damen, 2006).<sup>4</sup> This demand is dependent on the state of health of the Dutch population, which can be influenced by, for instance, aging and immigration. Studies show that elderly indeed consume a relatively high proportion of health care (Fuchs, 1999; Lubitz *et al*, 2003).<sup>7,8</sup> The development of medical technology is also an important factor in the growing demand of care. Health care providers are now able to treat illnesses that could not be treated before. In addition, due to new information technologies and higher living standards, people are in general more informed, demanding and impatient. Also the 'medicalization' of society plays a role in this, which means that problems are often defined as health conditions that previously

would not have resulted in demands for health care (Council of Europe, 1999).<sup>3</sup> Besides the growing demand, the (lack of) supply of care influences waiting times as well. Low supply of care is generally related to low capacity. When there is lack of, for instance, skilled personnel and other resources, the supply of care is inadequate to meet the demand of patients. Financial factors can have an impact on the supply of care as well. In many health care institutes the budget is low due to the rising costs of health care. This simply results in the fact that a sufficient capacity cannot be reached. Finally, waiting times can also occur as a result of poor management, when (a part of) the process of delivering health care may not function adequately.

Although waiting times are in general the result of a complicated interplay between demand and supply, there is not one single reason why waiting times exists in health care (Council of Europe, 1999).<sup>3</sup>

## **2.2 Reducing waiting times**

There exist several strategies to deal with waiting times on both demand and supply side of care. Examples on the demand side comprise the management of demand thresholds and subsidies of private health insurance. The former includes the prioritization of patients according to need, which means that treatments are provided to patients with higher urgency. This priority for treatment is not based purely on the nature of a patient's disease, but issues about the quality of a patient's life are also considered (Damen, 2006).<sup>4</sup> The subsidisation of private health insurances involves encouraging private health insurance coverage, with the aim of diverting demand from public to private care. This could result in a reduction in the demand of public treatments and an increase in the demand of private treatments (Hurst et al, 2003; Singelenberg, 2004).<sup>9,10</sup>

When the focus is on the supply side of care, health care providers generally need to increase either the capacity or the productivity of health care institutes to reduce waiting times. Increasing capacity can take place via public and private sector or, for instance, by treating patients abroad. Patients and health insurance companies have increased the supply of surgery by purchasing extra activity in Belgium and Germany. Besides, the implementation of Diagnosis and Treatment Combinations (DBC's) could also be seen as a contribution to lower waiting times (Hurst et al, 2003).<sup>9</sup>

## 2.3 Treek standards

Since 2000 the Treek standards are established in The Netherlands (Treekoverleg, 2000).<sup>11</sup> These standard targets, composed by hospitals and medical specialists, offer the maximal acceptable waiting time for elective ailments. These waiting times are determined per sector and are often considered as sort of *benchmarks*. Starting point for the Treek standards was that waiting may not result in health damage or extra workplace absenteeism in patients. Besides the maximal acceptable waiting times, there are also Treek standards for waiting times defined that gives the number of weeks of which at least 80% of the patients must have access to care. Table 1 gives an overview of the Treek standards for polyclinics, treatments and diagnostics (Damen, 2006).<sup>4</sup>

Table 1: Maximal acceptable waiting times (Treek standards) (Busch, 2005)<sup>12</sup>

	Maximal acceptable	80% of patients
Access time for polyclinic	4 weeks	3 weeks
Waiting time for treatment (day/clinic)	6/7 weeks	5 weeks
Waiting time for diagnostics and indication	4 weeks	3 weeks

According to the results of the Treek meeting in 2000, the (maximal acceptable) waiting time can be influenced by three variables:

- The steps in the path of registration: Sometimes there are many illogical steps in the process of patients' registration. Consequently, patients have to wait longer than necessary.
- The way of planning: Poor planning of appointments can result in some delays.
- The amount of available health care capacity: Lack of personnel and resources can result in long waiting times.

## 2.4 Data collection waiting times

The Treek standards were meant as guidelines for hospitals. However, to meet the demand of patients, it is necessary that waiting times are made public as well.

In 2000 NVZ instructed Prismant to collect and administer waiting times data. Prismant is a research and consultancy firm in Dutch health care that works at both macro and micro level.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Prismant. <http://www.prismant.nl/>; Last accessed on February 5<sup>th</sup>, 2009

Waiting times data were delivered, via Prismant, to the Data bank Waiting times and then published on the website of NVZ (Prismant, 2004).<sup>13</sup> However, later on, this data bank was closed due to the fact that since 2005 Dutch hospitals were obliged by law to deliver their waiting times data to the DBC Information System (DIS) (Prismant, 2004).<sup>14</sup>

This national system consists of a data warehouse, in which all information from DBCs is collected including care, costs and waiting times data. All data were registered anonymously whereby the patient's privacy was guaranteed. Next, these waiting times data were delivered to several parties, including NVZ, the Health Care Insurance Board (CVZ) and VWS (NZA, 2008).<sup>15</sup>

A research, performed by NZa, proved that Dutch health care providers were not consistent in the delivery of waiting times data to DIS. In other words, the non-compliance in the delivery of waiting times data to DIS was very high among Dutch hospitals (NZA, 2008).<sup>15</sup> Additionally, on the website of the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) it can be read that the waiting times data in the DIS system were sometimes not complete or up-to-date. Also, differences were often found in data between hospitals' websites and the DIS system. A sample study shows that these deviations could reach 10 weeks. Another limitation of the system was that waiting times were not all comparable, due to the lack of clear definitions. Therefore, a new well-organised registration of waiting times was of high importance for the Dutch patient (Deuning, 2007).<sup>16</sup>

## **2.5 New registration system waiting times**

Growing market forces and an increase in transparency in health care offer patients more freedom of choice. After all, health care providers compete in quality, affordability and service. Quick access is part of this service and one of the highest needs for patients. In this, waiting times that are made public play an important role. As mentioned, since September 2008 new rules have been defined for the registration of waiting times in The Netherlands (VWS, 2008).<sup>2</sup> It is thought that the new registration system gives patients better insight in the time of waiting in Dutch health care. Besides, the patient can compare different health care providers before the start of his treatment.

The published waiting times on hospitals' websites can differ in practice from the actual times because of, for instance, unexpected situations that can both increase and decrease the time of waiting. Meanwhile, if waiting times build up, there are likely to be leakages from the waiting list because, for example, patients move from the hospital's area, their conditions improve

spontaneously or they die while waiting. Therefore, the published times of waiting have to be considered as an indication.

Table 2 gives an overview of the main changes between the old and new registration system of waiting times.

*Table 2: Main changes between old and new registration system waiting times*

	<b>Old registration system</b>	<b>New registration system</b>
Difference day treatment and treatment in clinic	Yes	No
Difference retrospective and up-to-date waiting times	No	Yes
Publication number of waiting patients	Yes	No
Waiting times that have to be registered	Polyclinic, treatment	Polyclinic, treatment, diagnostic
Waiting times delivery to	DIS system	Hospitals' websites
Waiting times collection by	Prismant	MediQuest
Waiting times publication by	NVZ	kiesBeter.nl
Supervision by	NVZ	NZa

## **2.6 Publication of waiting times**

To create a transparent system it is important that waiting times are published. First of all, patients are then able to choose between several health care providers. The open system plays also part in the purchase of health care by health Insurance companies. Furthermore, the Netherlands Health Care Inspectorate (IGZ) can use these waiting times data as sort of supplementary information in her supervision of hospitals.

Online waiting times are also important for general practitioners when they refer their patients. Finally, by the online publication of waiting times the difference in quality will be visible, which can be seen as an incentive to deliver high-quality care by hospitals (ZN, 2009).<sup>17</sup>



### **3. Methodology**

The main goal of this study was to evaluate the new registration system of waiting times. Therefore, five study questions were formulated:

1. What are the criteria for an effective waiting times registration system?
2. To what extent are the definitions, formulated in the waiting times registration system, appropriate?
3. To what extent are hospitals content with the variables that have to be registered in the waiting times registration system?
4. How valid are the waiting times data in the waiting times registration system?
5. Which improvements are recommended and feasible for the new waiting times registration system?

#### **3.1 Research methods**

Before the collection of data started, conversations with employees of Dutch Hospital Data (DHD), VWS and MediQuest took place. These meetings were meant to discuss the exact goals and methodology of this study.

It was chosen to use both qualitative and quantitative methods to answer the study questions. The former included interviews, the latter an online questionnaire. A combination of these methods seemed the most appropriate way of data collection. After all, this would give insight and in-depth information that neither type of analysis could provide alone. Besides, the use of multiple methods, called triangulation, in order to corroborate data sources, increased the reliability of this study as well. The idea behind triangulation is that when there is more agreement of different data sources on a particular issue, the more reliable the interpretation of the data is (Jick, 1979).<sup>18</sup>

In this study, data were first collected via questionnaires and then the interviews took place. This order has the advantage that when questions arose from the questionnaires, the interviewer could ask for more explanations during the interview.

The questionnaire was published on the website <http://wachttijdenenquete.responsnet.nl/>. The invitation for participation for this study was sent by letter to general and academic hospitals, in which the link and password of the questionnaire were presented. Also, an explanation of the objectives of the study was given. Each Board of directors of all general

and academic hospitals received this letter (Appendix II). They were asked to forward the letter to the employees who are responsible for the registration of waiting times in their hospital.

The respondents had two weeks to complete the questionnaire (Appendix III). After one week the researcher called every hospital that did not participate so far to find out what they intend to do. This telephone call can be considered as a reminder. Some of the hospitals indicated to need more time. Therefore, the deadline for the completion of the questionnaire was postponed with two weeks.

Furthermore, semi-structured interviews were used in order to answer the central research question. The interview guide consisted of open-ended questions about different topics (appendix IV). A semi-structured interview was chosen because of the fact that respondents were now able to bring in relevant issues not mentioned in the interview guide, but which can be of importance for the study (Barriball, 2006).<sup>19</sup> The face-to-face interviews took place with employees of Dutch (academic) hospitals, lasting approximately 45 minutes. The respondents were randomly invited via e-mail or telephone. An important inclusion criterion was that the respondent completed the questionnaire meticulously. Then, it was expected that they could add some considerably important suggestions. One of the respondents asked of his own accord to act as an interviewee.

Additionally, a database analysis was performed particularly in relation to the fourth study question (How valid are the waiting times data in the waiting times registration system?). By the use of waiting times documents of MediQuest, the compliance of waiting times data was examined. It was tried to find out whether these information data were valid, up-to-date or retrospective, and published according to the new registration system.

Finally, as supplementary information an interview took place with the product manager of kiesBeter.nl. This conversation was meant to gain more insight in the use of waiting times data by patients.

### **3.2 Sample group**

The sample group of this study consisted of employees of general and academic hospitals. According to DHD, in 2007 there were 146 hospitals in The Netherlands, of which 86 were general, 8 academic and 35 categorical hospitals and 17 rehabilitation centres (DHD, 2009).<sup>20</sup> The eight academic hospitals in The Netherlands are the Academic Medical Centre

Amsterdam (AMC), academic hospital Maastricht (azM), Erasmus Medical Centre (Erasmus MC), Leiden University Medical Centre (LUMC), University Medical Centre Groningen (UMCG), University Medical Centre St. Radboud (UMC St. Radboud), University Medical Centre Utrecht (UMC Utrecht) and VU University medical centre (VUmc).<sup>III</sup> All 86 general and 8 academic centres received the invitation letter.

Starting point was that at least 50% filled in the questionnaire. In practice, the questionnaire was completed by 59 institutes (63%), of which 6 academic and 53 general hospitals. Furthermore, 7 respondents of seven different hospitals were interviewed to get more in-depth information. These interviewees were selected based on their questionnaires. When it appeared that these were entirely filled in, with full attention, the respondents were asked to participate via phone calls as interviewees. Three of them work in an academic centre; four are employed in a general hospital. This sample group can be considered as representative for all Dutch hospitals. There is no indication that there is talk of selective non-response.

### **3.3 Data analysis**

For the interpretation of the results of this study, both a qualitative and a quantitative analysis is necessary.

#### *3.3.1 Quantitative analysis*

For the quantitative data analysis of the questionnaires, both Excel and SPSS 17.0 were used, for instance, for the determination of the internal consistency of the statements. This measure is based on the correlations between different items on the same test and is generally expressed in Cronbach's alpha ( $\alpha$ ). Internal consistency can range between 0 and 1. A commonly-accepted rule of thumb is that an  $\alpha$  of 0.6-0.7 indicates acceptable reliability, and 0.8 or higher refers to a good reliability. High reliabilities (0.95 or higher) are not necessarily desirable, as this indicates that the items may be entirely redundant (Imbos, 2001).<sup>21</sup>

<sup>III</sup> NVZ, Vereniging Van Ziekenhuizen. <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/>; Last accessed on February 10<sup>th</sup>, 2009

Before  $\alpha$  was calculated, some statements were recoded, including the ninth and twelfth statement, because these were formulated in a negative way compared to others. When two statements are both negatively and positively formulated, it can be examined whether the respondents read the statements carefully. Indeed, if it will appear that respondents answered the statements inconsistently, these results should be excluded from the data analysis.

Furthermore, by means of Chi-square tests it was measured whether there was a significant difference in the outcomes of subgroups, including respondents from general and academic hospitals. In this, the p-value indicates the probability of the difference (Imbos, 2001).<sup>21</sup>

Finally, special attention is paid to the 14 statements that were asked in the questionnaire. The respondents could answer here whether they strongly agree, agree, undecided, disagree or strongly disagree. Also the option 'no opinion' could be chosen. Here, the mode was calculated for every statement, which refers to the answer that was chosen most frequently (Appendix V). The Pearson product-moment correlation coefficient was measured as well to assess whether there was a relationship between several statements.

### 3.3.2 Qualitative analysis

For the qualitative analysis of the interviews summaries, approved by the interviewees, an inductive analysis was used. This means that critical themes were emerged out of the data. The raw data from the conversations were identified and placed into logical, meaningful categories (Patton, 1990).<sup>22</sup> This process is often referred as *coding*. As a result of this, a preliminary framework for analysis was created, in which important quotations were highlighted. The next stage of analysis involved re-examination of the categories identified to determine how they were linked. This complex process is sometimes called *axial coding* (Strauss and Corbin, 1990).<sup>23</sup> The main goal of this was to create a picture due to the building of a conceptual model. Finally, this conceptual model was translated into the story line that was written down in the analysis part of this report. These stages, presented in figure 3, occurred simultaneously.

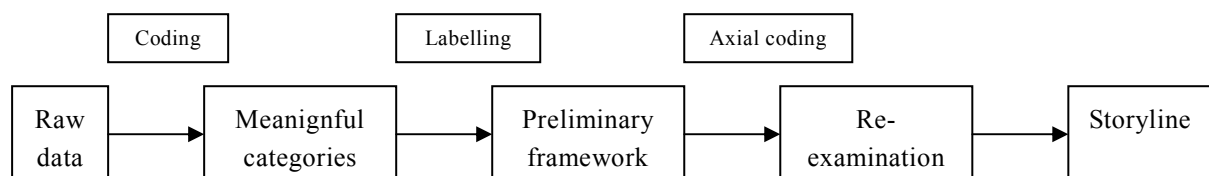


Figure 3: Steps for analysis interviews

### 3.4 Bias

In this study it was hard and nearly impossible to avoid some types of bias. For instance, *interviewer bias* could arise due to the fact that the study was performed by only one researcher. Besides, *response bias* may exist when there were some data missing, for instance, when a respondent did not fulfil the whole questionnaire. Response bias can also be caused by the fact that the respondents were not consistent in answering the questions. As mentioned, the consistency of a questionnaire was calculated by Cronbach's  $\alpha$ . The more homogeneity in items, the greater the internal consistency.

In this study, it was tried to reach a large sample size, which resulted in more gathered information. When more participants are included in a study, the chance of *sample bias* is lower. Indeed, sample size bias can arise when the intended sample does not adequately reflect the spectrum of characteristics in the target population (Sica, 2006).<sup>24</sup> Moreover, the respondents were selected in the way that a homogeneous sample group was created. Because almost all participants were considered to be familiar with the registration of waiting times, heterogeneity between the respondents was considered as minimal (Patton, 1990).<sup>22</sup> An important limitation of this study was the fact that it is almost impossible to avoid social desirability. This refers to the tendency of respondents to reply in a manner that will be viewed favourably by others (Imbos, 2001).<sup>21</sup>

Finally, the design of the questionnaire and the interview guide required some criteria as well. For instance, leading questions like 'Wouldn't you say that...' were avoided. Besides, the questions were specific, clear and applicable to the respondents. Also, the questions were not double-barrelled, which means that a question lends itself possible responses to its subparts. Therefore, misunderstandings were avoided as much as possible.



## 4. Results

The results of this evaluation study will be described on the basis of the five formulated study questions. An important source of the outcomes is the questionnaire that is filled in by 59 different hospitals, of which 53 general and 6 academic centres.

The majority of the respondents (79.7%) is responsible for the registration of waiting times in their hospital. They are occupied in several functions, like care or data managers and staff members of patient logistics and planning. Only 3.4% of the respondents is not familiar with the new rules and definitions of the new system (table 3). This is in accordance with the outcomes on the last statement in the questionnaire that shows that more than 80% of the respondents (strongly) agrees with the fact that the employees in the hospitals are in possession of the new rules. The outcomes for all statements are shown in Appendix V.

Table 3: Characteristics participants (n=59)

		Questionnaire (%)	Interviews (%)
<b>Hospital</b>	General	89.8	58.0
	Academic	10.2	42.0
<b>Sex</b>	Male	39.0	71.0
	Female	61.0	29.0
<b>Responsible for registration</b>	Yes	79.7	86.0
	No	16.9	14.0
	Missing	3.4	0.0
<b>Familiar with new registration system</b>	Yes	93.2	100.0
	No	3.4	0.0
	Missing	3.4	0.0

For a sub-analysis, the study group is divided into two groups, including respondents from general and academic centres. In the former group, 69.8% is positive about the new registration system and 50.9% thinks that this system is effective. Exactly one half of the respondents from academic centres is positive and even nobody is negative about the new system. The same percentage of the respondents from academic hospitals thinks that the new registration system is effective (table 4).

Table 4: General and academic hospitals (n=59)

		General hospitals (%)	Academic hospitals (%)	Total (%)
<b>Positive</b>	Yes	69.8	50.0	67.8
	To some extent	22.6	33.3	23.7
	No	1.9	0.0	1.7
	No opinion	1.9	16.7	3.4
	Missing values	3.8	0.0	3.4
<b>Effective</b>	Yes	50.9	50.0	50.8
	To some extent	13.3	16.7	13.5
	No	9.4	16.7	10.2
	No opinion	17.0	0.0	15.3
	Missing values	9.4	16.7	10.2

In table 4 it is shown how respondents from both general and academic hospitals think about the new registration system. By means of a Chi-square test ( $\chi^2$ ) it is measured whether there is a significant difference in the opinion of both groups. Tables 15 and 16 (Appendix VI) show the outcomes of these tests. The p-value tells how likely something is to be not true. The lower the p-value, the less likely the result (Imbos, 2001).<sup>21</sup>

In this study, the test for the difference in positivism shows a probability of 0.19. The p-value of the results of the opinion on the effectiveness of the new system is even 0.66. Generally, a probability of 0.05 or less is considered to be a significant difference (Imbos, 2001).<sup>21</sup> Therefore, it can be concluded that there is no significant difference among respondents from general and academic centers in their opinion with regard to positivism and effectiveness of the new registration system.

For the other analyses, respondents from both general and academic hospitals are considered as one group. From all respondents who are positive about the new registration system, 63.4% thinks that the new system is effective, 7.3% thinks it is not and the same percentage has the opinion that the system is somewhat effective. One respondent is not positive, but remarkably still thinks that the system is effective. Furthermore, 23.1% of the respondents who indicate to be slightly positive about the new system thinks that the system is effective. The same percentage thinks that the new registration system is not effective at all (table 5).

Table 5: Relation positivism and effectiveness (n=59)

		Positive about new system				
		Yes (%)	Somewhat (%)	No (%)	No opinion (%)	Missing values
<b>Effective</b>	Yes	63.4	23.1	100	0.0	0.0
	Somewhat	7.3	30.8	0.0	50.0	0.0
	No	7.3	23.1	0.0	0.0	0.0
	No opinion	17.1	15.4	0.0	0.0	100.0
	Missing values	4.9	7.6	0.0	50.0	0.0

Besides the questionnaire, interviews took place to obtain more background information with employees of DHD, VWS, RIVM, MediQuest, and respondents of general and academic centres. Important quotations of these interviewees are included in this chapter.

#### 4.1 Criteria for effective waiting times registration system

For an effective registration of waiting times, reliable data are required. All respondents agree that a registration system must consist of waiting times that are complete, up-to-date and unambiguous. The latter means that all hospitals have to use same definitions and methods in their determination of these data. Therefore, an unambiguous systematic for this calculation is necessary, because this enables patients to compare all published waiting times data in a fair way. An interviewee of an academic centre summarises it as follows:

*“The main criteria for online waiting times include reliability, completeness, unambiguity and comparability.”*

It is an indisputable fact for the respondents that online waiting times have to be reliable. This is emphasized by the fact that more than 80% of the respondents totally agrees with the statement that no doubt may exist about the reliability of waiting times data (statement 7). A somewhat lower percentage, 62.5%, has the same opinion about the fact that a registration system must be self-explanatory (statement 8). These results are presented in Appendix V.

Furthermore, according to the respondents a registration system of waiting times must be simple and accessible for all patients. In this, it must be clear which criteria and guidelines are used in the determination of waiting times. According to some respondents, this does not always count for the new registration system. For instance, many patients do not know that the third possibility is used in the determination of waiting times. This third possibility in the register of appointments is chosen to avoid possible disturbing strokes of luck. Indeed, when

the first possibility is chosen, unrealistic information may be published. This can be the case when the first possibility in the register of appointments is, for instance, the next day, but other possibilities will be two weeks later. Therefore, only one patient can be treated within one day, but the majority of the patients have to wait at least two weeks. It is therefore thought that the third possibility in the register of appointments would give a more realistic time of waiting for the majority of the patients.

According to some respondents, the correctness of published waiting times must be under control of an independent party. Careful watch, by means of inspections, must be kept to see whether waiting times data are published correctly. Correct data means waiting times that give good indication of the time of waiting. This means that data that are published on hospitals' websites must correspond with the waiting time that is mentioned when a patient calls for an appointment. One respondent thinks it is necessary to refresh the online waiting times more than once a month.

*“After all, when waiting times are not realistic, people get frustrated and irritated.”*

This opinion is in agreement with other respondents' thoughts. The frequency of the publication of waiting times of once a month is not sufficient enough, because the effects of a logistical intervention can now only be seen after one month. When, for instance, a specialist works overtime, this results in shorter waiting times than what is published on the website.

According to the respondents, a user-friendly waiting times registration system contributes to an effective system. Because hospital's information systems (ZIS) do not always involve an automatic waiting times registration application, it takes much effort to collect all these data manually.

Now, in almost all hospitals the registration of waiting times is the responsibility of one employee. This person receives waiting times data, mainly in Excel-sheets, from the heads of diverse departments. The employee copies these data and publishes them on the hospital's own website. One of these employees has the following opinion:

*“It takes much time to collect and publish all waiting times manually. Therefore, I am looking forward to use an application that allows us to register these data automatically.”*

One participated hospital already works with a well-developed application that facilitates the registration and publication of waiting times. The application is under management of two central administrators. Once a month, a number of decentral administrators from several departments of the hospital are warned to register their waiting times data. Next, these data are delivered to the central administrator, who has the authorization to publish them online. Besides, for a number of waiting times the calculation occurs automatically every month.

Another criterion for an effective waiting times registration system, according to the respondents, is that the publication of these data have to promote the competition among hospitals. After all, hospitals must compete with others and it is thought that transparency of waiting times data would increase this. In other words, the publication of waiting times facilitates the market forces among hospitals.

Finally, the results of the questionnaire show that it is of great importance that MediQuest copies waiting times data from hospital's websites very accurate. After all, this organisation delivers these data to kiesBeter.nl, which publishes them online. Because this website guarantees a fair comparison, all waiting times data must be up-to-date and highly reliable. Therefore, it is of great importance that every responsible employee from MediQuest, but also from hospitals, handles waiting times data very meticulously.

#### **4.2 Appropriateness of definitions in waiting times registration system**

In the current registration system new definitions for polyclinics, treatments and diagnostics are formulated. As mentioned earlier, for all definitions the third possibility in the register of appointments has to be determined. The respondents were asked to give their opinion on the clearness of the new definitions. For 86.4% both the definition of waiting times for polyclinics and for diagnostics is clear. However, some respondents suggest to call waiting times for polyclinic *access times*. The definition of the waiting time for treatment is understood by 64.4% of the respondents (table 6).

The waiting time for a specific treatment refers to the number of days between the moment that a patient receives the indication for a specific surgery until the moment of the intake or surgery takes place. Hereby is chosen for the third possibility in the register of appointments. One respondent reports that the definition for waiting times of treatments means really nothing. According to him, this definition could only work when there is an elective agenda.

This agenda does not exist in many hospitals, due to the fact that there is too much interference that has to be taken into account in the planning. This interference includes factors like presence of surgeons and required facilities. The respondent believes therefore that the determined definition for waiting times of treatments cannot be applied in practice.

*“The definition for the waiting times for a treatment is clear in the textual meaning, but not in the practical sense.”*

Table 6: Clarity definitions waiting times (n=59)

Clarity definition waiting times	Yes (%)	Somewhat clear (%)	No (%)	No opinion (%)	Missing values (%)
<b>Polyclinics</b>	86.4	6.8	1.7	0	5.1
<b>Treatments</b>	64.4	10.2	18.6	1.7	5.1
<b>Diagnostics</b>	86.4	3.4	3.4	1.7	5.1

Nearly all interviewees let also know that they have difficulties in the registration of up-to-date waiting times for treatments. These problems are generally caused by the fact that almost all treatments occur in a surgery complex. It is not known beforehand which type of surgery takes place in which session. The surgeries are dependent on the presence of surgeons, (less) urgent patients, available beds and staff and so on. As a consequence, the planning cannot be made in advance so the third possibility in the register of appointments can also not be defined. Thus, it is impossible to establish what the waiting time for a specific treatment would be. Besides this, in some hospitals there does not exist any standard register of appointments for treatments at all.

Therefore, it is thought that an estimation is now generally made for the moment that the treatment will fit into the operating room. An interviewee of a general hospital expresses this as follows:

*“Because the determination is too difficult and not applicable in practice, I think that guesswork is now mainly used by the responsible employees.”*

This quotation is in accordance with the experience of another interviewee.

*“I called five different hospitals to check the uniformity in the use of the determination of waiting times. All what I found was great diversity, some hospitals publish retrospective waiting times, others indicative, median, averages and so on.”*

The comment about the definition of waiting times for treatments is made by almost every participant, both in the questionnaire and during the interviews. A respondent gives the following remark:

*“Up-to-date waiting times for treatment cannot be determined, because of the interference of too many factors in the planning. I know for sure that now all hospitals interpret and use other norms to determine these data. Therefore, published waiting times for treatment do not give any reliable information to patients.”*

An interviewee of an academic centre experiences also difficulties in the determination of the third possibility for waiting times for a treatment and comes up with a suggestion.

*“The definitions of VWS require that only up-to-date waiting times may be published. However, the most important aim of the publication of waiting times information is that patients can compare several reliable data. Therefore, it would be better if VWS allows hospitals to publish, if possible, both retrospective and up-to-date waiting times data for treatments.”*

In addition, another interviewee suggests to use the median, in stead of the average, over the last three months in the calculation of retrospective waiting times. The median separates the half of the data from the lower half, according to a normal distribution. However, an important stipulation is here that patients who wait voluntarily and patients who do not, are separated. After all, the inclusion of the former group works detrimental to hospitals, due to the fact that voluntarily waiting patients increase the median of waiting times data.

There is one respondent who indicates to prefer the first in stead of the third possibility regarding waiting times data for treatment. However, other respondents do not agree. One participant responses as follows:

*“The first possibility can be a chance hit. My experience is that the third possibility in the register of appointments is a good standard for the determination of the waiting time for a polyclinic or diagnostic measure. However, the determination of the third possibility for a treatment is another story...”*

As the results show, nearly all respondents think that especially the definition of waiting times for treatments is very inappropriate and has to be changed in order to use in practice.

Finally, some respondents are not content with the guideline that obliges hospitals to publish waiting times data per (sub)specialism. They prefer to determine and publish these data *per specialist* separately. However, this opinion is in contrast with the opinion of other participants, like expressed by one interviewee of a general hospital.

*“I am not very keen about the idea to publish waiting times per specialist. In this, patients can think that surgeons with longer waiting times should be better than other specialists. This results in the fact that there is no made of use of the total capacity.”*

#### 4.3 Satisfaction variables registered in waiting times registration system

The results of the questionnaire show that the majority of the respondents (67.8%) is positive about the new rules and definitions, only 1.7% is negative, 3.4% does not have an opinion and 23.7% of the respondents is slightly positive.

In the questionnaire, the respondents were also asked whether the new system is effective. About one half (50.8%) thinks that the new system is indeed effective. About 10% does not see the effectiveness of the new system and 13.5% is neutral (table 7).

Table 7: Opinion about new registration system\* (n=59)

	Yes (%)	To some extent (%)	No (%)	No opinion (%)	Missing (%)
<b>Positive about new registration system</b>	67.8	23.7	1.7	3.4	3.4
<b>New registration system effective</b>	50.8	13.5	10.2	15.3	10.2

\* These numbers are the same as mentioned in table 4.

The majority of the participants indicates to realize that the registration system for waiting times has some important advantages. An interviewee of an academic centre gives the following example:

*“Besides the fact that transparency is created, the main advantage of the new registration system is that it brings, in my opinion, notice to the existence of waiting times among*

*hospitals. The publication of waiting times data can then be considered as an internal trigger for the processes within each hospital.”*

This is in accordance with the results on the statements at the end of the questionnaire with regard to the provision of advantages by the new registration system (Appendix V). More than 66% of the respondents (strongly) agrees that the publication of waiting times offers a hospital more advantages than disadvantages (statement 1). Moreover, 84% does also (strongly) agree that these advantages apply to patients as well (statement 3).

Furthermore, 39.3% totally agrees with the second statement referring to the fact that the publication of waiting times increases the patient friendliness of a hospital. 42.9% indicated that more transparency is created by online waiting times (statement 6).

#### 4.3.1 Comparison old and new registration system

In the new system no distinction is made anymore between waiting times for day treatment and a treatment in a clinic, lasting several days. Diversity in the answers among the respondents is seen with respect to this topic. 35.6% thinks that a difference between these two waiting times is essential, in contrast to 49.2% that does not agree with the distinction. 6.8% does not have an opinion and from 8.4% of the respondents data are missing (table 8).

Table 8: Opinion on distinction waiting times day and clinical treatment (n=59)

	Yes (%)	No (%)	No opinion (%)	Missing (%)
<b>Distinction day and clinical treatment</b>	35.6	49.2	6.8	8.4

The interviewees differ, like the respondents in the questionnaires, in their opinions as well. One interviewee of a general hospital has the following opinion:

*“One of the good points of the new registration system is that there is no distinction made anymore between waiting times for day and clinical treatment. I think that this will not make any difference when a patient wants to choose between several hospitals.”*

However, the above-mentioned opinion clashes with another interviewee’s opinion. According to this interviewee, the difference between both waiting times is essential.

*“After all, these two waiting times can differ considerably. In practice, the waiting time for treatments that last several days, probably takes longer than for day treatment.*

*The main goal is still to inform the patient correctly.”*

When a hospital publishes different waiting times for both day and clinical treatment, MediQuest now adds up both waiting times and takes the average. These data are subsequently published on kiesBeter.nl. However, this results, according to an interviewee of an academic centre, in totally wrong and misleading information to the patient.

*“You can not compare apples and oranges.”*

Compared to DIS the delivery of data has been changed in the new system. In the old system all hospitals were obliged to deliver their waiting times information, via Prismant, to the DBC Information System. An interviewee of a general hospital gave the following comment:

*“In my opinion, the delivery of waiting times in the old system did not work at all. Hospitals had to register waiting times that were meant for other people. I had the feeling that none of the hospitals did derive any advantage from this system.”*

Furthermore, per September 2008 hospitals have to publish their waiting times data on their own websites, from where they are then read out by MediQuest and published on kiesBeter.nl. It is expected that this way of data delivery would reduce the administrative burden. From the results it can be concluded that this process is seen as a real improvement. The main reason for this, according to the respondents, includes the fact that much time is saved now, like one interviewee indicated as well.

*“The new system enables a faster registration and publication, because the connections between responsible parties are shorter. When mistakes are made, one phone call to MediQuest is enough to correct the errors.”*

Finally, in the new registration system, hospitals are allowed to publish the shortest time of waiting for a subspecialism. This is especially the case when a ‘general’ waiting time for a main specialism in the polyclinic cannot be determined. However, a remarkable fact is that not every participant is well-informed about this rule, as shown in this quotation:

*“Some hospitals are price fighters and publish the shortest waiting time. Others publish only the average. That is not fair.”*

#### 4.3.2 KiesBeter.nl

The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) receives waiting times data from MediQuest and publishes them online on the site kiesBeter.nl. To get more insight in the use of these data an interview took place with the product manager of this site. Within RIVM several statistics are collected that show how much and how often data are used by the visitors of the site. The interviewee indicated that within the subsite ‘hospitals’ especially data of waiting times, diseases and quality catch attention. Table 9 shows that visitors of the subsite ‘hospital’ of kiesBeter.nl are mostly interested in waiting times data.

Table 9: Visitors of the subsite ‘hospitals’ of kiesBeter.nl

Part	Percentage (%)*
Waiting times	38.6
Search on disease	20.8
Quality	17.6
Place or postcode	16.8
Specialism	10.2
Prices	7.7
Search on name	5.9
Specialized centres	5.1
Information about hospital admission	4.4
Facilities	1.9
Information about polyclinic	1.4
Search on catchword	1.0
Search on emergency care	0.0

\* A client can visit several parts. These are counted every time; therefore the sum score is more than 100%.

From the interviews with the respondents from general and academic centres it became clear that the majority thinks that patients search more on the hospitals’ own website than on kiesBeter.nl. They mainly have the opinion that only a single patient exerts himself to compare several hospitals’ waiting times data by the use of kiesBeter.nl.

The majority of the interviewees thinks that also other factors than waiting times influence patients’ choices. These factors include the location of a hospital or specific preferences for a specialist. One interviewee thinks that kiesBeter.nl is not used frequently by patients at all:

*“KiesBeter.nl is a practical tool for the comparison of waiting times data. However, in my opinion, patients do not take that much effort. When a patient wants to know more*

*information, he will go directly to the hospital's website. After all, this site produces all extant information that a hospital has in order to give information in a fair and accurate way."*

#### 4.3.3 Remarks on lists

One of the main questions in the questionnaire was what the respondents think about the lists of (sub)specialisms for polyclinics, treatments and diagnostics, defined by the Working Party Waiting Times.

A lot of the (academic) hospitals offer more specialistic care than that is included in the determined lists. However, a considerable part of this information is not listed on kiesBeter.nl. Indeed, data of waiting times on this site are only the determined polyclinics, treatments and diagnostics according to VWS. Therefore, in the opinion of the respondents there is a substantial loss of information to the patient. For instance, for a children's hospital, waiting times for psychiatrics is subdivided into eating disorders, somatic diseases, externalised and internalised disorders for both child and youth psychiatrics. This is important information, because waiting times differ to a large extent here. An interviewee of an academic emphasizes her opinion:

*"We want that all this 'extra' information is also published on kiesBeter.nl, because a patient cannot choose between several hospitals on the basis of incomplete data."*

One interviewee is uninformed and even surprised about the fact that online waiting times are not all copied exactly from the hospital's websites. After the interview has taken place, he plans to contact MediQuest about this.

Furthermore, another essential remark that is made by an employee of an academic centre is that the lists are especially developed for adults. However, some centres offer specialistic children's care as well. In the opinion of the respondent, the determined lists could not be applied to infants. For instance, the distinction between waiting times with and without anaesthesia is not mentioned. However, the first type is generally used for children.

#### 4.3.4 Remarks on list polyclinics

The main remark among the respondents on the lists for polyclinics includes the fact that a separate notion of waiting times for a subspecialism does not have, in some cases, any surplus value. One example of this is the waiting time for hypertension, now part of internal

medicine, because it is often considered to be related to other diseases. Moreover, one respondent thinks that is meaningless, in any case, to have and use separate agenda's for all subspecialisms.

However, this opinion is in contrast with what other respondents and interviewees think, like one of them also remarks:

*“We have to publish all data, as much as possible. This also applies to separate subspecialisms. Online data are all meant for patients, because only based on a complete data set, patients can optimally compare hospitals.”*

Specifically, nearly all respondents indicate that it is almost impossible to register waiting times for traumatology, which is now part of general surgery. For this subspecialism there is talk of urgent cases, so an elective waiting time cannot be published. Another respondent has problems with the registration of waiting times for oncology. Most of the oncology patients get preference, based on indication. Because the diagnosis becomes only clear after the first appointment has taken place, a waiting time is hard to define, as expressed in the following answer of a respondent:

*“How can a patient make an appointment for an oncology polyclinic when the diagnosis is not known?”*

The waiting time for neonatology produces some problems as well, indicated in the questionnaire by another respondent:

*“How can I determine and calculate, for Heaven's sake, waiting times for new neonates?”*

Some respondents have remarks on the specialism allergology. They indicate that waiting times for this specialism are spread out over dermatology, pediatrics and otorhinolaryngology. Furthermore, another respondent notices that he prefers to replace endocrinology, subspecialism of internal medicine, by diabetes care. Also, one respondent doubts the mention of waiting times for metabolic diseases, subspecialism of pediatrics.

*“I think that the meaning of this concept is not clear for the majority of the patients.”*

Finally, the remark is made that there is a significant distinction between waiting times for pain control and anaesthesia. The latter can include pre-surgical conversations, which is totally different than pain control.

The respondents were also asked which (sub)specialisms they miss in the determined lists. Some of them indicate to consider oncology as a separate specialism, which is now part of general surgery, gynaecology and lung diseases. Furthermore, some respondents indicate to register hematology as a separate specialism, now considered as a subspecialism of internal medicine. The same applies for vascular surgery, which is now a subspecialism of surgery. Several (sub)specialisms that are missing, according to the participants, are shown in table 10.

*Table 10: Suggestions for additional (sub)specialisms polyclinic*

Specialism	Subspecialism
Cardiology	Cardiac arrhythmia and conduction defects, stenocardia (angina pectoris)
Dementia	
Dentistry	
Gastroenterology	Malignant/benignant diseases, oncology
Gynaecology	Menopause, obstetrics, urine incontinence
Hematology	
Internal medicine	Oncology
Lung diseases	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)
Neurology	Cerebro Vascular Accident (CVA), Transient Ischaemic Attack (TIA)
Oncology	
Oral surgery	
Orthodontics	
Orthopedics	Arthrosis, foot, hip, knee, shoulder, traumatology, wrist
Otorhinolaryngology (nose, throat, ear)	Audiology, cardiology, endocrinology, general (ear, larynx, paranasal sinus, tonsil), oncology
Pediatrics	
Phlebology	Varicose veins
Plastic surgery	Gender transformation, lip, palate
Radiotherapy	
Sleep disorders	
Sports medicine	Sports examination
Surgery	Inguinal hernia, obesity, proctology (hemorrhoids), small surgeries, varicose veins
Urology	Sterilization, urine incontinence
Vascular medicine	

#### 4.3.5 Remarks on list of treatments

The majority of the respondents seems not very content with the list of treatments of which waiting times have to be registered. Overall, the respondents miss some treatments (table 11). Besides, according to one respondent it is absolutely unclear which criteria are used for composing this list.

*“It seems to me that these treatments are determined without any experience.”*

Again, some respondents want to publish more data than prescribed. For instance, otorhinolaryngology treatments differ for children and adults. The second group is generally treated within one day, contrary to the former group. Waiting times can differ for adults and children in a considerable degree.

Some respondents experience problems with waiting times for hernia. According to the new system, hernia treatments take place by orthopedics or neurosurgery. However, a few respondents indicate that hernia surgeries never occur by the first type of specialism. The same applies for the waiting times of carpal tunnel syndrome, which can take place by plastic surgery, orthopedics, surgery and neurosurgery. A few respondents indicate that plastic surgery is used mostly. Therefore, they see the specification of other specialisms as superfluous.

Moreover, a number of respondents has problems with the registration of the waiting time for uterus removal. This type of treatment knows several indications that are related to different diagnoses. The same applies for a nasal septum treatment, as indicated by a respondent in the questionnaire:

*“These types of treatments are out of date. Nowadays, there are many other classifications that have to be taken into account in the determination of waiting times for these treatments.”*

Some respondents indicate to have difficulties with specialisms that are mentioned between brackets in the determined lists. For instance, a surgery of the sterilization of a man could also take place by urology, but also by surgery.

Finally, one of the respondents remarks that the list on kiesBeter.nl is not exactly the same as the list that hospitals have to follow. Waiting times on this site are published for breast augmentation and breast reduction. However, it is determined that a difference in waiting times must be made public for breast correction with and without medical indication.

Table 11: Suggestions for additional treatments

Specialism	Treatment
Cardiology	Catheter, elective cardioversion, pacemaker
Gynaecology	Curettage, descensus uteri, laparoscopy, NovaSure
Neurology	Carpal tunnel syndrome, hernia
Neurosurgery	Cervical hernia
Ophthalmology	Heterotropia (strabismus) surgery
Orthopedics	Arthrodesis, cruciate ligament (knee), scoliosis surgery, Weilby sling (wrist surgery)
Otorhinolaryngology	Grummets (ear), Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS) for nose, nasal septum correction, parotidectomy (ear)
Plastic surgery	Neurolysis, tenolysis for Duypuytren
Surgery	Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography (ERCP), laparoscopic inguinal hernia
Urology	Circumcision, lithotripter (removal renal stones), sterilization, Trans Urethral Resection (TUR)

#### 4.3.6 Remarks on list diagnostics

The participants of this study are critical on the diagnostics of which waiting times must be published now. These diagnostics are MRI-scans, CT-scans and gastroscopy. The waiting times for these measures show huge differences in specialism. For instance, a MRI-scan for surgery can mean 10 weeks waiting, for oncology 5 weeks and for neurology 57 weeks. This specification is not mentioned separately on kiesBeter.nl. Because of this problem none of the waiting times are currently published, but this is of course not the most appropriate way of creating transparency.

Again, an interviewee of an academic centre comments that a separate list for children is necessary here as well. On kiesBeter.nl it is not mentioned that children are generally narcotised during a surgery. However, waiting times for diagnostic measure with and without narcosis vary considerably.

In table 12 the suggestions for additional diagnostics are presented. The majority of the participants indicates that they want to add colonoscopy, mammography and X-rays to the determined lists. Also, a respondent asks why waiting times data must be published only for gastroscopy and not for all scopies. This is in accordance with the opinion of another interviewee:

*“We want to enlarge the list with scopes, because there exist much more important examinations in practice.”*

Table 12: Suggestions for additional diagnostics

Specialism	Diagnostics
Cardiology	Bicycle ergometry, Duplex, Electro Cardio Gram (ECG)
Gastroenterology	Sigmoidoscopy
Radiology	Colonoscopy, Dual-Energy X-ray Absorptiometry (DEXA), Doppler, echography, mammography, X-rays
Vascular medicine	Angiography

#### 4.4 Validity waiting times data in waiting times registration system

The fourth study question is answered by means of a database analysis. These data have been collected since September 2008 until May 2009 by MediQuest. An analysis of the datasets shows that some mistakes were made and that some data were missing. However, the gross of these problems was solved after a meeting with one of the employees of MediQuest.

##### 4.4.1 Waiting times data in time

According to the new system, hospitals have to publish their waiting times data in time. This means that MediQuest must have received the data before the tenth day of each month. In figure 4 an overview is given of the percentage of general and academic hospitals that deliver their waiting times data in time.

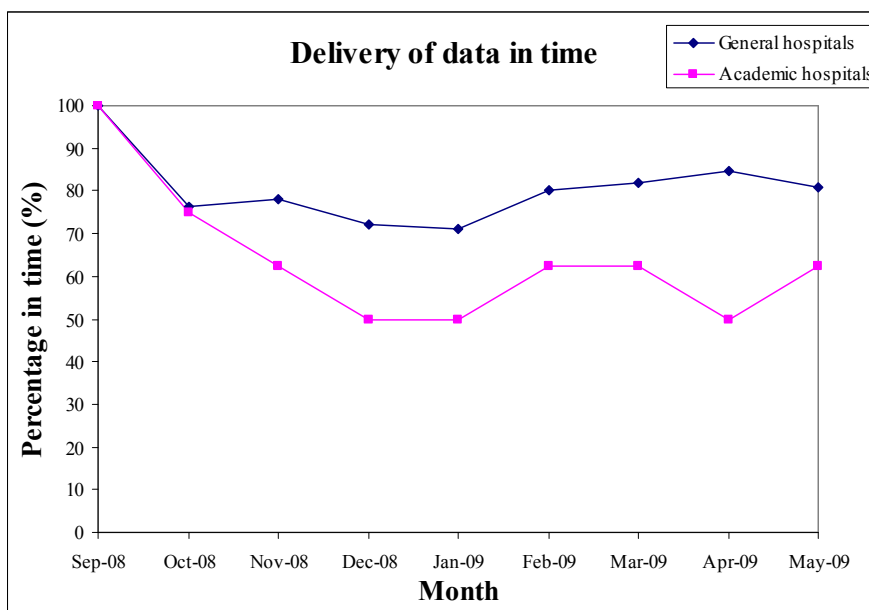


Figure 4: Overview general and academic hospitals that publish their waiting times data in time

Figure 4 shows that a higher percentage of general hospitals refreshes their online waiting times data in time, compared to academic hospitals. In September 2008 the new registration system was introduced. After establishment a quick drop is seen for especially academic hospitals, which continues to the lowest points of about 50% in December and January, thereafter varying between 50-60%. For general hospitals applies around 80% publishes their data in time. This percentage remains relatively constant over time.

#### 4.4.2 Reliability waiting times data

It is of great importance that published waiting times are reliable. Unfortunately, to perform a high-quality study that investigates this issue takes much time. Therefore, for the current study it is chosen to omit this topic. However, in October 2007 MediQuest performed a research, in which the reliability of waiting times for a visit in a polyclinic was tested. Employees of MediQuest, acting as *mystery patients*, called several Dutch hospitals to make an appointment for an inguinal treatment. Next, the duration of the waiting time was written down and compared with waiting times on the hospitals' own websites.

The results of the study showed that the waiting times were known in 107 health care institutes, of which 7 academic, 96 general (including categorical hospitals) and 4 day hospitals. The waiting times published on the hospitals' websites and the waiting times via telephone calls varied from 0 to 7 weeks. The average waiting time for an inguinal treatment in both an academic and day hospital was 3 weeks. This does not count for the waiting time in a general hospital in which the average time of waiting was 1.5 week. In addition, an employee of an academic hospital advised the *mystery patient* to make an appointment in a general hospital, due to the long duration of 26 weeks that applies for the inguinal treatment in that academic hospital.

Just over one third (35%), the actual waiting time corresponds with the time that was published on the website. Furthermore, 39% of the duration of waiting times that was obtained via telephone was less than mentioned on the website. In three hospitals this was even 2.5 weeks shorter. 26% of the cases represents the amount of waiting times that was longer than published on the hospital's websites. However, it has to be noticed that in 80% of these cases the difference was only 1 week. Finally, the study performed by MediQuest found out that the biggest gap between the waiting time that was published online and that was obtained via telephone applies to a day hospital. This difference was 4 weeks higher than mentioned on the website (MediQuest, 2007).<sup>25</sup>

#### *4.4.3 Retrospective or up-to-date waiting times*

Waiting times data can be either retrospective or up-to-date. Retrospective means that the average of the actual waiting times is calculated over the previous three months. From July 1<sup>st</sup> 2009 hospitals are not allowed anymore to publish retrospective waiting times, but the published data should be up-to-date. In figures 5, 6 and 7 (Appendix VI) the percentage of delivered waiting times data per month for specialisms, treatments (including diagnostics) and subspecialisms are presented that were either retrospective or up-to-date. The figures show that for each month academic centres deliver more retrospective waiting times compared to general hospitals. This does not apply for the month September, but this may be caused by the fact that this was the starting point of the new waiting times registration system. Furthermore, it is seen that, in course of time, the amount of up-to-date waiting times decreases for academic centres. This is caused by the fact that these centres did not make clear whether waiting times were retrospective or up-to-date. At the start, MediQuest delivered waiting times data in favour of these centres to kiesBeter.nl, so considered them as up-to-date. However, since January 2009 these indistinctive waiting times data are regarded as retrospective.

In figure 7 it is seen that for November and December a lot of subspecialisms are unknown or even missed. This is caused by the fact that not every hospital offers all subspecialisms that are determined by VWS. MediQuest considers these as unknown.

#### *4.4.4 Waiting times data according to new lists*

MediQuest pays attention to the fact whether hospitals deliver their waiting times according to the new registration system. Figures 8, 9 and 10 (Appendix VII) give an overview of the number of waiting times that were delivered according to the old and new registration system. The figures show that general hospitals publish their waiting times data more according to the new registration system in comparison to academic centres. For the month September a lot of data is missing, probably caused by the fact that the new registration system was introduced in this month. There are also some data missing for subspecialisms (figure 10), because not every hospital offers all subspecialisms. These are considered as unknown by MediQuest.

## **4.5 Recommendations for waiting times registration system**

In this paragraph improvements for the registration system of waiting times are suggested, based on the results of the questionnaires and the interviews.

### *4.5.1 Adapt definition waiting times treatment*

The definition of the waiting time for a treatment is still a critical point. Nearly all participants experience difficulties in the determination of this waiting time. This goes hand in hand with the planning of the third possibility, which is almost impossible to define. In almost all hospitals there is no method or application in use that makes this determination possible. Therefore, it is thought that the definition is not applicable in practice.

Some participants think that it will be more reliable to use retrospective waiting times data for treatments in stead of up-to-date data. After all, the main goal of the publication of waiting times is to give patients a fair indication of the time of waiting. A few respondents think that this will be better achieved by publication of retrospective waiting times. Therefore, it is recommended to allow hospitals publishing retrospective waiting times data for treatments, also after July 2009. The publication of these data solves the problem of the determination of the third possibility in the register of appointments as well.

In addition, it is suggested that when retrospective waiting times data are used, it is better to determine the median in stead of the average over the past three months, because it is thought that this would be a more reliable measure. This is true, since the median refers to the middle of a distribution, which means that half of the waiting times scores above the median and half below this measure. However, for a hospital it will not be beneficial when voluntarily waiting patients are included here as well. Therefore, these waiting times have to be separated from the time of waiting of patients who do not wait voluntarily.

Because almost all participants indicate to have problems with the rigid character of the definition for the waiting times of a treatment, it seems necessary and almost unavoidable to enlarge or change this definition.

### *4.5.2 Develop expedient for application registration waiting times*

Nowadays, in many hospitals the collection and calculation of waiting times data occurs manually. The results of this study show that the need for a computerized application is (very) high. In addition, the chance of errors may be diminished, because such application makes sure that all hospitals use the same method in the determination of waiting times. Therefore,

one important advice is to develop a national automatic and uniform expedient for the registration of waiting times.

In one of the participating hospitals there is already a well-defined application in use. This system could be introduced in other hospitals as well. When such applications are indeed regulated on a more national level, an independent organisation is required for the management of the introduction and maintenance of this application.

It has to be kept in mind that the new developed application for the registration of waiting times must easily connect to existing internal hospital systems.

#### *4.5.3 Study differences waiting times day and polyclinic treatment*

Whether the difference between waiting times for day and clinical treatment, that lasts several days, must be reintroduced is unclear. Among the respondents a large variety is seen with regard to this topic. One respondent suggests that it would be a good idea if a (random) sample test is taken. The results of this test have to demonstrate whether there is a significant difference between waiting times for day treatment and clinical treatment. If it will appear that in reality just for a select group a difference is meaningful to publish, it is not necessary to make a distinction between both waiting times.

#### *4.5.4 Awareness actualisation*

Some of the respondents think that it is better to refresh online waiting times data more than once a month. This would result in data that are more up-to-date. They want to shift the monthly deadline to a two-weekly deadline. However, this requires much effort for hospitals and MediQuest. Therefore, the advice here is to still keep the monthly deadline, also due to the fact that now about 80% of general hospitals deliver their data in time. However, when it will appear that nearly all hospitals refresh their data more frequently, it is wise to adapt the actualisation for MediQuest and kiesBeter.nl as well.

#### *4.5.5 Make note of lists kiesBeter.nl*

The fact that MediQuest copies only those waiting times data that are requested by VWS from hospitals' websites and delivers them to kiesBeter.nl irritates some respondents. Some hospitals publish more waiting times data than required, but these are not mentioned on kiesBeter.nl. It is thought by respondents that this way of delivery results in a loss of information to the patient. The participants who came up with this remark, emphasize the fact that it is of great importance that kiesBeter.nl publishes a data set that guarantees a fair and

complete comparison between all waiting times data. Then, the patient gets an exhaustive overview of all waiting times. This remark is made by especially respondents from academic centres. After all, they generally offer more specialisms than is mentioned in the existing lists. This criticism on kiesBeter.nl also accounts for the work of MediQuest. Some participants have their doubts whether it is useful that this organisation copies waiting times data from hospitals' websites, since a lot of information is lost in this process. Therefore, it is at least necessary that it will be mentioned on kiesBeter.nl that waiting times for other (sub)specialisms can be found on the websites of hospitals. Now, a link is already presented, but according to the respondents it has to be made more clear and visible to the patient.

#### *4.5.6 Develop separate or additional lists*

It would be wise to develop an additional list with (sub)specialisms for children. Indeed, there consist essential differences in waiting times for adults and children, for instance, caused by the application of anaesthesia in latter group. Moreover, it is considered meaningful to develop different lists with (sub)specialisms for general and academic centres. As mentioned, the latter offers generally more specialistic care which cannot be shown according to the determined lists in the new registration system for waiting times.

#### *4.5.7 Adapt lists with polyclinics, treatments, diagnostics*

The respondents in this evaluation study came up with some suggestions for improvements of the determined lists with polyclinics, treatments and diagnostics.

For the lists with polyclinics, it is considered wise to delete the subspecialism traumatology. The majority of the participants indicates that it is impossible to determine a waiting time for this subspecialism of general surgery. Furthermore, it would be wise to add the main specialisms oncology and hematology to the list with polyclinics.

A remark on the list with treatments includes the fact that an uterus removal has several indications. These are generally related to different diagnoses. It would be better here to start from lists according to DBCs or a total treatment diagnosis in stead of a single treatment.

Therefore, the lists with diagnostics should be more connected to the DBC systematics or, in the future, to DOT. The latter includes a redesigned DBC system that is developed to create more transparency. The improved DBC-system will be introduced in 2010.<sup>IV</sup>

<sup>IV</sup> DBC Onderhoud. <http://www.dbconderhoud.nl/>; Last accessed on May 29<sup>th</sup>, 2009

Moreover, it is recommended by one respondent to check all (sub)specialisms whether a waiting time still gives meaningful information. Another important point that is made, refers to the fact that the list with treatments includes a difference for waiting times of breast correction with and without medical indication.

KiesBeter.nl makes a difference in waiting times for breast augmentation and reduction. This has to be changed in order to create comparable lists. The most urgent suggestion for an additional treatment includes curettage (gynaecology).

For the lists with diagnostics applies that especially colonoscopy, mammography and X-rays are missed. Therefore, it would be wise to add these to the standard lists. Furthermore, it is considered difficult to define one waiting time for, for instance, a MRI-scan. A subdivision of several subspecialisms per diagnostic is recommended.

In addition, during a meeting of the Working Party Waiting Times, an employee of NPCF, states that she is working on *Transparent care*. This project is established by the IGZ by order of VWS. The aim is to provide insight in several (quality) indicators of Dutch health care. These indicator sets have already been developed for 25 diseases (tranche 1 and 2), based on prevalence number and evidence-based guidelines (Appendix VIII). The minister of VWS demands to have a list of 80 diseases before 2011.<sup>V</sup> For the current study it is checked whether these diseases can also be found back in the determined lists of the new registration system. Then, it is seen that especially urine incontinence, subspecialism of urology, is missed. Therefore, it is recommended to include this specialism in the lists as well.

#### *4.5.8 Adapt definitions new system for mental health institutes*

One interviewee indicates to have problems with the definitions that will be introduced for mental health institutes. Per September 2009 all these centres are obliged to publish their waiting times according to new national definitions. However, these deviate from the definitions in the evaluated registration system for general and academic centres. It is recommended, where possible, to use the same methods and definitions for both registration systems.

<sup>V</sup> Zichtbare zorg – Ziekenhuizen. <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen>; Last accessed on May 13<sup>th</sup>, 2009

## 5. Conclusion and discussion

In September 2008 a new waiting times registration system was introduced in the Netherlands. This system is meant for both general and academic hospitals and includes new definitions and rules for the registration of waiting times (VWS, 2008).<sup>2</sup> For the current study the new system was evaluated by means of an online questionnaire and several interviews among hospitals' employees.

According to the literature, the registration of waiting times has several advantages. First of all, organisations that do not record waiting times data have usually great difficulties in the management of waiting times. After all, without adequate data hospitals do not know whether problems concerning waiting times exist. So, waiting times cannot be tackled in the absence of adequate information systems. Secondly, waiting times are necessary for hospitals to plan their production processes. They provide a statement of known demand for treatment to assist the planning of hospital resources. Based on waiting times data hospitals can make their planning. Finally, waiting times data are important sources of information for patients, because they assist patients in choosing that hospital in which they will be treated (Council of Europe, 1999).<sup>3</sup> In order to meet these advantages mentioned above, an effective waiting times registration system is required. In this, definitions have to be clear for both patients and employees in a hospital. After all, only unambiguous rules enable a fair comparison of waiting times data of different hospitals.

As the results of this evaluation study showed, almost all participants came up with almost the same bottlenecks of the new system, including the determination of the third possibility in the register of appointment. This possibility was chosen in order to avoid possible strokes of luck (VWS, 2008).<sup>2</sup> However, because a planning for treatments can generally not be made in advance, the third possibility can also not be determined. Therefore, it is essential and almost unavoidable to adapt or enlarge the definition for the waiting times of a treatment. This suggestion can be seen as the most important recommendation for the new registration system. Another criticism includes the remark that MediQuest copies only those waiting times data that are requested by VWS. Therefore, some information is lost in this process. It is questionable here whether the intermediary role that MediQuest plays is still necessary.

On the one hand, some participants indicate that they are content with the role of MediQuest in this process. On the other hand, some respondents are less positive about the so called *MediQuest-roundabout*. They think that the role of MediQuest is somewhat superfluous.

Nearly all hospitals register and calculate waiting times data manually. Therefore, an automatic application that facilitates this process is required. This is in benefit of the publication as well, because fewer mistakes are thought to be made. It is therefore highly recommended to develop a national based system that can be used by all Dutch hospitals. In one of the participating hospitals such application is already in use, which may be introduced in other hospitals as well. For the management of this, an independent organisation is required. Here, Dutch Hospital Data could play an important role. After all, this foundation is in charge of the supervision of hospital data collections in The Netherlands. Therefore, DHD could take upon the management of automatic registrations of waiting times data in both general and academic hospitals.

### **6.1 Limitations of study**

The interviewees were selected based on their answers in the questionnaires. When it appeared that the questions were filled in very accurately, these respondents were invited for an interview. Consequently, respondents who did not have much time for the completion of the questionnaire, were excluded from the interview group. This might have led to omission of information. Furthermore, not every Dutch general and academic hospital participated in this study. In total, 59 out of 94 hospitals is considered as an acceptable number. Therefore, the study population can be seen as a representative sample group. However, it has to keep in mind that it is somewhat difficult to draw conclusions from results of only 6 academic hospitals in comparison with 53 general hospitals.

### **6.2 Future studies**

Due to a lack of time the reliability of the waiting times data was studied by use of a research of MediQuest. However, to examine this in more detail a separate study is necessary. Therefore, future studies that evaluate the reliability of waiting times data would be of great interest. Furthermore, in this research only opinions of hospitals' employees are included. However, it is not shown how patients think about the new system. Therefore, it could be of interest to examine which (sub)specialisms they miss in the determined lists with polyclinics, treatments and diagnostic measures. Future studies can show as well whether patients use public waiting times in their choice for a specific hospital.

## Literature

1. Kenis, P. Crisis in de gezondheidszorg – De wachtlijstproblematiek. *Blad Bestuurskunde* 2003;12(2):88-96
2. VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief Nieuwe wachttijdenregistratie; 30 mei, 2008
3. Criteria for the management of waiting lists and waiting times in healthcare. *Strasbourg: Council of Europe* 1999;99:21
4. Damen, P. Wachtlijstproblematiek – Literatuuronderzoek gericht op de patiënt met kanker. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding; Februari, 2006
5. Werkgroep Wachtlijstproblematiek, specifiek gericht op de patiënt met kanker. Advies inzake wachttijdnormen in de kankerzorg. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding; Maart, 2006
6. Oudhoff, JP, Timmermans, DRM, Bijnen AB, van der Wal, G. Waiting for elective general surgery: physical, psychological and social consequences. *ANZ Journal of Surgery* 2004;74(5):361-7
7. Fuchs, VR. Health care for the elderly: How much? Who will pay for it? *Medicare and Public Policy* 1999;11-21
8. Lubitz, J, Cai, L, Kramarow, E, Lentzner, H. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. *NEJM* 2003;349:1048-55
9. Hurst, J, Siciliani, L. Tackling excessive waiting times for elective surgery: A comparison of policies in twelve OECD Countries. *Organisation for Economic Co-operation and Development*; July 7<sup>th</sup>, 2003
10. Singelenberg, J. Ouderen nu en in de toekomst. Toekomstverkenning 2000-2020 door RIVM en SCP in opdracht van VWS. Utrecht; 2004
11. Treekoverleg. Notitie Streefnormstelling wachttijden curatieve sector. Zeist; 2000
12. Busch, MCM. Welke normen zijn er voor aanvaardbare wachttijden in de zorg? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven; 26 september, 2005
13. Prismant. Handleiding Landelijke Wachtlijstregistratie, versie 200401
14. Prismant. Wachtlijstsinformatie op basis van Minimale Dataset uit het DIS. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van NVZ-vereniging van ziekenhuizen. Utrecht; September 2004
15. NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Ziekenhuiszorg 2008 – Een analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment 2008; Juli 2008
16. Deuning, CM. Allergologie. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*. Bilthoven; 23 april 23, 2007
17. Samenwerkingsafspraken Kwaliteitsinformatie Transparantie Medisch-specialistische zorg.  
[http://www.zn.nl/Images/Samenwerkingsafspraken%5B1%5D\\_tcm6-40565.pdf](http://www.zn.nl/Images/Samenwerkingsafspraken%5B1%5D_tcm6-40565.pdf);  
2009
18. Jick, TD. Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. *Administrative Science Quarterly* 1979;24(4):602-11
19. Barriball, KL. Collecting data using a semi-structured interview: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing* 2006;19(2):328-35
20. DHD, Dutch Hospital Data. Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2007. Utrecht; 2009

21. Imbos, T, Janssen, M, Berger, M. Methodologie en Statistiek – Deel 1 Universiteit Maastricht: Faculteit der Gezondheidswetenschappen; 2001
22. Patton, MQ. Qualitative Evaluation and Research Methods (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc; 1990
23. Strauss, A, Corbin, J. Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc; 1990
24. Sica, GT. Bias in Research Studies. Radiology 2006;238:780-9
25. MediQuest. Uitkomst onderzoek wachttijden liesbreuk; 2007
26. Fieller, EC, Pearson, ES. Tests for rank correlation coefficients. Biometrika 1961;48(1-2)29-40
27. Baarda, DB, de Goede, MPM, van Dijkum, CJ. Basisboek – Statistiek met SPSS. Houten: Wolters-Noordhoff Groningen; 2007

## Appendix I      New lists (Dutch)

Wachttijden polikliniek:

1. Allergologie
2. Cardiologie
3. Chirurgie algemeen
  - Vaatchirurgie
  - Gastro-enterologie
  - Mammalogie
  - Oncologie
  - Traumatologie
4. Dermatologie
5. Gastro-enterologie (maag-, darm-, leverarts)
6. Gynaecologie algemeen
  - Oncologie
  - Infertiliteit
7. Interne geneeskunde algemeen
  - Endocrinologie
  - Nefrologie
  - Immunologie
  - Infectieziekten
  - Hypertensie
  - Hematologie
8. Kaakchirurgie
9. Keel-, neus-, en oorheelkunde
10. Kindergeneeskunde algemeen
  - Cardiologie
  - Endocrinologie
  - Gastro-enterologie
  - Reumatologie
  - Metabole ziekten
  - Nefrologie
  - Neonatalogie
  - Sociale pediatrie
11. Klinische geriatrie
12. Longziekten
  - Oncologie
13. Neurochirurgie
14. Neurologie
15. Oogheelkunde
16. Orthopedie
17. Pijnbestrijding/Anesthesiologie
18. Plastische chirurgie
19. Psychiatrie
20. Reumatologie
21. Revalidatie
22. Thoraxchirurgie
23. Urologie

## Wachttijden behandeling

1. Dotterbehandeling (cardiologie)
2. Spataderen (chirurgie)
3. Liesbreuk (chirurgie)
4. Galblaas (chirurgie)
5. Sterilisatie man (urologie)
6. Prostaatoperatie/Prostaatcarcinoom (urologie)
7. Totale heup operatie (orthopedie)
8. Kijkoperatie knie (orthopedie)
9. Totale knie operatie (orthopedie)
10. Hernia (orthopedie)
11. Hernia (neurochirurgie)
12. Borstcorrectie met medische indicatie (plastische chirurgie)
13. Borstcorrectie zonder medische indicatie (plastische chirurgie)
14. Buikwandcorrectie (plastische chirurgie)
15. Dupruytren (plastische chirurgie)
16. Carpaal tunnel syndroom (plastische chirurgie)
17. Carpaal tunnel syndroom (orthopedie)
18. Carpaal tunnel syndroom (chirurgie)
19. Carpaal tunnel syndroom (neurochirurgie)
20. Sterilisatie vrouw (gynaecologie)
21. Baarmoederverwijdering (gynaecologie)
22. Neus- en/of keelamandelen (keel-, neus- en oorheelkunde)
23. Oorbuisjes (keel-, neus- en oorheelkunde)
24. Neustussenschot (keel-, neus- en oorheelkunde)
25. Staaroperatie (oogheelkunde)
26. Open hartoperatie (thoraxchirurgie)

## Wachttijden diagnostiek

1. MRI-scan (radiologie)
2. CT-scan (radiologie)
3. Gastroscopie (gastro-enterologie)

## Appendix II Letter for general and academic hospitals (Dutch)

Geachte heer/mevrouw,

Op 1 september 2008 is een nieuw wachttijdenregistratiesysteem voor algemene en academische ziekenhuizen ingevoerd (brief VWS gedateerd 30 mei 2008, kenmerk CZ/FBI-2853272).

De nieuwe definities en regels voor het openbaar maken van wachttijden zijn opgesteld door de Werkgroep Wachttijden. Vertegenwoordigd in deze werkgroep zijn NVZ, NFU, OMS, NPCF, ZN en VWS.

Het vernieuwde systeem heeft als doel wachttijdgegevens op kiesBeter.nl en op ziekenhuiswebsites betrouwbaarder, actueler en transparanter te maken. Uniformiteit is hierbij belangrijk: de cijfers op kiesBeter.nl dienen identiek te zijn aan de door u zelf gepubliceerde wachttijden.

### *Toelichting nieuwe wachttijdenregistratie*

Het vernieuwde wachttijdenregistratiesysteem verplicht ziekenhuizen maandelijks, voor de tiende dag van de maand, de wachttijdgegevens op hun website te publiceren. Deze gegevens worden vervolgens door het onderzoeksbureau MediQuest afgelezen en doorgeleverd aan onder meer kiesBeter.nl.

In deze opzet krijgt de patiënt meer inzicht in de aanvang van een behandeling en heeft tevens de mogelijkheid verschillende ziekenhuizen te vergelijken.

In de vernieuwde wachttijdenregistratie zijn drie soorten wachttijden gedefinieerd, namelijk de wachttijd voor de polikliniek, voor een specifieke behandeling en voor diagnostiek. Het onderscheid tussen de wachttijden voor een meerdaagse opname en een dagbehandeling is vervallen. Tevens is de lijst met behandelingen aangepast en aangevuld.

Ten slotte dienen de gepubliceerde wachttijden volgens de nieuwe registratie elke maand actueel te zijn. Niet alle ziekenhuizen zijn echter in staat deze actuele gegevens aan te leveren. Zij mogen nog tot 1 juli 2009 de retrospectieve wachttijd publiceren.

### *Evaluatie nieuwe wachttijdenregistratie*

Op verzoek van de Werkgroep evalueert DHD het vernieuwde wachttijdenregistratiesysteem. Met de uitkomsten wordt inzicht verkregen in mogelijke verbeterpunten voor het nieuwe systeem.

Naast een enquête waarvoor alle ziekenhuizen worden uitgenodigd deel te nemen, zal bij een aantal respondenten een 'diepte-interview' worden afgenomen.

In het belang van het onderzoek is het noodzakelijk dat zoveel mogelijk ziekenhuizen in de evaluatie worden betrokken.

De inlogcode die u ontvangt is bedoeld voor de hoofdlocatie. Wanneer u de enquête voor elke locatie wilt invullen kunt u daarvoor separate codes aanvragen.

Het is van belang dat degene die de vragen invult een goed inzicht heeft in de wachttijdenregistratie in het ziekenhuis, doorgaans is dit het Hoofd afdeling opnameplanning van uw instelling.

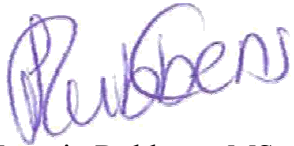
Wij verzoeken u vriendelijk uw medewerking te verlenen en **vóór 9 april** de enquête in te vullen.

De vragen vindt u op **wachttijdenenquete.responsnet.nl**

Uw inlogcode is

Als u naar aanleiding van deze brief nog vragen heeft, kunt u contact opnemen met ondergetekende.

Met vriendelijke groet,



Leonie Rubbens, MSc  
Dutch Hospital Data  
030-2739584  
rubbens@hospitaldata.eu

## **Appendix III      Questionnaire**

### **Evaluatie nieuwe wachttijdenregistratie ziekenhuizen**

Dit onderzoek wordt door Dutch Hospital Data uitgevoerd op verzoek van de Werkgroep Wachttijden.

In deze werkgroep zijn meerdere partijen vertegenwoordigd, namelijk de ziekenhuizen, de Orde, het ministerie van VWS, de patiëntenfederatie en de zorgverzekeraars.

U kunt inloggen met de code die vermeld is in de brief die uw ziekenhuis over het onderzoek heeft ontvangen.

Wij verzoeken u vriendelijk deze vragenlijst in te vullen vóór 9 april 2009.

Eventuele vragen kunt u richten aan:

Mw. Leonie Rubbens, MSc  
Dutch Hospital Data  
Mail: [rubbens@hospitaldata.eu](mailto:rubbens@hospitaldata.eu)  
Tel.: 030 273 95 84

## Contactgegevens

- Contactpersoon
- Man/vrouw
- Functie
- Telefoon
- Email-adres

## Algemeen

Het vernieuwde wachttijdenregistratiesysteem heeft als doel wachttijdgegevens op kiesBeter.nl en ziekenhuiswebsites betrouwbaarder, actueler en transparanter te maken.

1. Bent u verantwoordelijk voor de wachttijdenregistratie in uw ziekenhuis?  
Ja/Nee
2. Bent u bekend met het vernieuwde wachttijdenregistratiesysteem dat per september 2008 is ingevoerd?  
Ja/Nee
3. Staat uw ziekenhuis positief tegenover het vernieuwde wachttijdenregistratiesysteem?  
Ja/Nee/Enigszins/Geen mening

Eventuele opmerkingen bij dit onderdeel

## Vernieuwde lijsten

De vernieuwde wachttijdenregistratie houdt in dat wachttijden van uw ziekenhuiswebsite worden afgelezen en vervolgens worden gepubliceerd op kiesBeter.nl. Dit gebeurt aan de hand van het nieuwe systeem waarin de lijst met de te registreren behandelingen is aangepast en aangevuld.

U kunt per (sub)specialisme, diagnostiek en behandeling die items aankruisen waarvan u het niet (langer) zinvol vindt dat deze worden gepubliceerd. Het is niet noodzakelijk dat het (sub)specialisme, de diagnostiek of de behandeling in uw ziekenhuis wordt aangeboden. U kunt dan ook over alle items uw mening geven.

Wanneer u een item aankruist dat volgens u geschrapt mag worden, verschijnt er een invulvak waarin u een toelichting kunt geven.

1. Wanneer u van mening bent dat één of meerdere **(sub)specialismen polikliniek** geschrapt mogen worden uit de vernieuwde wachttijdenregistratie, kruis deze dan aan. Motiveer uw antwoord.

1. Allergologie
2. Cardiologie
3. Chirurgie algemeen
  - Vaatchirurgie
  - Gastro-enterologie
  - Mammapoli
  - Oncologie
  - Traumatologie
4. Dermatologie
5. Gastro-enterologie (maag-, darm-, leverarts)

6. Gynaecologie algemeen
  - Oncologie
  - Infertiliteit
7. Interne geneeskunde algemeen
  - Endocrinologie
  - Nefrologie
  - Immunologie
  - Infectieziekten
  - Hypertensie
  - Hematologie
8. Kaakchirurgie
9. Keel-, neus-, en oorheelkunde
10. Kindergeneeskunde algemeen
  - Cardiologie
  - Endocrinologie
  - Gastro-enterologie
  - Reumatologie
  - Metabole ziekten
  - Nefrologie
  - Neonatalogie
  - Sociale pediatrie
11. Klinische geriatrie
12. Longziekten
  - Oncologie
13. Neurochirurgie
14. Neurologie
15. Oogheelkunde
16. Orthopedie
17. Pijnbestrijding/Anesthesiologie
18. Plastische chirurgie
19. Psychiatrie
20. Reumatologie
21. Revalidatie
22. Thoraxchirurgie
23. Urologie

2. Als er één of meerdere (sub)specialismen zijn die volgens u nog toegevoegd moeten worden aan de publicatie op kiesBeter.nl, dan verzoeken wij u deze hier te noteren.

3. Wanneer u van mening bent dat één of meerdere **behandelingen** geschrapt mogen worden uit de vernieuwde wachttijdenregistratie, kruis deze dan aan. Motiveer uw antwoord.

1. Dotterbehandeling (cardiologie)
2. Spataderen (chirurgie)
3. Liesbreuk (chirurgie)
4. Galblaas (chirurgie)
5. Sterilisatie man (urologie)
6. Prostaatoperatie/Prostaatcarcinoom (urologie)
7. Totale heup operatie (orthopedie)
8. Kijkoperatie knie (orthopedie)
9. Totale knie operatie (orthopedie)
10. Hernia (orthopedie)

11. Hernia (neurochirurgie)
12. Borstcorrectie met medische indicatie (plastische chirurgie)
13. Borstcorrectie zonder medische indicatie (plastische chirurgie)
14. Buikwandcorrectie (plastische chirurgie)
15. Dupruytren (plastische chirurgie)
16. Carpaal tunnel syndroom (plastische chirurgie)
17. Carpaal tunnel syndroom (orthopedie)
18. Carpaal tunnel syndroom (chirurgie)
19. Carpaal tunnel syndroom (neurochirurgie)
20. Sterilisatie vrouw (gynaecologie)
21. Baarmoederverwijdering (gynaecologie)
22. Neus- en/of keelamandelen (keel-, neus- en oorheelkunde)
23. Oorbuisjes (keel-, neus- en oorheelkunde)
24. Neustussenschot (keel-, neus- en oorheelkunde)
25. Staaroperatie (oogheelkunde)
26. Open hartoperatie (thoraxchirurgie)

4. Als er één of meerdere behandelingen zijn die volgens u nog toegevoegd moeten worden aan de publicatie op kiesBeter.nl, dan verzoeken wij u deze hier te noteren.

5. Wanneer u van mening bent dat één of meerdere **diagnostieken** geschrapt mogen worden uit de vernieuwde wachttijdenregistratie, kruis deze dan aan. Motiveer uw antwoord.

1. MRI-scan (radiologie)
2. CT-scan (radiologie)
3. Gastroscopie (gastro-enterologie)

6. Als er één of meerdere diagnostieken zijn die volgens u nog toegevoegd moeten worden aan de publicatie op kiesBeter.nl, dan verzoeken wij u deze hier te noteren.

## **Definities**

In de vernieuwde wachttijdenregistratie worden drie soorten wachttijden gedefinieerd; de wachttijden voor poliklinieken, voor specifieke behandelingen en voor diagnostiek.

1. Definitie wachttijd polikliniek: het aantal dagen tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor de polikliniek tot het moment dat de patiënt terecht kan. Hierbij wordt gekozen voor de 3e mogelijkheid in het afsprakenregister.

Is deze definitie voor u duidelijk? Licht uw antwoord toe.

Ja/Nee/Enigszins/Geen mening

2. Definitie wachttijd behandeling: het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt de indicatie voor een operatie krijgt van de behandelend arts tot het moment van opname of operatie. Hierbij wordt gekozen voor de 3e mogelijkheid in het afsprakenregister.

Is deze definitie voor u duidelijk? Licht uw antwoord toe.

Ja/Nee/Enigszins/Geen mening

3. Definitie wachttijd diagnostiek: het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt van buiten de instelling een afspraak maakt voor gebruik van een diagnostische techniek tot het moment van toepassing van de diagnostiek. Hierbij wordt gekozen voor de 3e mogelijkheid in

het afsprakenregister.

Is deze definitie voor u duidelijk? Licht uw antwoord toe.

Ja/Nee/Enigszins/Geen mening

4. Zou er volgens u onderscheid moeten worden gemaakt in het vernieuwde registratiesysteem tussen de wachttijd voor een meerdaagse opname en de wachttijd voor een dagbehandeling?

Ja/Nee/Geen mening

5. Vindt u het nieuwe systeem van wachttijdenregistratie effectief?

Als u één aspect aan de registratie van wachttijden zou kunnen veranderen, wat zou dat dan zijn?

Ja/Nee/Enigszins/Geen mening

6. Als u één aspect aan de registratie van wachttijden zou kunnen veranderen, wat zou dat dan zijn?

7. Wat zijn volgens u de criteria voor een effectief wachttijdenregistratiesysteem?

## Stellingen

Tot slot volgt hier een aantal stellingen. Kruis het antwoord aan dat het meest overeenkomt met uw mening.

1. Het publiceren van wachttijden biedt een ziekenhuis meer voordelen dan nadelen.

Geheel mee eens                   Geheel mee oneens       Geen mening

2. De openbare publicatie van wachttijden vergroot de patiëntvriendelijkheid van een ziekenhuis.

Geheel mee eens                   Geheel mee oneens       Geen mening

3. Het (online) beschikbaar stellen van wachttijden heeft voor de patiënt hoofdzakelijk voordelen.

Geheel mee eens                   Geheel mee oneens       Geen mening

4. Het is van groot belang dat een wachttijdenregistratie gebruiksvriendelijk is voor de patiënt.

Geheel mee eens                   Geheel mee oneens       Geen mening

5. Een registratiesysteem voor wachttijden biedt voordelen voor een ziekenhuis.

Geheel mee eens                   Geheel mee oneens       Geen mening

6. De publicatie van wachttijden zorgt voor meer transparantie voor de patiënt.

Geheel mee eens                   Geheel mee oneens       Geen mening

7. Over de betrouwbaarheid van de wachttijdenregistratie mag geen twijfel bestaan.

Geheel mee eens                   Geheel mee oneens       Geen mening

8. Een registratiesysteem voor wachttijden moet vooral inzichtelijk zijn.

Geheel mee eens                   Geheel mee oneens       Geen mening

9. Het vernieuwde registratiesysteem voor wachttijden heeft geen enkele toegevoegde waarde voor het ziekenhuis.

Geheel mee eens                   Geheel mee oneens       Geen mening

10. Een registratiesysteem voor wachttijden biedt niet alleen voordelen voor de patiënt maar ook voor een ziekenhuis.

Geheel mee eens                   Geheel mee oneens       Geen mening

11. Wachten op een onderzoek of operatie is vaak functioneel.

- Geheel mee eens                   Geheel mee oneens       Geen mening
12. Het vernieuwde wachttijdenregistratiesysteem kost een ziekenhuis onnodig veel tijd.
- Geheel mee eens                   Geheel mee oneens       Geen mening
13. Het publiceren van wachttijden biedt voornamelijk de patiënt voordelen.
- Geheel mee eens                   Geheel mee oneens       Geen mening
14. Dit ziekenhuis is goed op de hoogte van het nieuwe wachttijdenregistratiesysteem.
- Geheel mee eens                   Geheel mee oneens       Geen mening

### **Opmerkingen**

Mocht u naar aanleiding van deze vragenlijst opmerkingen hebben dan verzoeken wij u deze hier te noteren.

Onze dank voor het invullen van deze vragenlijst. Wanneer dit onderzoek is afgerond, ontvangt u een exemplaar van het onderzoeksrapport.

Met vriendelijke groet,  
Leonie Rubbens,  
Dutch Hospital Data

## Appendix IV Interview guideline

### *Introductie*

Mijn naam is Leonie Rubbens, studente aan de VU Amsterdam. Ik volg op dit moment de tweejarige master Management Policy-Analysis and Entrepreneurship in Health and Life Sciences (MPA). Deze studie richt zich op beleid, management en ondernemerschap in de gezondheidszorg. Op dit moment loop ik stage bij Dutch Hospital Data (DHD) in Utrecht. DHD beheert en onderhoudt onder meer landelijke verzamelingen van ziekenhuisgegevens.

Op verzoek van de Werkgroep Wachttijden (VWS, NFU, NVZ, OMS, NPCF, ZN) doe ik onderzoek naar de vernieuwde wachttijdenregistratie in de Nederlandse ziekenhuizen. Dit vernieuwde systeem is in september 2008 ingevoerd en verplicht ziekenhuizen hun wachttijden maandelijks te publiceren.

Ik heb reeds data verzameld door middel van een online enquête. Met dit 'diepte-interview' probeer ik de achtergrond van deze gegevens te achterhalen. Ik zal dus dieper ingaan op de vragen die gesteld zijn in de vragenlijst.

Het interview zal ongeveer één uur in beslag nemen. Tijdens het interview zal ik aantekeningen maken die mij helpen bij het maken van een interview report. Dit report kunt u achteraf inzien en u krijgt dan tevens de mogelijkheid om dit aan te passen.

Dit interview wordt vertrouwelijk gebruikt binnen mijn onderzoek. De resultaten worden echter wel verwerkt in het rapport dat ingezien mag worden door verschillende participerende organisaties. Is er tot zover iets onduidelijk of hebt u alvast andere vragen?

### *Vragen*

1. Kunt u in het kort iets vertellen over u zelf en uw werkzaamheden/ziekenhuis
2. Wat is uw rol in het registreren en publiceren van de wachttijden van dit ziekenhuis?
3. Bent u bekend met het vernieuwde wachttijdenregistratie systeem dat sinds 8 september 2008 is ingevoerd?

4. Zo ja, wat zijn volgens u de voornaamste veranderingen?

Zo nee,

--> Uitleg: Het vernieuwde wachttijdenregistratiesysteem houdt in dat wachttijden van ziekenhuiswebsites door het onderzoeksbureau MediQuest worden afgelezen en worden doorgeleverd aan kiesBeter.nl en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Voorheen was een levering van zowel *wachtlijsten* als wachttijden informatie aan het DBC Informatiesysteem (DIS) noodzakelijk.

5. Bent u bekend met de aanlevering van wachttijden volgens het oude systeem, het DIS systeem?

--> Uitleg: In de oude situatie moesten ziekenhuizen maandelijks actief een gegevensbestand aanleveren aan het DBC-informatie systeem.

6. Wat vond u positief/negatief aan dit DIS systeem?

--> Uitleg: Het is bekend dat de definities van wachttijden niet helder waren, dit maakte een onderlinge vergelijking lastig.

7. Staat u positief tegenover de veranderingen in het vernieuwde wachttijdenregistratie systeem? Wat bedoelt u met dat de norm voor wachttijden nog steeds verschillend gehanteerd wordt?

--> Uitleg: De nieuwe aanlevermethode realiseert een forse reductie in de administratieve lasten voor ziekenhuizen

- Is het een verbetering ten opzichte van DIS?
- Positief tegenover de dataset?
- Positief tegenover de manier van aanlevering (via eigen website)?
- Maandelijkse aanlevering (vaak genoeg)?

8. Wanneer is volgens u een wachttijdenregistratie systeem effectief? Criteria?

9. Heeft u een idee hoe patiënten omgaan met (er tegenaan kijken) de geregistreerde wachttijden op ziekenhuis' websites?

10. Hoe kijkt u aan tegen retrospectieve en actuele wachttijden?

- Makkelijk te bepalen/registreren?

11. Welke voor- en nadelen heeft het registreren van wachttijden volgens dit ziekenhuis?

12. Welke voor- en nadelen heeft het publiceren van wachttijden volgens dit ziekenhuis?

In het vernieuwde systeem is de lijst met de te registreren behandelingen aangepast en aangevuld, namelijk met de wachttijden voor poliklinieken, voor specifieke behandelingen en voor diagnostiek.

13. Tonen subspecialismen: Toevoegen/Schrappen? Waarom?

14. Tonen behandelingen: Toevoegen/Schrappen? Waarom?

15. Tonen diagnostieken: Toevoegen/Schrappen? Waarom?

Zoals juist genoemd, er zijn drie soorten wachttijden: polikliniek, behandeling en diagnostiek. Hiervoor zijn landelijke definities afgesproken.

16. Wat verstaat u onder wachttijd polikliniek? Reëel?

--> Het aantal dagen tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor de polikliniek tot het moment dat de patiënt terecht kan. Hierbij wordt gekozen voor de 3<sup>e</sup> mogelijkheid in het afsprakenregister.

17. Wat verstaat u onder wachttijd behandeling? Reëel?

--> Het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt de indicatie voor een operatie krijgt van de behandelend arts tot het moment van opname of operatie. Hierbij wordt gekozen voor de 3<sup>e</sup> mogelijkheid in het afsprakenregister.

- Toepasbaar in praktijk?

18. Wat verstaat u onder wachttijd diagnostiek? Reëel?

--> Het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt van buiten de instelling een afspraak maakt voor gebruik van een diagnostische techniek tot het moment van toepassing van de diagnostiek. Hierbij wordt gekozen voor de 3<sup>e</sup> mogelijkheid in het afsprakenregister.

19. Zou er volgens u onderscheid moeten worden gemaakt in het vernieuwde registratiesysteem tussen de wachttijd van een meerdaagse opname en de wachttijd voor een dagbehandeling? Waarom?

--> Verschil zou niet bruikbaar zijn voor de patiënt bij het maken van een keuze voor een aanbieder.

20. Heeft u behoefte aan een landelijk opgesteld applicatiesysteem voor het registreren van wachttijden?

21. Vindt u het vernieuwde registratiesysteem voor wachttijden effectief en/of zijn er voor u verbeteringen mogelijk? Indien ja, welke?

Nog vragen?  
Verdere informatie?

Bedankt voor uw tijd en moeite

## Appendix V Mode per statement

Table 13: Percentage of answers (Likert scale), mode in bold

Statement	Opinion (%)						
	No opinion	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree	Missing
1	5.4	1.8	7.1	17.8	<b>41.1</b>	25.0	1.8
2	1.8	1.8	10.7	7.1	37.5	<b>39.3</b>	1.8
3	0.0	0.0	5.4	8.9	<b>51.8</b>	32.1	1.8
4	0.0	0.0	0.0	1.8	19.6	<b>76.8</b>	1.8
5	1.8	0.0	1.8	12.5	<b>46.4</b>	35.7	1.8
6	0.0	0.0	7.1	14.3	33.9	<b>42.9</b>	1.8
7	0.0	0.0	0.0	0.0	17.8	<b>80.4</b>	1.8
8	1.8	0.0	0.0	0.0	33.9	<b>62.5</b>	1.8
9*	1.8	1.8	7.1	14.3	<b>48.2</b>	25.0	1.8
10	1.8	1.8	0.0	7.1	<b>53.6</b>	33.9	1.8
11	16.1	8.9	17.8	<b>30.4</b>	21.4	1.8	3.6
12*	0.0	5.4	8.9	21.4	<b>39.3</b>	23.2	1.8
13	3.6	3.6	17.9	<b>25.0</b>	39.3	8.8	1.8
14	3.6	0.0	1.8	8.8	30.4	<b>53.6</b>	1.8

\* Statements 9 and 12 are recoded

## Appendix VI Chi-square tests

Table 14: Chi-square test, positive about new registration system

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
<b>Pearson Chi-Square</b>	3.333*	2	<b>0.189</b>
<b>Likelihood Ratio</b>	4.499	2	0.105
<b>Linear-by-Linear Association</b>	0.94	1	0.759
<b>N of Valid Cases</b>	6		

\* 6 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0.50.

Table 15: Chi-square test, opinion effectiveness new registration system

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
<b>Pearson Chi-Square</b>	0.833*	2	<b>0.659</b>
<b>Likelihood Ratio</b>	1.185	2	0.553
<b>Linear-by-Linear Association</b>	0.563	1	0.453
<b>N of Valid Cases</b>	5		

\* 6 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0.20.

## Appendix VII Retrospective and up-to-date waiting times

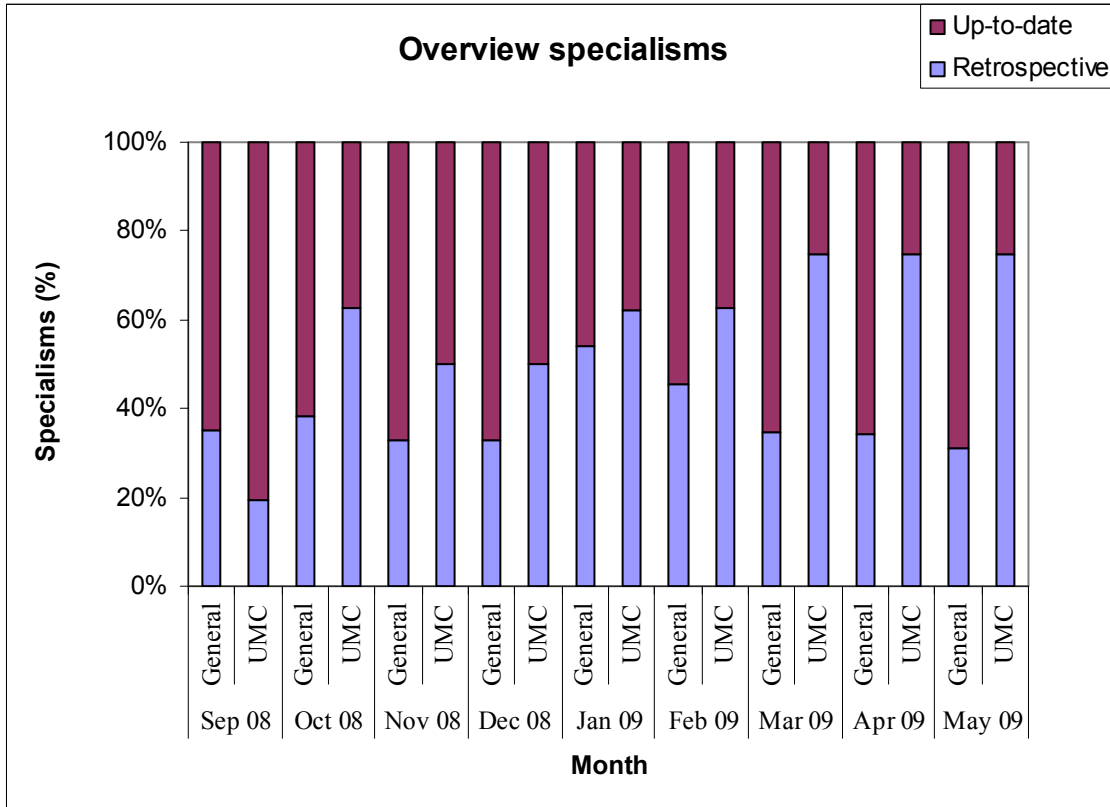


Figure 5: Overview specialisms per month (retrospective/up-to-date)

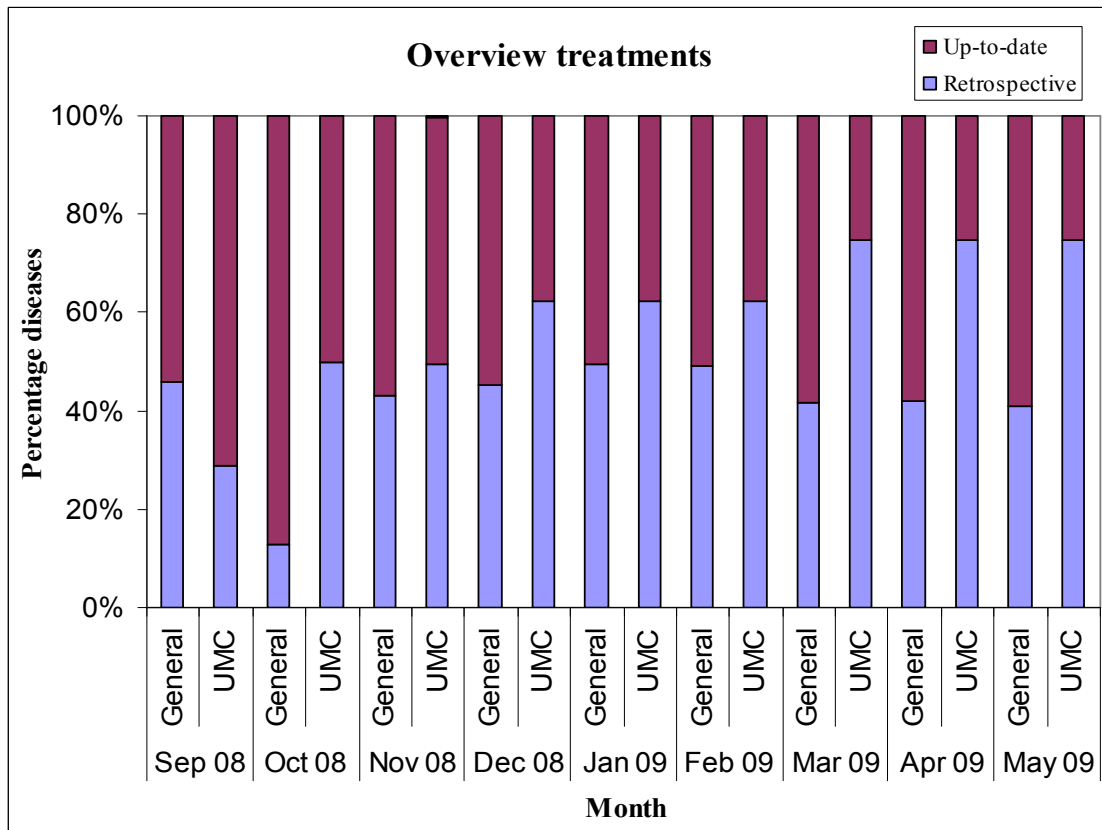


Figure 6: Overview treatments per month (retrospective/up-to-date)

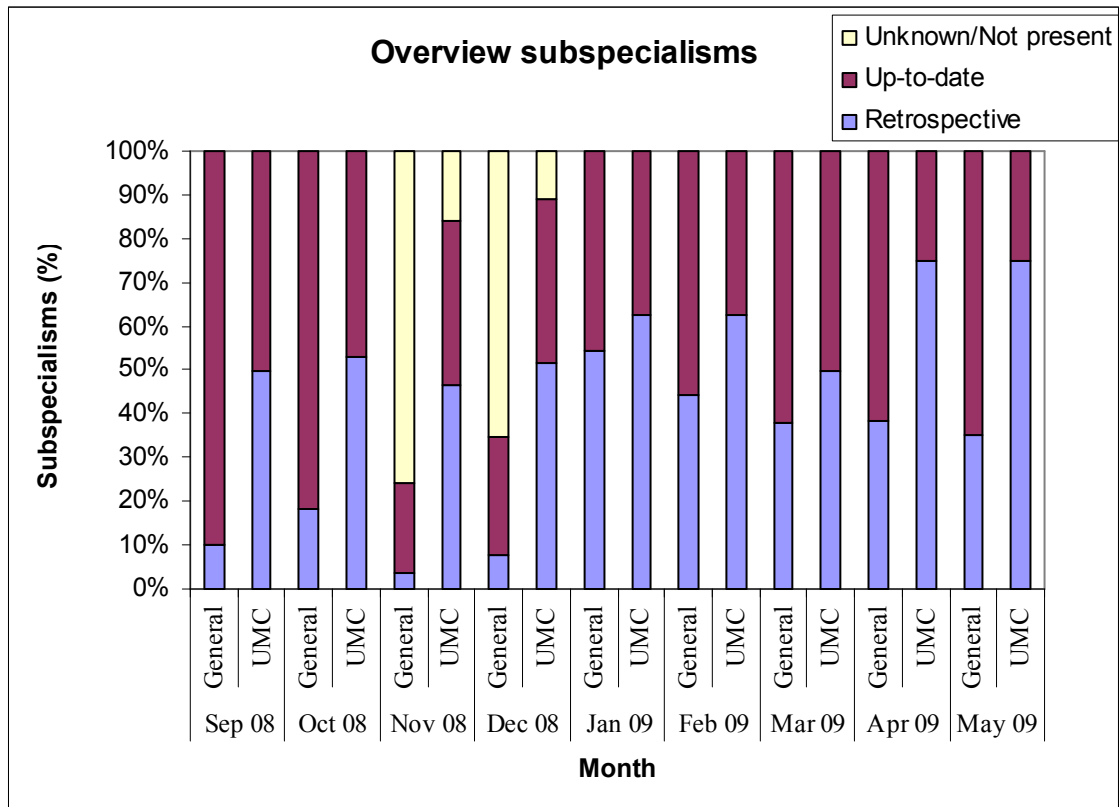


Figure 7: Overview subspecialisms per month (retrospective/up-to-date)

### Appendix VIII According to old/new system

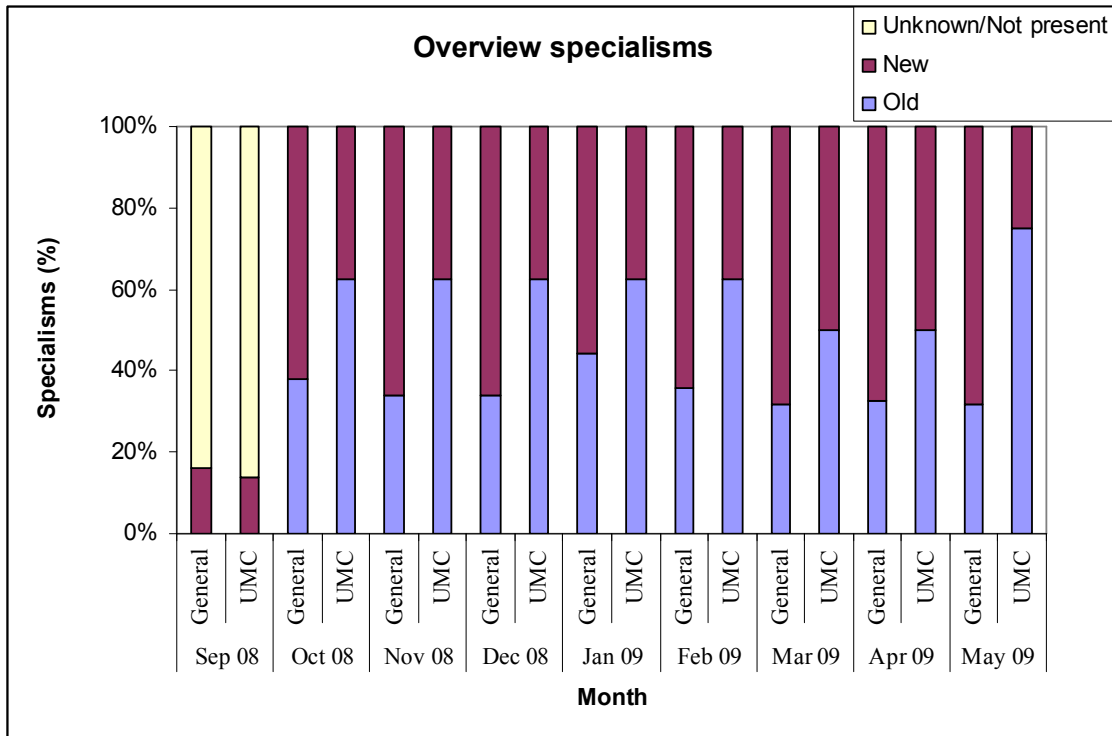


Figure 8: Overview specialisms per month (old/new)

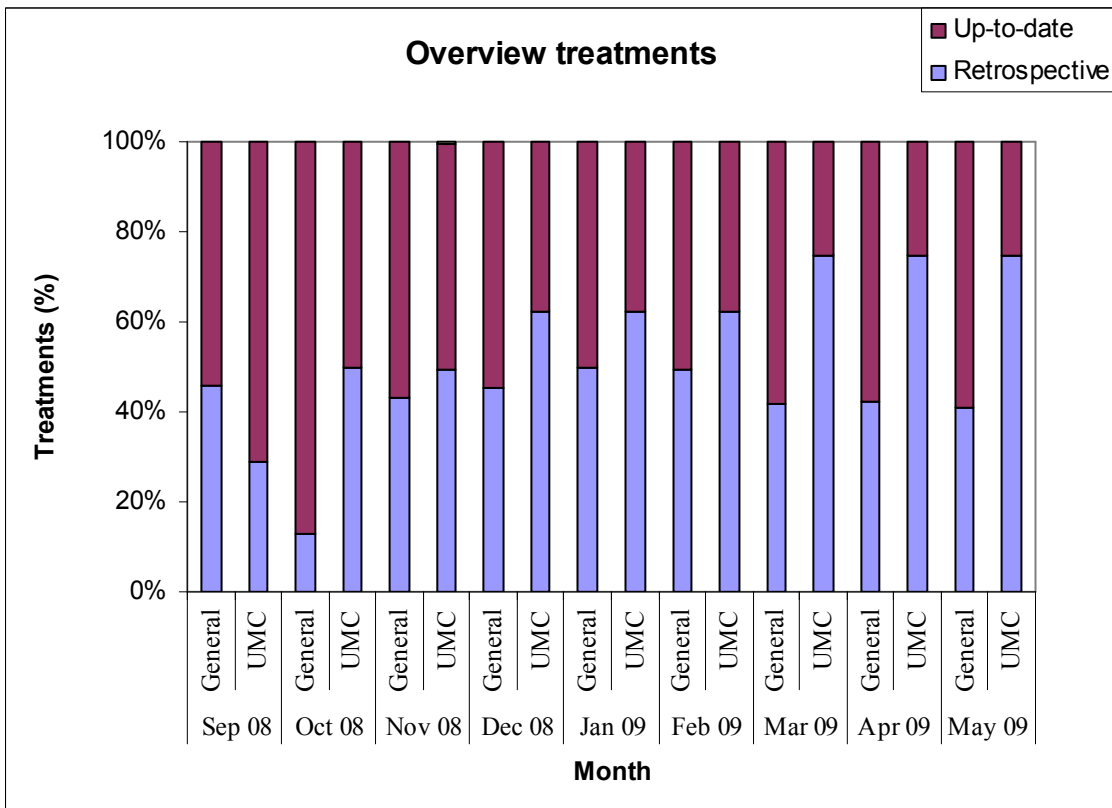


Figure 9: Overview treatments per month (old/new)

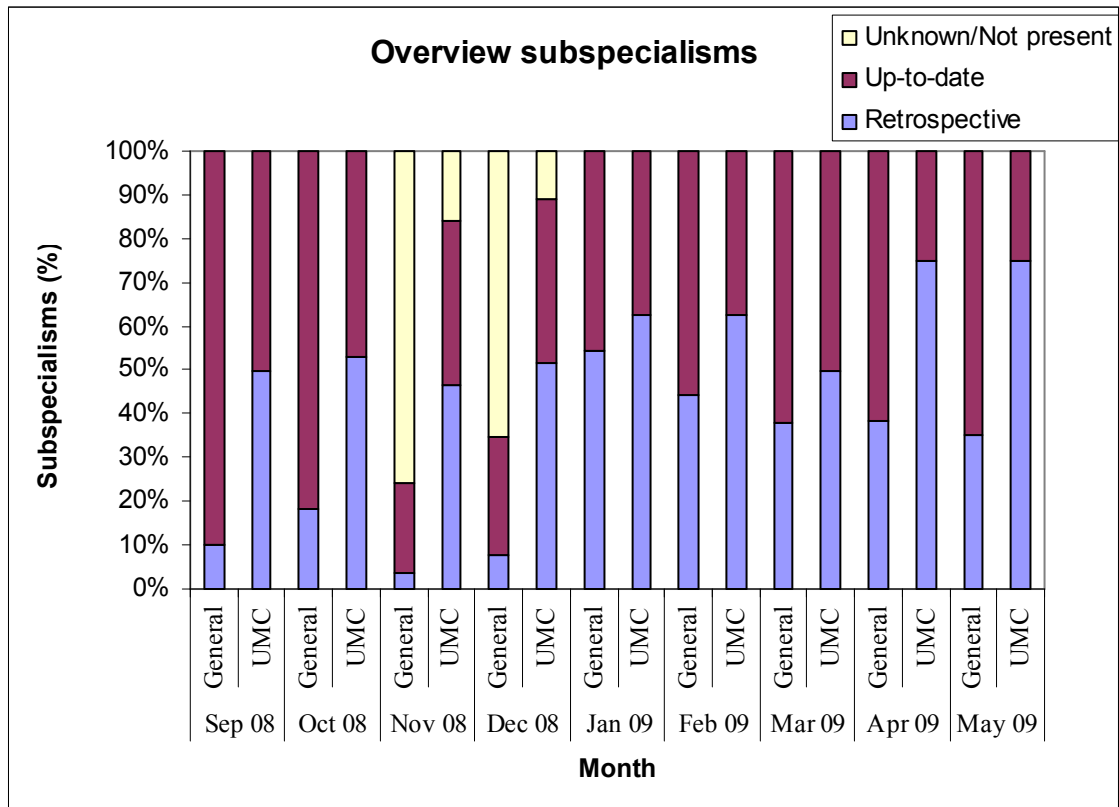


Figure 10: Overview subspecialisms per month (old/new)

## Appendix IX Transparent Care

Table 16: Diseases in project Transparent Care

Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3
Bladder carcinoma Diabetes Hip/Knee replacements Incontinence women Inguinal hernia Lumbosacral radicular syndrome Mamma carcinoma Opacification Tonsil and adenoid disease Varicose veins	Anxiety and depression Brain injury Cancer pain Cerebrovascular accident Childhood celiac disease Chronical (rhino)sinusitis  Colon carcinoma Constitutional eczema Crohn and Colitis ulcerosa Cystic fibrosis Decompensatio cordis Obstructive sleep apnoea syndrome (OSAS) Pain in childbirth Parkinson Perioperative care pulmonary patient Perioperative feeding Rheumatoid arthritis Sedation outside OR-complex	Acute urinary tract infection Benigne prostate hypertrophy (BPH) Cardiac arrhythmia Carpal tunnel syndrome Cervical disease Dementia  Dyspepsia Epilepsy Festers of stomach duodenum Gastrocacinoma Gastroesophageal refluc disease (GERD) Gynaecological indication childbirth/pregnancy  Lung cancer Meniscus and cruciate ligament  Migraine Multiple sclerosis Non-Hodgkin lymphoma Osteoporosis  Peripheral artery occlusive disease (PAOD) Pneumonia and acute bronchi(oli)tis Prostate cancer Psoriasis Sexually transmitted disease (STD)/Acquired Immuno-deficiency syndrome (AIDS) Skin cancer

## Appendix X      Suggestions for calculations waiting times (Dutch)

In de vragenlijsten zijn door twee verschillende respondenten suggesties gedaan voor het berekenen van de wachttijd.

Voor de volledigheid worden deze hier weergegeven.

### *Suggestie voor de beste maat van het bereken van de wachttijd voor operaties*

De beschikbare OK tijd (bruto) per specialisme of subspecialisme (minus wisseltijden en pauzetijd per dagdeel) / aantal wachtenden x gemiddelde bruto OK tijd per ingreep

Bijvoorbeeld:

Beschikbare OK tijd per week 16 sessies x 210 per sessie (in minuten) = 3360 minuten

Aantal patiënten op de wachtlijst = 100

Gemiddelde benodigde OK tijd per ingreep (tijdens kantoortijd in verband met afwijkingen door de diensten daarbuiten = 68 minuten

Benodigde Bruto tijd =  $100 \times 68 = 6800$  minutenwachttijd

Voor de wachtenden:  $6800/3360 =$  ruim 2 weken als er 15% van de OK tijd gebruik wordt voor spoed (tijdens kantoortijd haal je die af van de beschikbare OK tijd, dat wordt nu NIET meegenomen)

### *Suggestie voor prospectief registreren wachttijden*

Hierbij spelen twee componenten een rol, namelijk de wachtenden (W) en de capaciteit (C).

Wachtenden: Het ziekenhuis beschikt over ongeveer 20 wachtlijstregels in het inschrijfsysteem (naam, aandoening, dokter, preoperatief gescreend etc.). De verwachte/aangevraagde operatietijd wordt ingevoerd per patiënt.

Capaciteit: Het ziekenhuis beschikt over een rolling planning van 6 weken. Ze weten dan definitief welke operateur er beschikbaar is en hoeveel tijd.

Deze gegevens worden geïmporteerd in de database. Bepaling gaat als volgt:

- Opvragen aantal wachtenden (preoperatief klaar, beschikbaar, operatietijd per dokter)
- Opvragen aantal vrije/beschikbare OK tijd
- Dan W/C

## Appendix XI Nederlandse samenvatting

In dit hoofdstuk is een uitgebreide samenvatting van het evaluatierapport in het Nederlands weergegeven.

### Introductie

Nederland kende begin jaren 90 aanzienlijke problemen met lange wachttijden in de gezondheidszorg. Voor het bestaan en ontstaan van deze wachtlijsten bleken verschillende factoren van betekenis, waaronder de organisatie van zorg, de zorgvraag, de capaciteit en de financiering en bekostiging. Om deze problematiek aan te pakken, werd er tijdens het Treekoverleg in 2000 door zorgaanbieders en verzekeraars de zogenaamde streefnormen voor wachttijden opgesteld (tabel c). Deze normen verwijzen naar de maximaal aanvaardbare wachttijd voor iedereen en de aanvaardbare wachttijd waarbinnen 80% van de patiënten toegang moet hebben gekregen.

Tabel c: Treeknormen

	Maximaal aanvaardbare	80% van patiënten
Toegangstijd voor polikliniek	4 weken	3 weken
Wachttijd voor feitelijke behandeling (dagopname/kliniek)	6/7 weken	5 weken
Wachttijd voor diagnostiek en indicatiestelling	4 weken	3 weken

Rond 2005 namen de problemen rondom wachttijden af. Hierdoor werd het wachten op ziekenhuiszorg maatschappelijk en politiek gezien een minder urgent onderwerp. De behoefte aan wachttijdinformatie bleef bestaan, vooral vanwege een toenemend belang van keuze-informatie voor consumenten en zorgvragers. Tevens werd de patiënt steeds mondiger en eisten ze dat ze op basis van beschikbare gegevens een keuze voor een ziekenhuis konden maken. Om deze transparantie te waarborgen, werd een uniforme registratie van wachttijden noodzakelijk.

### Wachttijdenregistratie

Vanaf medio 2000 leverden ziekenhuizen maandelijks geactualiseerde informatie aan de landelijke publieksdatabank van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). De NVZ stelde de wachttijden vervolgens beschikbaar op haar website. De databank werd echter gesloten in 2005 toen bleek dat de wachttijden en -lijsten aanmerkelijk korter werden. Dit viel samen met de invoering van de nieuwe leveringsplicht van wachttijdgegevens aan het

DBC-informatiesysteem (DIS), dat per 1 januari 2005 was ingegaan. De gedachte hier was dat ‘wachten op een verrichting’ verschoof naar ‘wachten op een DBC’.

Uit een onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bleek echter dat zorgaanbieders niet consistent waren in de aanlevering van de wachttijdgegevens aan het DIS. Bovendien was er kritiek op de diverse definities van wachttijden die gehanteerd werden. Doordat er geen sprake was van eenduidigheid, waren de data onderling moeilijk vergelijkbaar. Tevens liep de gepubliceerde wachttijdinformatie vaak achter op de actuele situatie. Om tegemoet te komen aan bovenstaande bezwaren werden er nieuwe definities en afspraken opgesteld voor de wachttijdenregistratie in algemene en academische ziekenhuizen.

#### *Vernieuwd wachttijdenregistratiesysteem*

Het vernieuwde systeem dat per september 2008 is ingegaan, verplicht ziekenhuizen maandelijks, voor de 10<sup>e</sup> dag van de maand, de wachttijden voor electieve zorg op hun websites te actualiseren. Deze informatie wordt vervolgens afgelezen door het bureau MediQuest en doorgeleverd aan kiesBeter.nl, NZa en het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Indien nodig levert MediQuest de wachttijden ook aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

In de vernieuwde wachttijdenregistratie voor algemene en academische ziekenhuizen worden drie soorten wachttijden gedefinieerd:

- Wachttijd polikliniek: het aantal dagen tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor de polikliniek tot het moment dat de patiënt terecht kan. Hierbij wordt gekozen voor de derde mogelijkheid in het afsprakenregister.
- Wachttijd behandeling: het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt de indicatie voor een operatie krijgt van de behandelende arts, tot het moment van opname of operatie. Hierbij wordt gekozen voor de derde mogelijkheid in het afsprakenregister.
- Wachttijd diagnostiek: het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt van buiten de instelling een afspraak maakt voor gebruik van een diagnostische techniek tot het moment van toepassing van de diagnostiek. Hierbij wordt gekozen voor de derde mogelijkheid in het afsprakenregister.

De wachttijden dienen in de nieuwe registratie vanaf 1 juli 2009 actueel te zijn en mogen in geen geval retrospectief berekend worden. Tevens wordt er in het vernieuwde wachttijdenregistratiesysteem geen onderscheid meer gemaakt tussen de wachttijden voor

een dagbehandeling en een meerdaagse opname. Ten slotte zijn de lijsten met poliklinieken, behandelingen en diagnostieken aangepast en aangevuld.

## **Methode**

Het doel van deze studie was inzicht te verkrijgen in mogelijke onvolkomenheden en verbeterpunten van de nieuwe wachttijdenregistratie. De volgende onderzoeksvraag werd hiervoor geformuleerd:

*In hoeverre is het vernieuwde wachttijdenregistratiesysteem voor algemene en academische ziekenhuizen effectief en hoe kan dit systeem worden verbeterd?*

Om bovenstaande onderzoeksvraag te beantwoorden zijn vijf deelvragen opgesteld:

1. Wat zijn de criteria van een effectief wachttijdenregistratiesysteem?
2. In hoeverre zijn de nieuw opgestelde definities duidelijk voor algemene en academische ziekenhuizen?
3. In hoeverre zijn ziekenhuizen tevreden met de variabelen die geregistreerd moeten worden volgens het vernieuwde systeem?
4. Hoe valide zijn de wachttijdgegevens in het vernieuwde systeem?
5. Welke verbeteringen zijn mogelijk en worden tevens aanbevolen voor het vernieuwde wachttijdenregistratiesysteem?

Om tot een antwoord te komen op de subvragen en de hoofdvraag is gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve meetmethoden. Deze laatste hield een online enquête in, die door 59 van de 94 aangeschreven instellingen is ingevuld. Daarnaast zijn respondenten uit zowel algemene als academische ziekenhuizen en medewerkers van MediQuest, VWS, RIVM en Dutch Hospital Data (DHD) geïnterviewd.

## **Resultaten**

De vragenlijst is ingevuld door respondenten uit 6 academische ziekenhuizen uit 53 algemene ziekenhuizen. De meerderheid is verantwoordelijk voor de registratie van de wachttijdgegevens. Slechts 3,4% is niet bekend met het vernieuwde systeem.

Een subanalyse geeft inzicht in hoe de respondenten van algemene en academische ziekenhuizen over het vernieuwde systeem denken. In de eerste groep is bijna 70% positief en vindt ongeveer de helft het systeem effectief. Voor de respondenten van de

academische ziekenhuizen geldt dat exact de helft positief denkt over de vernieuwde regels en dat ditzelfde percentage het systeem als effectief beschouwt.

Voor de overige analyses worden de respondenten uit algemene en academische ziekenhuizen als één groep beschouwd. Van de respondenten die het vernieuwde systeem als positief ervaren, denkt iets meer dan 63% dat het ook effectief is. Opvallend is dat één respondent aangeeft dat hij niet positief aankijkt tegen de nieuwe regels, maar wel degelijk de effectiviteit van het systeem inziet.

Voor de overige beschrijving van de resultaten, worden de uitkomsten van het onderzoek per deelvraag weergegeven.

### Vraag 1: Criteria effectief wachttijdenregistratiesysteem

Bijna alle respondenten zijn het erover eens dat openbare wachttijden betrouwbaar en compleet moeten zijn. Bovendien is het van belang dat de wachttijdgegevens onderling vergelijkbaar zijn. Hiervoor is het noodzakelijk dat alle ziekenhuizen dezelfde definities en methodes hanteren. Tevens vindt de meerderheid dat de gegevens actueel en reëel moeten zijn. Als aanvulling hierop wordt dan ook door een aantal ziekenhuizen gesuggereerd dat de actualisatie van wachttijdgegevens niet maandelijks maar (twee) wekelijks moet plaatsvinden. Ten slotte vindt men dat er toezicht moet worden gehouden op de juistheid van de wachttijdgegevens. Correcte gegevens bevatten dezelfde informatie als wat de patiënt te horen krijgt wanneer deze een ziekenhuis belt voor een afspraak. Tevens dient een wachttijdenregistratiesysteem eenvoudig en toegankelijk te zijn voor alle patiënten.

Een ander criterium van een effectief registratiesysteem is dat het de markwerking onder de ziekenhuizen moet versterken. Openbare wachttijden kunnen immers als concurrentiemiddel worden ingezet door zowel algemene als academische ziekenhuizen.

Een wachttijdenregistratiesysteem kan alleen effectief zijn, wanneer deze gebruiksvriendelijk is voor zowel de patiënt als voor de verantwoordelijke werknemers in het ziekenhuis. Op dit moment gebeurt de verzameling en registratie van data in ziekenhuizen vaak nog met de hand. Dit neemt echter zoveel tijd in beslag dat een automatisch systeem, dat dit proces zou vergemakkelijken, min of meer een vereiste is geworden. In één van de deelnemende ziekenhuizen is reeds een dergelijke applicatie in gebruik. In dit systeem registreren de decentrale beheerders, verantwoordelijk voor de wachttijden op een afdeling, maandelijks de wachttijdgegevens. Deze worden vervolgens doorgestuurd naar de centrale beheerder die met één druk op de knop de wachttijden publiceert op internet. Wanneer een zelfde applicatie zou

worden geïmplementeerd in de overige ziekenhuizen, kan dit veel werk uit handen nemen van de verantwoordelijke werknemers in de ziekenhuizen.

Vraag 2: Duidelijkheid nieuwe definities

De resultaten van het evaluatieonderzoek tonen aan dat voor 86,4% zowel de definitie voor de wachttijd polikliniek als voor diagnostiek duidelijk is. De definitie voor de wachttijd van een behandeling wordt door 64,4% van de respondenten begrepen (tabel d).

Tabel d: Duidelijkheid definities wachttijden

Duidelijkheid definities wachttijden	Ja (%)	Enigszins (%)	Nee (%)	Geen mening (%)	Onbekend (%)
<b>Polikliniek</b>	86,4	6,8	1,7	0	5,1
<b>Behandeling</b>	64,4	10,2	18,6	1,7	5,1
<b>Diagnostiek</b>	86,4	3,4	3,4	1,7	5,1

Wanneer gekeken wordt naar de toepasbaarheid van de definities, geven de meeste respondenten aan moeite te hebben met de registratie van actuele wachttijdgegevens voor een behandeling. Deze problematiek wordt voornamelijk veroorzaakt door het feit dat de operaties plaatsvinden in een operatiecomplex. Vooraf is vaak niet vastgesteld welk type operatie in welke sessie plaatsvindt. Dit is namelijk afhankelijk van verschillende factoren, zoals de aan- en afwezigheid van specialisten en de beschikbaarheid van de benodigde faciliteiten. Hierdoor kunnen patiënten niet ver vooruit worden gepland. Doordat er geen vaste plaatsen voor bepaalde operaties in het operatieschema staan, kan een derde mogelijkheid in het afsprakenregister Onmogelijk worden bepaald. Dit wordt echter wel voorgeschreven door de opgestelde definitie voor de wachttijd van een behandeling. De gedachte bij veel respondenten is dat er nu veelal gebruik wordt gemaakt van een schatting bij het vaststellen van actuele wachttijden door middel van deze derde mogelijkheid. Dit resulteert in onbetrouwbare wachttijdgegevens voor de patiënt. Daarom heeft de meerderheid van de respondenten een voorkeur voor de publicatie van retrospectieve in plaats van actuele wachttijden.

Wanneer ziekenhuizen inderdaad de mogelijkheid krijgen retrospectieve wachttijden voor behandelingen te publiceren, dan zou volgens een respondent de mediaan (in plaats van het gemiddelde) wellicht nog betere informatie geven. De mediaan is immers de middelste waarde in een reeks uitkomsten. Hierbij moet echter wel rekening worden gehouden met de vrijwillig wachtende patiënten. Het kan voorkomen dat patiënten aangeven later behandeld te willen worden door bijvoorbeeld vakantieplannen. Deze patiënten kunnen de mediaan nadelig

(voor een ziekenhuis) beïnvloeden. De suggestie van dezelfde respondent luidt dan ook om deze vrijwillig wachtende patiënten niet mee te nemen in de berekening van de mediaan.

Ten slotte geeft een respondent aan liever de eerste, in plaats van de derde, mogelijkheid in het afsprakenregister te bepalen. Andere respondenten zijn het hier niet mee eens, vanwege het feit dat er dan een grotere kans is op een verstorende toevalstreffer. Tevens geeft een aantal respondenten aan de voorkeur te hebben voor het publiceren van wachttijden per specialist en niet per specialisme. Ook hier is de meerderheid het er niet mee eens. Zo geeft een ondervraagde tijdens een interview aan dat patiënten dan kunnen denken dat, wanneer een specialist een hoge wachttijd kent, deze wel erg goed in zijn werk zou zijn. Volgens de respondent sluiten patiënten dan graag achteraan aan, waardoor de totale capaciteit van een ziekenhuis niet optimaal benut wordt.

### Vraag 3: Tevredenheid over de te registreren variabelen

De meeste respondenten zijn positief over de nieuw opgestelde regels en definities. Tevens denkt meer dan de helft dat het vernieuwde systeem effectief is (tabel e).

Tabel e: Mening over vernieuwd registratiesysteem

	Ja (%)	Enigszins (%)	Nee(%)	Geen mening (%)	Onbekend (%)
<b>Positief over vernieuwd systeem</b>	67.8	23.7	1.7	3.4	3.4
<b>Nieuw registratiesysteem effectief</b>	50.8	13.5	10.2	15.3	10.2

De meerderheid van de respondenten geeft aan de voordelen in te zien van het vernieuwde wachttijdenregistratiesysteem. Eén respondent vermeldt hierbij dat het systeem als een *trigger* beschouwd kan worden. De publicatie van wachttijden stimuleert immers de optimalisatie van interne processen in een ziekenhuis.

### *Vergelijking oude registratiesysteem*

In het vernieuwde systeem wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen de wachttijd voor een dagopname en een meerdaagse opname. De meningen hierover zijn verdeeld: 49,2% is het met de beslissing eens tegen 35,6%, die vindt dat een onderscheid wel degelijk noodzakelijk is.

Sommige respondenten geven aan dat het vermelden van de wachttijd voor zowel een dagopname als meerdaagse opname geen extra relevante informatie levert aan de patiënt.

Er zijn echter ook respondenten die denken dat dit verschil wel degelijk moet worden gepubliceerd. Zij benadrukken het uitgangspunt van het vernieuwde systeem dat de patiënt

betrouwbaar moet worden geïnformeerd. Wanneer niet wordt aangegeven dat er een verschil is in de wachttijd voor een behandeling in dagopname of een meerdaagse opname, krijgt de patiënt geen complete informatie. Nu gebeurt het dat MediQuest de wachtduur, wanneer beide zijn opgegeven, optelt en middelt door twee. Dit is in de ogen van een respondent echter onjuist en zeer onrealistisch.

Een verandering ten opzichte van de ‘NVZ-databank’ is dat ziekenhuizen hun wachttijdgegevens niet meer moeten aanleveren aan Prismant. De meerderheid van de geïnterviewde personen geeft aan dit als een welkome verbetering te zien.

Volgens het nieuwe systeem publiceren de ziekenhuizen hun wachttijdgegevens maandelijks op hun eigen websites, die vervolgens worden afgelezen door MediQuest en worden doorgeleverd aan kiesBeter.nl. Deze gang van zaken wordt als een pluspunt van het vernieuwde systeem gezien. Er is echter ook kritiek op deze manier van aanlevering. MediQuest houdt zich namelijk, volgens een aantal respondenten, (te) strikt aan de opgestelde lijsten met poliklinieken, behandelingen en diagnostieken. Een aantal ziekenhuizen geeft aan dat ze veel meer wachttijden publiceert dan is voorgeschreven. Deze extra informatie wordt niet doorgestuurd naar kiesBeter.nl, waardoor een aanzienlijk deel aan informatie verloren gaat voor de patiënt. Zo geeft een geïnterviewde van een academisch centrum aan het te betreuren dat de extra informatie die toegespitst is op pediatrische zorg niet wordt gepubliceerd op kiesBeter.nl.

#### *Aanmerkingen lijst poliklinieken*

Sommige respondenten zijn van mening dat een aparte vermelding van de wachttijd voor bepaalde subspecialismen geen relevante informatie oplevert. Tevens geeft een respondent aan dat het onzinnig is aparte agenda's voor alle subspecialismen te gebruiken. Andere respondenten denken hier anders over en geven juist aan dat alle beschikbare informatie moet worden gepubliceerd.

Als men kijkt naar de opgestelde lijst met poliklinieken, dan geeft vooral de bepaling van de wachttijd voor traumatologie, onderdeel van chirurgie, problemen. Er is hier immers vaak sprake van spoedgevallen. Respondenten geven ook aan moeite te hebben met het registreren van de wachttijd voor oncologie. Patiënten met kanker komen namelijk vaak met voorrang binnen op basis van indicatie.

De respondenten werd ook gevraagd welke poliklinieken ze nog misten in de opgestelde lijst. Velen van hen gaven aan dat ze oncologie als een apart specialisme beschouwen,

terwijl het nu deel uitmaakt van chirurgie, gynaecologie en longziekten. Ten slotte zien sommige respondenten hematologie, onderdeel van interne geneeskunde, liever als apart specialisme. Hetzelfde geldt voor vaatchirurgie, dat nu als subspecialisme van chirurgie wordt beschouwd.

#### *Aanmerkingen lijst behandelingen*

Sommige respondenten hebben moeite met het bepalen van de wachttijd voor een baarmoederverwijdering. Deze hoort namelijk volgens hen bij diverse diagnoses. Hiervoor kan dus beter worden uitgegaan van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) of de behandeldiagnoses in plaats van een ingreep. Deze kritiek geldt ook voor een neustussenschotoperatie. Deze behandeling kent tegenwoordig andere classificaties en wordt dan ook als achterhaald beschouwd, aldus enkele respondenten.

Tevens hebben sommige respondenten moeite met het specialisme dat tussen haakjes achter de behandeling staat. Zo zou een sterilisatie van de man, naast een uroloog, ook door een chirurg behandeld kunnen worden.

Ten slotte geeft een respondent aan dat de opgestelde lijst niet geheel overeenkomt met de behandelingen op kiesBeter.nl. Zo wordt op de site onderscheid gemaakt in de wachttijd voor borstvergroting en borstverkleining, terwijl door het VWS wordt voorgeschreven dat er wachttijden moeten worden gepubliceerd voor een borstcorrectie met en zonder medische indicatie.

#### *Aanmerkingen lijst diagnostieken*

Sommige deelnemers van het onderzoek zijn kritisch over de opgestelde lijst met diagnostieken. Enkelen van hen zijn van mening dat de wachttijd voor een bepaalde diagnostiek in grote mate kan verschillen per specialisme. Bijvoorbeeld, een MRI-scan voor chirurgie telt 10 weken, voor oncologie 5 en voor neuRologie 57 weken. Deze verschillen per specialisme worden echter niet vermeld op kiesBeter.nl.

Wanneer gevraagd wordt naar de diagnostieken die men mist in de opgestelde lijst, worden colonoscopie, mammografie en röntgenonderzoek meerdere malen genoemd.

#### Vraag 4: Validiteit wachttijdgegevens

De 4<sup>e</sup> subvraag is beantwoord met behulp van bestanden van MediQuest, die wachttijdgegevens bevatten van de periode september 2008 tot en met mei 2009.

#### *Tijdige wachttijdgegevens*

In het vernieuwde registratiesysteem dienen ziekenhuizen maandelijks hun wachttijden te actualiseren. De resultaten van de analyse laten zien dat meer algemene dan academische ziekenhuizen de gegevens op tijd actualiseren. Voor de eerste groep geldt dat ongeveer 80% de wachttijdgegevens tijdig publiceert, voor de academische ziekenhuizen ligt dat percentage rond de 60%.

#### *Betrouwbaarheid wachttijdgegevens*

Het is van groot belang dat de gepubliceerde wachttijden betrouwbaar zijn. Om dit te onderzoeken is een aparte studie vereist. Omdat dit teveel tijd in beslag zou nemen, kan er in dit verband verwezen worden naar resultaten uit een studie van MediQuest uit 2007. Werknemers van deze organisatie deden zich tijdens dit onderzoek voor als *mystery patients* en belden in totaal 107 ziekenhuizen op, waarvan 7 academische, 96 algemene (inclusief categorische ziekenhuizen) en 4 dagklinieken. Zij vroegen vervolgens wat de wachttijd was voor een policonsult bij de chirurg in verband met verdenking van een liesbreuk. Wanneer ze de tijdsduur te horen hadden gekregen, werd deze vergeleken met de gepubliceerde wachttijd op de website van het ziekenhuis.

Het verschil in tijd varieerde van 0 tot 7 weken. De gemiddelde wachttijd was 1,5 week, wat ruim onder de algemeen geldende streefnorm van 4 weken is. Voor de behandeling in een academisch ziekenhuis en een dagziekenhuis moest gemiddeld 3 weken worden gewacht. Bij algemene ziekenhuizen lag dit gemiddelde aanzienlijk lager, de wachttijd was daar gemiddeld net iets onder de anderhalve week.

In minder dan de helft van de gevallen (35%) correspondeerde de genoemde tijd met de wachttijd op de website. Voor 39% was de wachttijd korter dan vermeld en voor 26% was dat langer. Dit verschil bedroeg in 80% van de gevallen slecht 1 week. Het grootste verschil in de wachttijd die genoemd werd aan de telefoon en die vermeld werd op de website bedroeg 4 weken.

### *Actuele of retrospectieve wachttijden*

Vanaf 1 juli 2009 zijn ziekenhuizen verplicht actuele wachttijden aan te leveren. Men kan niet meer terugvallen op retrospectieve data. Uit de resultaten van de analyse van de MediQuest-bestanden blijkt dat academische ziekenhuizen meer retrospectieve gegevens publiceren dan algemene ziekenhuizen. Opmerkelijk is dat er een toename van retrospectieve data te zien is in verloop van de tijd. Dit kan liggen aan het feit dat MediQuest ziekenhuizen eerst het voordeel van de twijfel gaf, wanneer niet duidelijk was of de gegevens actueel of retrospectief waren bepaald. Tegenwoordig worden al deze gegevens bij onduidelijkheid als retrospectief beschouwd.

Uit de resultaten blijkt tevens dat voor een aantal subspecialismen gegevens ontbreken. Dit kan worden veroorzaakt doordat MediQuest gebruik maakt van standaarddocumenten, de zogenaamde templates. De bovenstaande resultaten zijn gebaseerd op de gehele dataset. Dit betekent dat in de analyse ook de lege velden zijn meegenomen.

### *Wachttijden volgens nieuw systeem*

MediQuest besteedt aandacht aan het gegeven dat ziekenhuizen hun wachttijdgegevens volgens het vernieuwde systeem aanleveren. De resultaten tonen aan dat de algemene ziekenhuizen zich hier meer aanhouden in vergelijking met de academische centra.

### *Vraag 5: Aanbevelingen vernieuwde wachttijdenregistratiesysteem*

De resultaten van het evaluatieonderzoek geven aanleiding tot de volgende aanbevelingen.

### *Definitie wachttijd behandeling*

Een meerderheid van de respondenten heeft moeite met het registreren van de wachttijd voor een behandeling. Dit hangt nauw samen met het feit dat een derde mogelijkheid in het afsprakenregister in veel gevallen niet kan worden bepaald. Het is dan ook niet mogelijk om een actuele wachttijd voor een behandeling te publiceren. Als aanbeveling geldt hier dat ziekenhuizen alsnog terug kunnen vallen op retrospectieve wachttijden. Dit levert betrouwbaardere informatie op in vergelijking met de publicatie van actuele data. Verder luidt de suggestie van een respondent om voor de berekening van de retrospectieve wachttijd niet het gemiddelde van drie maanden, maar de mediaan te bepalen. Hierin moet echter wel rekening worden gehouden met patiënten die vrijwillig wachten. Zij kunnen immers de mediaan nadelig beïnvloeden.

Een conclusie is dat de meerderheid van de ziekenhuizen aangeeft moeite te hebben met het rigide karakter van de definitie voor de wachttijd van een behandeling. Om deze definitie meer toepasbaar te maken in de praktijk, is een verruiming van deze definitie wenselijk. Hierbij moet wel in de gaten worden gehouden dat de eenduidigheid van de gegevens niet in bedwang komt.

#### *Hulpmiddel automatische registratie*

Aangezien het met de hand verzamelen van wachttijdgegevens veel tijd en moeite kost, geeft de meerderheid van de respondenten aan behoefte te hebben aan een meer pragmatische manier van registreren van wachttijden. In één van de deelnemende ziekenhuizen is reeds een geautomatiseerd systeem in gebruik. Wanneer een dergelijke applicatie landelijk kan worden ingevoerd, zal dit voor ziekenhuizen veel tijd besparen. Daarnaast heeft een geautomatiseerd systeem als voordeel dat alle ziekenhuizen dezelfde definities hanteren, wat de vergelijkbaarheid van data verbetert. Hierbij is een belangrijk aandachtspunt dat de applicatie gekoppeld kan worden aan de bestaande ziekenhuis informatie systemen (ZIS). Wanneer een applicatie inderdaad landelijk zal worden ingevoerd, luidt het advies dit te laten coördineren door een onafhankelijke organisatie. Deze rol zou de stichting Dutch Hospital Data op zich kunnen nemen.

#### *Verschillen wachttijden dagbehandeling en meerdaagse opname*

Uit het evaluatieonderzoek blijkt dat de respondenten het onderling niet eens zijn over het wel of niet publiceren van een wachttijd voor een dag en meerdaagse opname. Geadviseerd wordt om het onderscheid in wachttijden voor een groot aantal aandoeningen te onderzoeken. Wanneer blijkt dat deze verschillen in wachttijd zeer groot zijn, is het verstandig dit onderscheid alsnog te melden op de ziekenhuiswebsites.

#### *Frequentie peildatum*

Een aantal respondenten geeft aan de frequentie van de actualisatie van de wachttijden te laag te vinden. De gedachte is namelijk dat de maandelijkse update op kiesBeter.nl niet snel een bepaalde verandering volgt. Wanneer er extra spreekuren worden gedraaid, wordt het effect pas na één maand gepresenteerd, terwijl de patiënt in werkelijkheid al veel sneller gezien kan worden. Uit een analyse van de bestanden van MediQuest blijkt echter dat nog 20% van de algemene ziekenhuizen haar website niet tijdig actualiseert. Hier moet dus eerst naar de 100% worden gestreefd. Wanneer blijkt dat (bijna) alle ziekenhuizen vaker dan eens per maand hun

wachttijden verversen, is het wenselijk dat zowel MediQuest als kiesBeter.nl hier accuraat op inspringt.

#### *Lijsten kiesBeter.nl*

MediQuest neemt de wachttijden van de ziekenhuis-websites over, maar geeft alleen die data door die voorgeschreven zijn door het VWS. Hierdoor wordt een deel van de wachttijdinformatie niet gebruikt, aangezien ziekenhuizen vaak meer publiceren dan het voorgeschreven minimum. Het vernieuwde wachttijdenregistratiesysteem is echter primair bedoeld volledige informatie te verschaffen. Op basis hiervan kan de patiënt een eerlijke keuze maken. Wanneer de lijsten op kiesBeter.nl niet volledig zijn, is de gedachte dat dit doel niet wordt nagestreefd. Aangezien nu de voorkeur is gegeven aan de vergelijkbaarheid van wachttijden voor poliklinieken, behandelingen en diagnostieken per ziekenhuis, is het noodzakelijk een zeer duidelijke link op kiesBeter.nl te plaatsen, die verwijst naar de volledige dataset op de ziekenhuiswebsites zelf.

#### *Aparte of aanvullende lijsten*

Ziekenhuizen Publiceren soms meer gegevens dan wordt voorgeschreven. Deze worden vervolgens niet gepubliceerd op kiesBeter.nl. Vooral voor academische centra is dit een heikel punt. Zij onderscheiden zich namelijk van algemene ziekenhuizen door het aanbieden van specialistische zorg. Het advies hier luidt om een aparte lijst voor deze ziekenhuizen te ontwikkelen, waarop zij de wachttijden voor de specialisaties kwijt kunnen, die in algemene ziekenhuizen niet voorkomen. Als aanvulling zou er ook een aparte lijst voor de pediatrische zorg kunnen worden ontwikkeld.

#### *Lijsten poliklinieken, behandelingen, diagnostieken*

Voor de lijst met poliklinieken geldt dat het bijna onmogelijk is de wachttijd voor traumatologie te bepalen. De aanbeveling is dan ook om dit subspecialisme van de lijst te schrappen. Bovendien is er behoefte aan de aparte vermelding van de wachttijden voor de hoofdspecialismen oncologie en hematologie, nu subspecialismen van chirurgie, gynaecologie en longziekten, en interne geneeskunde.

Voor de lijst met behandelingen is het noodzakelijk meer aansluiting te zoeken met de lijsten volgens de DBC-systematiek en in de toekomst met DBC's Op weg naar Transparantie (DOT). Dit geldt in het bijzonder voor baarmoederverwijdering en neustussenschotoperatie. Tevens moet de lijst kloppend worden gemaakt met de informatie op kiesBeter.nl. Er is nu

namelijk een verschil voor de publicatie van een borstcorrectie met en zonder medische medicatie (VWS) en borstvergroting en –verkleining (kiesBeter.nl).

Als aanbeveling voor de lijst met diagnostieken geldt dat deze moet worden aangevuld met colonoscopie, mammografie en röntgenonderzoek.

#### *Definities nieuw systeem GGZ-instellingen*

Vanaf september 2009 zijn alle gebudgetteerde GGZ-instellingen verplicht de wachttijden op hun websites te publiceren volgens nieuwe landelijke definities. Deze definities wijken echter af van de opgestelde definities in het registratiesysteem voor algemene en academische ziekenhuizen. Aanbeveling hier is om, waar mogelijk, deze beide systemen zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen.

#### **Discussie**

Op basis van de resultaten van deze evaluatiestudie wordt sterk aanbevolen de definitie voor de wachttijd van een behandeling aan te passen. Tevens is het min of meer een vereiste dat er een automatische applicatie wordt ontwikkeld, die de registratie van wachttijdgegevens voor ziekenhuizen eenvoudiger maakt. De introductie van een dergelijke applicatie zou in handen moeten zijn van een onafhankelijke organisatie. Dutch Hospital Data zou deze rol op zich kunnen nemen.

Meer gedetailleerder onderzoek is nodig om de betrouwbaarheid van gepubliceerde wachttijden te onderzoeken. Tevens is het van nut om uit te zoeken of er grote verschillen bestaan in wachttijden voor een meerdaagse en dagopname. Ten slotte is het interessant om het gebruik van openbare wachttijden door de patiënt nader te onderzoeken.