

# Waarom zouden we vragen of patiënten tevreden zijn?

N.P. VAN DUIJN

**Van Duijn NP. Waarom zouden we vragen of patiënten tevreden zijn? Huisarts Wet 1995; 38(2): 46-8, 56.**

**Samenvatting** In deze beschouwing verdedig ik het standpunt dat tevredenheid van patiënten zo wisselend geoperationaliseerd wordt en zoveel ingewikkelde relaties vertoont met allerlei sociaal-psychologische aspecten, dat het begrip daarmee ver buiten de geneeskunde terecht komt. De achterliggende opvatting is dat tevredenheid impliciet is aan goede verhoudingen tussen mensen en geen nadere uitleg behoeft. Tevredenheid is een gespreksonderwerp en geen onderwerp van geneeskundig onderzoek. Tevredenheid en ontevredenheid kunnen zo ontzettend veel betekenen, dat dit alleen casuïstisch van belang is. Ontevredenheid kan bijvoorbeeld komen door een matige arts-patiënt relatie, hoe ook veroorzaakt, door een ongelukkige samenloop van zaken, door on aardige dokters of on aardige patiënten, of door misplaatst handelen van huisarts en/of de patiënt. Ontevredenheid kan zelfs een diagnostisch kenmerk zijn. Tevredenheid is zoiets als warme handen: aangenaam, maar geneeskundig zelden belangrijk.

Dr. N.P. van Duijn, huisarts, Schoolstraat 32, 1354 HP Almere.

## Inleiding

*Clinicians are often excellent at solving problems, but are poor at articulating either the problems, either the solutions.<sup>1</sup>*

Onlangs stond er een paar kilo sperzieboenen in de spreekkamer. Van een tevreden patiënt. Er gaat weleens een ontevreden patiënt de praktijk uit, naar een andere huisarts. Van diezelfde collega komt ook weleens een patiënt in de praktijk, omdat hij ontevreden was over zijn vorige huisarts. Dergelijke gebeurtenissen stemmen tot nadenken, nu er zoveel gezegd wordt over kwaliteit van zorg.

Als een huisarts veel patiënten ziet trekken naar naburige praktijken, zegt dat dan iets over de kwaliteit van zijn zorg? Of zegt dat iets over de organisatie van zijn praktijk? Als een enquête naar de tevredenheid van patiënten over allerlei praktijkvoeringsaspecten een lage score oplevert, wijst dat dan op een slecht geregelde praktijk of zelfs op een slechte huisarts?

Nederlandse zorgverzekeraars zijn hierover in ieder geval aan het nadenken.<sup>2,4</sup> In het Verenigd Koninkrijk is al eens vastgesteld dat 8 procent van de huisartspraktijken jaarlijks een bovengemiddeld percentage (1,5 tot 2 procent) ontevreden patiënten kwijtraakt aan naburige praktijken.<sup>5</sup> De managers van de National Health Service zullen met deze gegevens zeker iets gaan doen, functioneringsgesprekken houden bijvoorbeeld, of een straffkorting op het toegestane budget toepassen.

Deze ontwikkeling wordt consumentisme in de gezondheidszorg genoemd. Voor een deel gaat het om begrijpelijke marketingactiviteiten van zorgverkopers, want voor een goede handel is een tevreden klant het beste; 100 procent tevredenheid is dus de norm.<sup>6</sup> De bijhorende waarde is dat de zorgverkoper een florerend bedrijf belangrijk vindt.<sup>7,8</sup> Deze ijzeren logica met het bijhorende jargon leidt ook in Nederland al tot tevredenheidsmetingen bij patiënten.<sup>2,3,9</sup>

Er zit echter meer achter. Geleidelijk is de opvatting over het doel van de gezondheidszorg veranderd. Dit doel is nu driele-

dig: het voorkomen of behandelen van morbiditeit, het streven naar zo min mogelijk functionele beperkingen en het bevorderen van het welbevinden van de patiënt.<sup>10</sup> Het perspectief van de patiënt is nadrukkelijk in gewicht toegenomen.<sup>11-13</sup>

Een verbetering van de zorg, bijvoorbeeld door een nieuwe interventie of een andere organisatie, dient deze drie doelen dichterbij te brengen. De arts meet en beoordeelt, de patiënt wikt en beslist nadrukkelijk mee.<sup>14</sup>

Deze verschoven opvatting over het doel van gezondheidszorg vindt zijn weerslag in allerlei vragenlijsten naar functioneren en welbevinden, waarin vaak ook vragen naar de tevredenheid van de patiënt zijn opgenomen. De achterliggende opvatting is dat een verbeterd welbevinden van patiënten een op zichzelf na te streven doel is, naast klinische uitkomstmaten. Sommigen stellen zelfs dat tevredenheid deel uitmaakt van de gezondheidstoestand zelf.<sup>14</sup> Anderen menen dat zorg slechts van hoge kwaliteit kan zijn als de patiënt tevreden is.<sup>15</sup> Deze ontwikkeling is een belangrijke rechtvaardiging voor de marketingactiviteiten van zorgverkopers.

De vraag is nu of de drie betrokken groepen – hulpverleners, zorgverzekeraars en onderzoekers – het over hetzelfde hebben. Is de tevredenheid van de patiënt in de spreekkamer hetzelfde als wat zorgverkopers willen meten, en meten onderzoekers met hun vragenlijsten iets vergelijkbaars?

In deze beschouwing betoog ik, dat dit niet het geval is: het begrip 'tevredenheid van patiënten' is de kameleon onder de uitkomstmaten van kwaliteit van zorg, en is onvoldoende uitgekristalliseerd om huisartsen af te rekenen op de uitkomsten van tevredenheidsenquêtes. De argumentatie ten gunste van mijn standpunt is niet gebaseerd op een systematisch literatuuronderzoek – dat hebben anderen al gedaan<sup>16,17</sup> – maar volgt uit een kritisch gebruik van literatuurgegevens, gekoppeld aan een gezonde dosis sceptis, met als voornaamste doel het stimuleren van een verdere discussie.

Uitgangspunt voor deze beschouwing is de volgende vraagstelling:

- Hoe wordt het begrip tevredenheid in de literatuur gebruikt?
- Welke relaties vertoont tevredenheid met aspecten van zorg?

### Gebruik van het begrip

Tevredenheid kan gebruikt worden als synoniem van waardering. *Savage* wisselde op zijn spreekuur een directe consultvoering at random af met een meer empathische stijl: gericht vragen naar klachten versus het bekende hummen en samenvatten. De consulten met de directe stijl werden door de patiënten veel meer gewaardeerd dan de consulten met de empathische stijl.<sup>18</sup> In zijn onderzoek is 'tevredenheid' geoperationaliseerd als het door patiënten ervaren begrip van de dokter voor het gepresenteerde gezondheidsprobleem van dat moment. Tevredenheid is in deze studie niets meer dan iets 'goed' of 'prettig' vinden.

Een vergelijkbare opvatting van 'tevredenheid' is te vinden in studies naar de waardering van patiënten van contacten in de avond- en weekenddienst.<sup>19,20</sup> Op soortgelijke manier wordt de uitspraak 'tevreden met' gebruikt als 'wat is uw waardering in het algemeen van...' (volgt: uw gezondheid, uw lichamelijke fitheid, of wat dan ook).<sup>21</sup>

Tevredenheid wordt ook veel vager gebruikt. Dan blijkt dat er geen verband gevonden wordt tussen werkstijlen, hoe ook beoordeeld, en een soort globale tevredenheid.<sup>12,22</sup>

In een Noors onderzoek werd gevraagd of men tevreden was over de arts-patiënt relatie en over het afgelopen consult. De conclusie was dat de tevredenheid het grootst was bij patiënten die steeds dezelfde arts zagen en bij artsen die meer dan 30 uur per week werkten. Hier is tevredenheid zo slecht geoperationaliseerd dat je er alle kanten mee uitkunt. Misschien zijn sommige patiënten altijd ontevreden en wisselen ze dus steeds van dokter, misschien is het andersom, zo stelt de auteur terecht.<sup>23</sup>

Soms worden kronkelredeneringen toegepast, zoals door de auteur die een grote mate van ontevredenheid mat bij patiënten

die een andere dokter kozen, en vervolgens concludeerde dat zijn vragenlijst naar tevredenheid dus prima was.<sup>24</sup> Wat hij gemeten heeft, blijft duister.

*Hall* trof in de literatuur twaalf soorten tevredenheid aan.<sup>16</sup> Uit ruim 100 studies distilleerde hij dat patiënten de meeste waardering hebben voor de kwaliteit in het algemeen, voor menselijkheid, voor competentie en voor het resultaat van de zorg. Aandacht voor psychosociale problemen was nauwelijks van belang.

Het begrip tevredenheid is dus op zichzelf niet ingewikkeld; het betekent gewoon hoe men iets waardeert. Het probleem zit hem in het object: waarop heeft de waardering betrekking? Als dat te weinig toegespitst is, kan men met de resultaten van zo'n studie weinig beginnen.

### Verbanden met andere aspecten van zorg

*Donabedian* stelt voor 'tevredenheid van patiënten over de zorg' te beschouwen als onderdeel van na te streven welbevinden, en dus als onderdeel van een goede gezondheidstoestand.<sup>14</sup> Dat is een glibberig pad, want een als slecht ervaren gezondheid leidt tot een grotere mate van ontevredenheid, wat er ook gedaan wordt, en niet andersom.<sup>25</sup>

Een andere veronderstelling is, dat een patiënt tevreden is als aan zijn verwachtingen is voldaan. Dit lijkt vanzelfsprekend, maar in de praktijk blijkt dat niet het geval. De verbanden tussen verwachtingen vóór en tevredenheid ná en over een consult zijn zeer zwak. En als ze er zijn, dan blijken verwachtingen vóór een consult een onafhankelijk verband te vertonen met tevredenheid na afloop, onafhankelijk van het uitkomen van die verwachtingen.<sup>15</sup> Verwachtingen over het consult zeggen meer over de tevredenheid van de patiënt dan wat er in feite tijdens het consult gebeurt.

Verwachtingen kunnen de vorm aannemen van 'een vanzelfsprekende verwachting'. Het uitkomen van zo'n verwachting leidt niet tot tevredenheid. Patiënten vinden bijvoorbeeld medisch-technische competentie van ziekenhuisartsen vanzelfsprekend en zijn vervolgens zeer te-

vrede zijn als de specialist ook nog aardig blijkt te zijn. Huisartsen zijn vanzelfsprekend aardig en worden juist gewaardeerd om hun medisch-technische competentie.<sup>15</sup> Het kan ook nog andersom: als men tevreden is over een arts, dan dicht men hem medisch-technische competentie toe als het om een huisarts gaat, en vindt men hem aardig, als het een specialist is. Het lijkt zelfs alsof tevredenheid voor patiënten eigenlijk geen belangrijk onderwerp is.<sup>15,26</sup> Tevredenheid is niet iets wat er gewoon is, geduldig wachtend op een indrukwekkende vragenlijst.

Om aan dit mijnenveld van wandelende begrippen te ontkomen, is in ander onderzoek patiënten gevraagd welk aspect van zorg ze persoonlijk belangrijk vonden en wat niet. Uitgangspunt was de gedachte dat de ene patiënt competentie belangrijk kan vinden en warmte vanzelfsprekend, terwijl de andere patiënt het omgekeerde belangrijk vindt. Vervolgens werd gevraagd of de patiënten tevreden waren over het gekozen aspect van zorg. De veronderstelling was dat er een beter verband gevonden zou worden tussen vervulde verwachtingen en op dat aspect van zorg toegespitste tevredenheid. Dat bleekt niet het geval, hoewel voorkeuren van patiënten wel verband hielden met consumptie en met morbiditeit; de aard van dat verband was weer onduidelijk.<sup>27,28</sup>

De mate van tevredenheid is kennelijk op veel meer gebaseerd dan op wat er in de spreekkamer gebeurt. Niet alles komt ter sprake, niet alles is helder, constant en meetbaar. Vragen naar allerlei abstracties als de tevredenheid over de ervaren competentie, helderheid en warmte van de arts lijken heel adequaat vanuit psychologisch perspectief, maar het resultaat van zo'n onderzoek levert al gauw meer verwarring dan helderheid op.<sup>29</sup>

Pogingen om tevredenheid van patiënten te begrijpen, blijken tot de volgende conclusies te leiden: het begrip tevredenheid is meerdimensionaal, patiënten kunnen tevreden en ontevreden tegelijk zijn, ontevredenheid behoeft niets te zeggen over het functioneren van de arts. Tevredenheid kan een geloof, een attitude, een verwachting of een mening zijn. Tevre-

denheid is een wazig, slecht gefundeerd begrip.<sup>15 26 28 30 31</sup>

Tevredenheid vertoont dus onduidelijke verbanden met van alles en nog wat. Hoe meer men probeert tevredenheid van patiënten te begrijpen in zijn sociaal-psychologische context, des te ongrijpbaarder wordt het hele begrip.

## Conclusie

Het lijkt het beste het begrip 'tevredenheid van patiënten' te beschouwen als een keizer zonder kleren. Tevredenheid wordt op vele manieren geïnterpreteerd, soms algemeen en vaag, soms toegespitst. Als onderzoekers steeds wat anders bedoelen, dan kunnen lezers er zeker niets mee aanvangen. Voorlopig kunnen we vragen naar tevredenheid het best beschouwen als vragen naar de mate van waardering. Wat patiënten dan moeten waarderen, dient vervolgens precies geoperationaliseerd te worden.

Aan de andere kant is het vanzelfsprekend een goede zaak om individuele mensen te vragen wat ze ergens van vinden; een goede verstandhouding en een boeiend gespreksonderwerp behoeven geen rechtvaardiging. Een goede klachtenprocedure vereist daarom evenmin een rechtvaardiging.

Maar als men deze vraag naar tevredenheid met meer pretenties stelt, bijvoorbeeld voor het evalueren van zorg, dan dient de vraag meer niveau te hebben. Patiënten die met vragenlijsten lastig worden gevallen, hebben recht op een concrete vraag over een concreet aspect van een concreet arts-patiënten contact waarop een concreet antwoord mogelijk is, dat vervolgens geïnterpreteerd kan worden in het licht van veel meer informatie in het verloop van de tijd. De antwoorden hebben dan hun eigen waarde, naast andere waarden. Tevredenheid van patiënten is géén vanzelfsprekend kenmerk van kwaliteit van zorg.

Van zorgmanagers verwacht ik verstand van zaken (van zorg dus en niet uitsluitend van marketing), alvorens ze een huisarts mogen beoordelen op de opbrengst van

hun vragenlijsten. Waarom patiënten tevreden of ontevreden zijn, is echter geen geneeskundig onderwerp. Wat precies gemeten wordt met vragenlijsten naar tevredenheid en waar tevredenheid allemaal verband mee houdt, is tot nu toe onduidelijk. Dat is een kluif voor sociaal-wetenschappers en die zijn er blijkens de literatuur nog wel even zoet mee.

Voorlopig beperk ik me tot praten met tevreden patiënten en praten met patiënten die naar een andere huisarts willen. Tevredenheid heeft namelijk gewoon te maken met de aardigheid van dokters en met de aardigheid van patiënten.<sup>12 32</sup>

Laten we het daar maar op houden.

## Literatuur

- 1 Feinstein AR. Clinimetric perspectives. *J Chron Dis* 1987; 40: 635-40.
- 2 Harteloh PPM, Verheggen FWSM. Quality assurance in health care. From a traditional towards a modern approach. *Health Policy* 1994; 27: 261-70.
- 3 Breedveld EJ, Lako CJ, Casparie AF. Zorgverzekeraar en kwaliteit: een contract als instrument. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1992.
- 4 Grol R. Kwaliteitssystemen in de huisartsgeneeskunde: wat betekent dit voor de huisarts? *Huisarts Wet* 1993; 36: 106-12.
- 5 Billingham B, Whitfield M. Why do patients change their general practitioner? a postal questionnaire study of patients in Avon. *Brit J Gen Pract* 1993; 43: 336-8.
- 6 Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M. Evaluating care of patients reporting pain in fundholding practices. *BMJ* 1994; 309: 705-10.
- 7 Armstrong D. What do patients want? *BMJ* 1991; 303: 261-2.
- 8 Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. *Med Care* 1993; 31: 1138-49.
- 9 Visser APH. Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten: doel, methode en beleid. Lochem, Poperinge: Tijdstroom, 1987.
- 10 Greenfield S, Nelson EC. Recent developments and future issues in the use of health status assessment measures in clinical settings. *Med Care* 1992; 30(Suppl): MS23-MS41.
- 11 Hofmans-Okkes I. Hoe lang duurt een goed consult? 2. Een onderzoek naar de relatie tussen lengte en kwaliteit van 200 huisartsconsulten. *Huisarts Wet* 1991; 34: 14-20.
- 12 Bensing JM. Wie zegt dat dit een goed consult is? *Huisarts Wet* 1991; 34: 21-9.
- 13 Van der Grinten R. Inbreng van patiënten [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1988.
- 14 Donabedian A. The quality of care; how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743-8.
- 15 Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994; 38: 509-16.
- 16 Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988; 9: 935-9.
- 17 Van Campen C, Friele RD, Kerssens JJ. Methods for assessing patient satisfaction with primary care; review and annotated bibliography. Utrecht: Nivel, 1992.
- 18 Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioner's consulting style on patients satisfaction: a controlled study. *BMJ* 1990; 301: 968-70.
- 19 Bollam MJ, McCarthy M, Modell M. Patients' assessments of out of hours care in general practice. *BMJ* 1988; 296: 829-32.
- 20 Van Buuren S, van Duijn NP. 'De dokter wilde niet komen...' Het oordeel van patiënten over de uitkomst van telefonische contacten tijdens de dienst. *Huisarts Wet* 1993; 36: 332-3, 337.
- 21 Stewart AL, Ware JE, ed. Measuring functioning and well-being; the Medical Outcome Study approach. Durham NC: Duke University Press, 1992.
- 22 Mokkink HGA, van de Lisdonk EH, Smits AJA. Het woord bij de daad gevoegd. Huisarts-patiënt communicatie: een integraal onderdeel van de werkstijl van de huisarts. *Huisarts Wet* 1991; 34: 340-5.
- 23 Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioner's knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 1991; 303: 1181-4.
- 24 Baker R, Whitfield M. Measuring patient satisfaction: a test of construct validity. *Quality of Health Care* 1992; 1: 104-9.
- 25 Hall JA, Milburn MA, Epstein AM. A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Med Care* 1993; 31: 84-94.

Vervolg op pag. 56.

## Waarom zouden we vragen of patiënten tevreden zijn?

*Vervolg van pag. 48*

- 26 Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Soc Health Illness* 1983; 5: 297-311.
- 27 Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. *Med Care* 1993; 31: 1138-49.
- 28 Sensky T, Catalan J. Asking patients about their treatment; why their answers should not always be taken at face value. *BMJ* 1992; 305: 1109-10.
- 29 Lochman JE. Factors related to patients' satisfaction with their medical care. *J Comm Health* 1983; 9: 91-109.
- 30 Hyland ME. The validity of health assessments: resolving some recent differences. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 1019-23.
- 31 Van Campen C, Friele RD, Kerssens JJ. Methods for assessing patient satisfaction with primary care; review and annotated bibliography. Utrecht: Nivel, 1992.
- 32 Suchman AL, Roter D, Green M, Lipkin M, and the Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. Physician satisfaction with primary care office visits. *Med Care* 1993; 31: 1083-92.